



HAL
open science

Les sages-femmes face au déni de grossesse : regards introspectifs...

Émilie Erno

► **To cite this version:**

Émilie Erno. Les sages-femmes face au déni de grossesse : regards introspectifs.... Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00919419

HAL Id: dumas-00919419

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00919419>

Submitted on 16 Dec 2013

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 mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est 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 toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10



UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

Le : 03 septembre 2013

Par

Emilie ERNO

Née le 10/06/1988

Les sages-femmes face au déni de grossesse :

Regards introspectifs...

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Docteur BONNET Catherine

Pédopsychiatre

JURY :

M. le Pr CABROL Dominique

Mme RUDELLE Corinne

Mme BOUGHABA-LAMALI

Mme BRAHA Céline

Mme ATINE Myriam

Directeur technique et d'enseignement.

Représentante de ma directrice de l'ESF Baudelocque

Sage-femme

Sage-femme

Co-directrice du mémoire, sage-femme enseignante

N° du mémoire : 2013PA05MA14

Remerciements

Je tiens à exprimer ma grande reconnaissance à mes co-directrices de ce mémoire, Catherine Bonnet et Mme Atine, pour leur aide si précieuse et leur soutien tout au long de ce travail.

Je souhaite également remercier les sages-femmes ayant participé à mon étude pour leurs témoignages riches et sincères. Sans elles, ce travail n'aurait jamais été possible.

Je remercie aussi le Professeur Carbillon et Mme Amisse de m'avoir permise de réaliser cette étude dans la maternité de l'hôpital Jean Verdier et à Mme Chaux pour l'avoir effectuée dans la maternité de l'hôpital Lariboisière.

De façon plus personnelle, je remercie mes amies et ma famille pour leur soutien et leur bonne humeur tout au long de ces études et de la composition de ce mémoire.

Table des matières

Liste des graphiques.....	I
Liste des annexes	II
Lexique	III
Introduction.....	1

Première partie De la découverte du déni de grossesse à une prise en charge

adaptée	2
1.1 <i>A la découverte du déni de grossesse : une approche conceptuelle complexe</i>	2
1.2 <i>Approche clinique et épidémiologique sur le déni de grossesse</i>	3
1.2.1 Trois premières études prospectives découvrent le déni de grossesse entre 1987 et 1990	3
1.2.1.1 En Autriche, l'étude de Brezinka : 27 cas.....	3
1.2.1.2 En France, l'étude de Bonnet : 22 cas.....	3
1.2.1.3 Aux USA l'étude de Miller : 12 cas.....	4
1.2.2 Les premières études épidémiologiques	4
1.2.2.1 En France, l'étude de Pierrone, Delannoy, Florequin et Libert.....	5
1.2.2.2 En Allemagne, l'étude de Wessel : 65 cas.....	5
1.2.2.3 Aux USA, l'étude de Friedman : 61 cas	5
1.2.3 En France, l'étude des mères qui accouchent dans le secret de l'INED.....	6
1.2.4 Peut-on considérer le déni de grossesse comme un problème de santé publique ?.....	6
1.3 <i>Description et données cliniques</i>	6
1.3.1 Les femmes.....	6
1.3.2 Leur entourage	8
1.3.3 Les risques périnataux du déni de grossesse	9
1.3.3.1 Les risques obstétricaux, de morbidité et mortalité pour la mère et le fœtus.....	9
1.3.3.2 Le risque de néonaticide.....	10
1.4 <i>Les hypothèses étiologiques</i>	12
1.4.1 Etats délirants, schizophrénie : le déni de grossesse est l'un des symptômes d'une décompensation psychotique	12
1.4.2 Des hypothèses à propos du déni de grossesse non psychotique	13
1.5 <i>Une prise en charge adaptée</i>	16
1.5.1 Le diagnostic de la grossesse	16

1.5.2 Les réactions dues à la levée du déni de grossesse	18
1.5.3 Des propositions de prises en charge	18
1.5.3.1 Acceptation positive du bébé	19
1.5.3.2 Le choix de l'adoption	19
1.5.3.3 Incertitudes des femmes et inquiétudes des sages-femmes	20
Deuxième partie Cadre Contextuel	22
2.1 <i>Cadre contextuel et méthodologie de l'étude</i>	22
2.1.1 La problématique.....	22
2.1.2 Les objectifs	22
2.1.3 Les hypothèses.....	22
2.1.4 Le choix et la présentation de l'étude	23
2.2 <i>Présentation des résultats</i>	24
2.2.1 Description de la population.....	24
2.2.1.1 Répartition des sages-femmes interrogées.....	24
2.2.1.1 Année d'obtention du diplôme d'Etat de Sage-femme.....	24
2.2.2 Savoir des sages-femmes sur le déni de grossesse.....	25
2.2.3 L'expression clinique du déni de grossesse.....	29
2.2.4 Prise en charge des patientes	33
2.2.5 Le ressenti des sages-femmes	42
2.2.6 Formation reçues par les sages-femmes	45
Troisième partie Discussion et propositions	47
3.1 <i>Discussion de la méthodologie</i>	47
3.1.1 Les forces de notre étude.....	47
3.1.2 Les limites de notre étude	47
3.1.3 Population de l'échantillon	48
3.2 <i>Discussion des résultats</i>	49
3.2.1 <i>Hypothèse n° 1 : les savoirs des sages-femmes à propos du déni de grossesse sont erronés</i>	49
3.2.2 <i>Hypothèse n° 2 : l'attitude des sages-femmes face aux patientes présentant un déni de grossesse est le résultat du sentiment que leur procure ce symptôme.</i>	54
3.2.3 <i>Hypothèse n° 3 : les enseignements sur ce thème sont insuffisants pour permettre aux sages-femmes d'avoir une prise en charge pour ces patientes.</i>	57
3.2.4 <i>Hypothèse n° 4 : la faible diffusion des données épidémiologiques de ce symptôme conditionne un manque d'intérêt des sages-femmes.</i>	59
3.3 <i>Propositions</i>	60
3.3.1 La formation initiale	60

3.3.2 La formation continue	65
Conclusion.....	67
Bibliographie.....	69
Annexes.....	69

Liste des graphiques

Graphique 1 : Répartition des sages-femmes dans les deux établissements [24](#)

Graphique 2 : Répartition des sages-femmes selon l'année d'obtention du diplôme
d'Etat de sage-femme [25](#)

Liste des annexes

Annexe I : Lettre adressée aux sages-femmes tirées au sort pour participer à l'entretien	74
Annexe II : Affiche disposée dans les locaux des deux maternités.....	75
Annexe III : Questionnaire suivi au cours des entretiens semi-directifs.....	76
Annexe IV : Annexe de l'Arrêté du 11 mars relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme	81

Lexique

Par ordre d'apparition :

MIRE = Mission Interministérielle Recherche Expérimentation

INED = Institut National d'Etudes Démographiques

CNAOP = Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles

INSEE = Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

HAS = Haute Autorité de Santé

Introduction

En 2009, une femme, Mme Véronique C. a été jugée pour le meurtre de ses trois nouveau-nés à la naissance. A travers des médias, cette affaire et d'autres par la suite ont fait connaître au grand public le phénomène du déni de grossesse. Il est un processus bien complexe et difficile à appréhender car il semble apparaître comme un drame, qui se termine souvent par le meurtre d'un nouveau-né.

Emue par la situation de cette femme démunie et très fragile, j'ai pris conscience de la réalité de ce phénomène et des conséquences graves qu'il pouvait engendrer. Il m'a semblé évident qu'une prise en charge de qualité lui aurait été indispensable.

C'est ainsi que j'ai constaté que très peu d'informations nous avaient été données sur le déni de grossesse pendant mes études et que nos connaissances se résumaient souvent à celles de l'opinion publique.

En conséquence, l'étude a eu pour but :

- d'une part, de comprendre les énigmes du déni de grossesse et les difficultés qu'il véhicule afin de mieux prendre, moi-même, en charge en tant que sage-femme ces femmes pour tenter de prévenir un néonaticide.

- d'autre part, d'appréhender comment d'autres sages-femmes conçoivent et éprouvent le déni de grossesse et de discerner si ces connaissances leur permettent d'établir une prise en charge adaptée.

Pour répondre à la problématique, une étude qualitative prospective a été menée. Des sages-femmes de deux maternités ont été interrogées au moyen d'un questionnaire au cours d'entretiens semi-directifs.

Une revue brève de la littérature scientifique a permis d'approcher une définition du déni de grossesse, sa fréquence, son expression clinique, ses conséquences et ses causes. Le but a été de mieux cerner le diagnostic du déni de grossesse et sa prise en charge.

Puis l'analyse des entretiens de vingt sages-femmes a précisé leurs connaissances, leurs pratiques et leurs ressentis face au déni de grossesse. Ces sages-femmes ont ainsi contribué à apporter des suggestions à propos de l'enseignement et de la formation afin d'améliorer la prise en charge du déni de grossesse.

Première partie

De la découverte du déni de grossesse à une prise en charge adaptée

1.1 A la découverte du déni de grossesse : une approche conceptuelle complexe

Pour la plupart des auteurs, le déni de grossesse est un symptôme qui se caractérise la non reconnaissance de la grossesse par la femme et son entourage.

En 1976, il est présenté et nommé en France comme tel pour la première fois par Bécache, psychiatre, après avoir décrit le cas d'un déni de grossesse chez une femme ayant une décompensation psychotique d'une schizophrénie. Pour cet auteur il s'agit d'un « *mécanisme de défense psychotique* ». (40)

Par la suite, dans l'ouvrage *Geste d'amour*, Bonnet, pédopsychiatre, explique que « *ces manifestations qui visent à nier la perception de la grossesse et l'existence du fœtus sont appelées, déni de grossesse* ». (35). Pour cet auteur le déni est un mécanisme de défense inconscient. Plus précisément, ce symptôme repose sur « *un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante* ». (16)

Enfin, en 1999, les psychiatres Dayan, Andro et Dugnat proposent la définition suivante : « *Par convention, l'expression de déni de grossesse regroupe toutes les formes de négation de grossesse à participation principalement inconsciente, conduisant la femme souvent tardivement et brutalement à la reconnaissance pleine et entière de son état, généralement lors du travail, voire seulement de la naissance* ». Ils ajoutent que le déni se produit à l'insu de la femme. (20)

L'approche conceptuelle du déni de grossesse met en évidence la complexité du symptôme qu'il est indispensable de différencier de la dissimulation.

D'après le dictionnaire Larousse : « la dissimulation est l'action de dissimuler, de cacher ses sentiments ». De plus, le verbe dissimuler correspond à « ne pas laisser paraître ses sentiments, ses intentions ». Ceci met en exergue la dissimulation de la grossesse comme un phénomène pleinement conscient. La femme sait qu'elle est enceinte dès les premiers symptômes évocateurs mais choisi

de le cacher à son entourage. Cette différence est essentielle dans l'approche du déni de grossesse et ne pourra être posée que par l'analyse de l'expression clinique.

1.2 Approche clinique et épidémiologique sur le déni de grossesse

Le terme de déni de grossesse apparaît dans la littérature médicale dans les années 1970 aux USA. En France, il est décrit pour la première fois dans une publication en 1976 à propos d'un cas de schizophrénie par Bécache. (40)

1.2.1 Trois premières études prospectives découvrent le déni de grossesse entre 1987 et 1990

1.2.1.1 En Autriche, l'étude de Brezinka : 27 cas

Entre 1987 et 1990, Brezinka a étudié l'ensemble des dénis de grossesses observés à l'hôpital universitaire d'Innsbruck et leurs conséquences périnatales. Au total, vingt-sept cas ont été comptabilisés et ont permis d'établir un lien entre l'expression du déni de grossesse et un ensemble de risques périnataux dont les accouchements à domicile et les décès néonataux. Les résultats ont donné lieu à plusieurs publications dont :

- Brezinka C, Schröcksnadel H, Biebl W.: *Die negierte schwangerschafts- geburstshilfliche und psychiatrische aspekte. (Denied pregnancy obstetric and psychiatric aspects)*. Gynäk Rdsch 1988; 28 (suppl2): 97-100. (39)
- Kinzl J, Bieble W: *Disavowal of pregnancy: an adjustment disorder*. Am J Psychiatry 1991 148:1620-1. (34)
- Brezinka C, Huter O, Biebl W, Kinzl J: *Denial of pregnancy: obstetrical aspects*. J Psychosom obstet Gynecol 1994; 15:1-8. (31)

1.2.1.2 En France, l'étude de Bonnet : 22 cas

De novembre 1987 à juin 1989, Bonnet conduit une étude prospective pour la M.I.R.E. au Ministère de la santé à partir d'une cohorte de femmes ayant accouché dans l'anonymat. Elle met ainsi en évidence que la plupart des femmes ayant pris conscience de leur grossesse au-delà du premier trimestre ont présenté un déni de grossesse. Aucune d'entre elles n'a présenté une décompensation psychotique. L'objectif de l'étude n'est pas le déni de grossesse mais l'exploration psychodynamique des motivations pour le choix d'accouchement dans l'anonymat. Selon les hypothèses de Bonnet, ce ne sont plus les raisons économiques qui sont à l'origine de ce choix mais bien des raisons psychologiques. Le rapport de recherche, *nés du silence, des femmes accouchent dans l'anonymat* est remis le 9 juin 1989 au ministère de la santé et apparaît dans le Bulletin de la Mire en Janvier 1990. (37, 38)

Les résultats décrivant les risques du déni de grossesse et des hypothèses étiologiques sont publiés dans l'ouvrage *Geste d'amour* et dans une série de publications en France et sur le plan international. (36)

Bonnet C. Adoption at birth: prevention against abandonment or neonaticide. *Child Abuse Neglect* 1993; Jul-Aug; 17(4): 501-13. (33)

1.2.1.3 Aux USA l'étude de Miller : 12 cas

De mai 1988 à mai 1989, Miller conduit une étude sur des femmes enceintes ayant une psychose chronique. Le but est de réduire les risques de morbidité et de mortalité des grossesses chez des femmes hospitalisées dans des services psychiatriques publics. C'est ainsi qu'elle met en évidence 12 cas de dénis de grossesse sur 26 patientes psychotiques et publie les résultats en novembre 1990 dans l'article suivant :

Miller L.J. Psychotic denial of pregnancy: phenomenology and clinical management. *Hops Community Psychiatry* Nov. 1990 ; 41:1233-1237. (35)

1.2.2 Les premières études épidémiologiques

Différentes études quantitatives sur le déni de grossesse sont alors menées. Trois d'entre elles ont permis de poser une estimation de sa fréquence.

1.2.2.1 En France, l'étude de Pierrone, Delannoy, Florequin et Libert

Il s'agit d'une étude prospective menée sur 2 550 femmes venues accouchées dans deux maternités de Denain et de Lille, entre 1993 et 2000. Le nombre de dénis observés est de 56 sur 28066 naissances. La fréquence du déni total a été de 1/1200 et la fréquence du déni en général de 1/550. (26)

1.2.2.2 En Allemagne, l'étude de Wessel : 65 cas

Cette étude également prospective est conduite pendant un an (1995 à 1996) dans toutes les maternités à Berlin. Elle concerne l'ensemble des femmes ayant pris conscience de leur grossesse et dont la confirmation du diagnostic de grossesse est effectuée à partir de la 20^{ème} semaine d'aménorrhée. Le nombre total de dénis de grossesse est de 65 pour 29 462 naissances. La fréquence de tous les dénis est d'environ 1/475 et celle du déni total (qui se prolonge jusqu'à l'accouchement) de 1/2455. (23,24)

1.2.2.3 Aux USA, l'étude de Friedman : 61 cas

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée, de janvier 1997 à décembre 2003. Elle concerne l'analyse de dossiers de deux groupes de femmes. D'une part, toutes les femmes n'ayant pas eu de suivi prénatal avant le 3^{ème} trimestre de la grossesse. D'autre part, toutes les femmes s'étant présentées uniquement pour accoucher ou après leur accouchement. (17)

Parmi ces femmes enceintes, 29 ont présenté un déni de grossesse (pervasive denial), 20 ont caché leur grossesse, 32 ont eu un déni « affectif » (affective denial) Miller a distingué en 2003 deux formes cliniques :

- le « pervasive denial » qui correspond à la description du déni de grossesse lorsque les femmes ne sont pas conscientes d'être enceinte
- le déni « affectif » quand il s'agit de femmes qui sont conscientes d'être enceintes, qui ne se font pas suivre, et ne semblent avoir ni émotions face à leur grossesse ni d'interactions avec le fœtus. (21)

1.2.3 En France, l'étude des mères qui accouchent dans le secret de l'INED

Du 1^{er} juillet 2007 au 30 juin 2009, Villeneuve-Gokalp a conduit une étude sur les mères qui accouchent dans le secret pour l'INED et en partenariat avec le CNAOP. Il y aurait eu en moyenne 600 femmes par an, ces dernières années, qui accouchent dans le secret avec un anonymat pour certaines. 503 femmes sur 836 ayant accouché dans le secret ont répondu à la question demandant le mois de découverte de leur grossesse. Les résultats ont été les suivants: 15% ont découvert leur grossesse au 1^{er} trimestre, 45% au 2nd trimestre, 31% au 3^{ème} trimestre et 8% à l'accouchement. Neuf femmes sur dix qui ont découvert leur grossesse avant le 8^{ème} mois, ont pris la décision de confier le bébé à des parents adoptifs. (10)

1.2.4 Peut-on considérer le déni de grossesse comme un problème de santé publique ?

En conclusion, la fréquence du déni de grossesse est d'environ 1 cas sur 475 à 550 accouchements dont moins d'un tiers de dénis jusqu'à l'accouchement. D'après les données de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques), le nombre de naissance par an est d'environ 800 000 en France. Il y aurait donc environ 2000 femmes par an qui présenteraient un déni de grossesse. Cette fréquence est comparable à celle du placenta prævia et demeure plus importante que celle de l'éclampsie, de l'appendicite durant la grossesse ou de l'hématome rétro placentaire.

Le déni de grossesse apparaît donc comme un réel problème de santé publique.

1.3 Description et données cliniques

1.3.1 Les femmes

Selon Bonnet les femmes ne nomment pas le déni de grossesse en tant que tel quand elles n'ont pas reconnu être enceintes. Elles décrivent ses manifestations cliniques : « *La méconnaissance de la grossesse porte sur les transformations*

corporelles (prise de poids, gonflement du ventre, modification des seins, etc.), sur les modifications hormonales (arrêt des règles, modification des règles si elles persistaient au début, changements du comportement alimentaire avec boulimie, etc.) et sur le fœtus (l'enfant et ses mouvements ne sont pas perçus ou pas reconnus comme tels). Autrement dit les changements constatés à cause du déni de grossesse, sont interprétés autrement que comme des signes de grossesse. Ces explications diverses qui repoussent à plus tard la reconnaissance de la grossesse sont comme un « *cortège de rationalisations* ». (36)

La plupart des auteurs en donnent des exemples : l'aménorrhée peut être attribuée à de grands changements dans la vie d'une femme (environnement, activités, la ménopause, etc.). Certaines femmes continuent à avoir des menstruations de façon régulière ou des petits saignements irréguliers qui ne leur font pas évoquer une aménorrhée qui pourrait être signe de grossesse. Ce symptôme n'est pas constant. D'autres ne vont plus avoir leurs règles, mais ce signe sera attribué à une angoisse récente ou bien à un changement important tel que la fatigue, un voyage, etc. L'éventuelle prise de poids peut être reliée aux variations habituelles dont la femme a l'habitude. Concernant les mouvements actifs fœtaux, ils semblent diminués de façon significative et s'ils sont présents, seront interprétés au profit d'atteintes digestives (ballonnements, gargouillis intestinaux).

Selon Dayan, Andro et Dugnat, il s'agit de la « complaisance somatique ». Ces auteurs font remarquer que les nausées et les autres manifestations, que l'on peut nommer symptôme « sympathique » de la grossesse, sont très rares. (20)

Une explication est aussi donnée par le Pr. Nisand : pendant un déni de grossesse, le fœtus, au lieu de se développer en poussant sur la paroi abdominale de sa mère, se place en longitudinal en modifiant très peu la morphologie de la femme. L'utérus va se développer en hauteur, sous les côtes : « *L'utérus reste debout au lieu de s'incliner vers l'avant. Il y a tout autant de place pour l'enfant, ce qui explique que les enfants du déni de grossesse n'ont pas de retard de croissance intra-utérin* »... « *L'absence de « gros ventre », y compris, à terme provoque l'incrédulité générale* ». (9)

Le déni de grossesse est précédé, selon Bonnet, d'un « *déni d'une fécondité potentielle* ». Certaines femmes n'avaient pas pensé qu'elles pourraient devenir enceintes jusqu'à ce qu'elles prennent conscience de leur grossesse. Elles semblent avoir eu des relations sexuelles sans penser qu'elles pourraient devenir enceintes. C'est ainsi que la contraception n'a pas été envisagée, ou qu'elle est devenue chaotique. Bonnet appelle ceci « *des grossesses impensables* ». (36)

Tous les auteurs expriment un consensus pour dire que le déni de grossesse peut survenir à tous les âges de la vie fécondante d'une femme, quelle que soit sa parité, son statut familial (célibataire, mariée, son milieu socio-économique et son statut professionnel.

1.3.2 Leur entourage

La particularité du déni de grossesse est qu'il touche l'entourage de la femme.

Pour Bonnet, le déni partagé est inconscient. Il est « *le reflet de difficultés particulières, voire d'un dysfonctionnement de la famille qui ne peut penser, elle aussi, que cette femme là puisse devenir enceinte* ». (36)

Parler spontanément de l'homme avec lequel elles ont eu l'enfant, peut être difficile.

Une fois la grossesse reconnue, si certains hommes sont informés d'autres ne le sont pas, parfois parce que la relation a été brève, parfois parce que la femme ne sait pas quels mots trouver pour leur annoncer. D'autres tiennent à l'écart consciemment leur partenaire et/ou leurs familles en dissimulant leur grossesse après l'avoir reconnue. Elles peuvent craindre une réaction de refus, de rejet ou bien de violences.

D'autres ne souhaitent pas qu'il devienne le père de leur enfant. Certaines peuvent aller jusqu'à refuser de répondre aux questions le concernant. Selon certaines femmes, leur partenaire n'a pas perçu leur grossesse alors qu'ils ont eu des relations sexuelles y compris peu de temps avant l'accouchement. Au total il n'existe que des cas individuels et il y a peu d'informations concernant ces hommes. La question est de savoir dans certains cas pourquoi eux-mêmes n'ont pas reconnu la grossesse. (27, 36)

Pour d'autres auteurs le déni de grossesse est contagieux. Dans l'étude de Pierronne, Delannoy, Florequin et Libert, les conjoints présents ne savaient rien et lors de l'annonce, ils sont dans un état de sidération, de panique voir de refus et de trahison (26). Selon Marinopoulos, cette contagion est possible car tout le monde utilise le déni dans la vie quotidienne : « *la femme ne sent rien, l'homme ne voit rien* ». (18)

Du côté des professionnels de santé, les modifications corporelles sont tellement limitées que même des médecins peuvent passer à côté du diagnostic de grossesse.

Comme le met en avant Grangaud dans sa thèse, on pourrait se poser la question d'un examen complet de la part des médecins : « *Seul un examen clinique qui viserait à rechercher une grossesse et donc qui comporterait un toucher bi-manuel (...), pourrait faire le diagnostic de grossesse* ». (29)

La façon dont les femmes décrivent leurs symptômes, sans laisser penser à l'éventualité d'une grossesse en cours, peut entraver l'analyse du médecin. Le déni de la patiente peut ainsi influencer profondément le médecin, qui peut donner un diagnostic totalement différent que celui de la grossesse.

1.3.3 Les risques périnataux du déni de grossesse

1.3.3.1 Les risques obstétricaux, de morbidité et mortalité pour la mère et le fœtus

Ils ont été décrits par Brezinka (31) et Wessel (24,25). Selon l'étude de Wessel, sur 65 dénis de grossesses, 69 enfants sont nés dont 61 singletons et 4 paires de jumeaux.

Il y a eu 12 accouchements prématurés et 53 naissances à terme. Parmi ces naissances, il est indiqué :

- 3 accouchements de fœtus non viables
- 41 naissances spontanées dont 3 accouchements à domicile
- 2 naissances avec une présentation de l'épaule
- 11 naissances par une méthode chirurgicale (intra vaginale ou césarienne)

Le devenir des enfants après la naissance :

- 7 enfants ont eu un poids inférieur à 2000 g
- 8 enfants ont eu un poids entre 2000g et 2499g
- 19 enfants ont été transférés dans un service de néonatalogie
- 51 enfants ont été vivre chez leurs parents
- 13 ont été placés en vue d'adoption
- 1 enfant a été placé en famille d'accueil
- 1 enfant est mort-né
- 1 néonaticide

Wessel montre le risque élevé de morbidité périnatale pour l'enfant né à la suite d'un déni de grossesse en comparant les résultats de son étude avec ceux d'une étude conduite sur 27 110 accouchements à Berlin en 1995 : (25)

- Le poids de la naissance est de 21.7% vs. 6.7%
- La petite taille pour le mois de grossesse est de 26.1% vs. 8.0%
- La prématurité (avant 37 semaines) de 18.5% vs. 7.4%
- Le transfert en néonatalogie : 29.2% vs. 9.2%.

Dans l'étude de Pierrone, Delannoy, Florequin et Libert sur 56 cas de dénis de grossesse, il est observé 29 cas de déni total qui ont une incidence sur le devenir du nouveau-né. Six d'entre eux décèdent pour les causes suivantes : prématurité (deux cas), hématome rétroplacentaire (un cas), syndrome malformatif (un cas). Deux cas sont non élucidés. (26)

1.3.3.2 Le risque de néonaticide

Aux USA, Resnick a été le premier à suggérer d'introduire dans le Code pénal le terme de néonaticide et de le distinguer des autres félicides, car il s'agit du meurtre d'un nouveau-né au cours de ses vingt-quatre premières heures de vie. (41)

Après avoir comparé le vécu de dix-huit femmes ayant accouché dans l'anonymat avec celui de quatre femmes ayant commis un infanticide, Bonnet a montré que ces dernières avaient présenté un déni d'accouchement si intense qu'elles n'avaient pas pu reconnaître le travail de l'accouchement et pour certaines l'expulsion du nouveau-né.

Bonnet suggère d'introduire aussi la qualification de néonaticide et de différencier le néonaticide dit « actif » lorsque la femme exerce de la violence physique contre

l'enfant, du néonaticide « passif » lorsque la femme ne lui donne pas les premiers soins. (36)

Cependant il y a très peu de véritable étude épidémiologique sur le néonaticide et l'infanticide. Herman-Giddens a réalisé une première étude épidémiologique rétrospective aux USA à partir de l'étude de 34 dossiers de néonaticide et de bébés trouvés morts sur la voie publique. Il y aurait au moins 2.1 pour 100 000 naissances de nouveau-nés identifiés comme néonaticides ou trouvés morts chaque année. Il est important de noter que le risque de meurtre le jour de la naissance est dix fois plus élevé qu'à tout autre moment de la vie aux USA. Vingt-neuf des auteurs étaient les mères. Des informations prénatales ont été retrouvées dans 17 dossiers, dans lesquels il est noté 8 cas de suivi prénatal tardif et 8 cas de déni de grossesse. L'auteur indique que le déni de grossesse n'était pas alors systématiquement noté dans les dossiers, de même qu'il n'a pas été précisé l'état mental de ces femmes en particulier si ces cas de néonaticides ont eu lieu au cours d'un épisode psychotique ou ont été secondaires à un abus de drogues. (22)

D'autres auteurs américains tels Spinelli et Friedman font état de néonaticide précédés par des dénis de grossesses. (30,17)

Dans l'étude de Brezinka, qui portait sur 27 cas de déni de grossesse, aucun cas de néonaticide n'a été retrouvé. (31) Wessel n'en a retrouvé qu'un seul sur 65 dénis de grossesse (25). Il s'agirait donc pour ces auteurs une conséquence très rare et la plus extrême.

Il apparaît une disparité au niveau des résultats épidémiologiques liant déni de grossesse et néonaticide. Le lien de causalité est donc difficile à estimer.

Le risque maximum de néonaticide se présente lors des accouchements en dehors des conditions hospitalières et lorsqu'il y a un déni des contractions utérines qui sont attribuées à d'autres causes que le travail de l'accouchement (douleurs digestives, tumeur abdominale, appendicite, etc.). Ces dénis d'accouchement semblent s'associer plus fréquemment à des « pensées négatives, des fantasmes hostiles, à l'encontre d'un bébé non désiré ». (36, 3)

En effet, la venue de l'enfant n'a pu être ni pensée, ni anticipée. Le déni a recouvert l'accouchement et l'enfant qui naît. (36, 27)

Le Code pénal définissait en France jusqu'en 1994 l'infanticide comme le « meurtre ou l'assassinat d'un enfant nouveau-né dans les 3 premiers jours de la vie ». Cette qualification d'infanticide a été supprimée du nouveau Code pénal en 1994 et le meurtre ou l'assassinat d'un nouveau-né est depuis assimilé en France à un homicide d'un enfant de moins de quinze ans. Il n'a pas été possible de conduire d'études épidémiologiques précises en France, car la qualification d'infanticide a été supprimée du Code pénal en 1994. Il n'y a pas eu non plus d'étude en France qui indique la proportion exacte entre néonaticide/infanticide et déni de grossesse.

Cependant une étude européenne rétrospective qui a comparé les données statistiques de la police de l'Autriche, de la Suède et de la Finlande a montré qu'il est possible de collecter des statistiques lorsque la qualification de néonaticide est insérée. Elle a ainsi mis en évidence une réduction de près de moitié des néonaticides à la suite de l'introduction de la législation de l'accouchement anonyme en Autriche : de 7.2 pour 100 000 avant à 3.1 pour 100.000 nouveaux-nés. (2)

1.4 Les hypothèses étiologiques

Au vu des différentes recherches menées sur le profil des femmes présentant un déni de grossesse, plusieurs auteurs ont cherché différentes possibilités de facteurs de risques de ce symptôme.

1.4.1 Etats délirants, schizophrénie : le déni de grossesse est l'un des symptômes d'une décompensation psychotique

Plusieurs recherches ont été menées entre 1988 et 2003 afin de déterminer s'il existait un lien étiologique entre la décompensation psychotique et la survenue du déni de grossesse chez ces patientes.

Dans l'étude de Miller, 12 femmes parmi 26 femmes ayant un diagnostic de psychose, présentaient un déni de grossesse. Son étude a été conduite dans un service de psychiatrie. (35)

Néanmoins les études menées par la suite ne rejoignent pas ces résultats. En effet, pour Brezinka, Wessel et Friedman, une faible proportion des patientes avec un déni de grossesse présentent une pathologie psychiatrique pouvant être une schizophrénie, un épisode psychotique ou même des antécédents psychiatriques de « troubles de l'humeur ». Mais il s'agit d'une étude conduite dans des maternités. (31, 25,17)

La confrontation de ces résultats met en exergue une différence selon les lieux où se conduisent des études. Cependant il faut savoir penser à reconnaître un déni de grossesse chez des patientes présentant une décompensation psychotique car c'est une étiologie possible du déni de grossesse.

1.4.2 Des hypothèses à propos du déni de grossesse non psychotique

A partir de 1990, Bonnet a décrit un lien entre le déni de grossesse et certains antécédents d'expériences traumatiques. Successivement sont mis en évidence :

- des violences physiques, sexuelles (inceste ou extra-familial) de l'enfance ou de l'âge adulte (viols, violences conjugales),
- des carences affectives précoces,
- des comportements de négligences de la part des parents comme une éducation paradoxale par rapport à la sexualité, entraînant chez ces filles une ignorance de leurs capacités de procréation ayant pour corolaire l'absence ou la mauvaise utilisation d'une contraception.

Le mécanisme évoqué par Bonnet serait le suivant : la prise de conscience du fœtus réactive ces expériences traumatiques qui étaient restées cachées et n'avaient pas été prises en charge. (38, 37, 36, 33, 32, 23)

Le point de vue de Brezinka nous apporte un autre groupe de causes conditionnant une situation de stress chez ces patientes. Il s'agit de :

- la survenue d'une grossesse peu de temps après le début d'une nouvelle relation de couple ne s'inscrivant pas dans un projet de vie commune,
- la présence de conflits familiaux intenses pour une femme mariée,
- le retard mental,
- le manque de ressources financières. (31)

En 2001, Spinelli met en évidence dans son étude la prévalence de maltraitance chez les patientes présentant un déni de grossesse. Il s'agit surtout d'agressions sexuelles, physiques ou émotionnelles. Ces résultats rejoignent ceux de Bonnet et permettent de confirmer l'existence d'un lien entre le déni de grossesse et les violences faites aux femmes qu'elles soient d'ordre sexuel, physique et/ou émotionnel. (30)

En 2002, Pierrone, Delannoy, Florequin et Libert font l'hypothèse que l'origine du déni de grossesse à propos de 56 cas peut être une relation œdipienne non refoulée, un père qui peut être jaloux, une mère auquel la femme est très dépendante. Ils concluent que le déni aurait une fonction d'adaptation face à des situations complexes. (26)

Dans son étude de 2007 portant sur 29 cas de déni de grossesse, (pervasive denial) Friedman suggère comme hypothèse étiologique :

- La crainte de la colère du père du bébé, la répression de la sexualité, les interdits religieux, la relation avec leur mère, la peur d'être abandonnée ou la crainte de perdre la garde de l'enfant.
- Il a été noté que quelques femmes avaient dévoilé des antécédents de violences à leur encontre mais il ne semble pas que des questions sur de tels antécédents de violences aient été posées de manière systématique et aient suscité l'attention pour être notée dans les dossiers. (17)

Friedman conclue que tout déni de grossesse et de grossesse cachée devrait bénéficier d'une consultation par un psychiatre, d'un dépistage systématique de l'utilisation de drogues pendant la grossesse ainsi qu'une évaluation de leur capacité parentale.(17)

Par ailleurs, l'inceste est une cause possible du déni de grossesse comme l'avait souligné Bonnet.

Dans ses recommandations sur le « Repérage et le signalement de l'inceste par les médecins : Reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur » en mai 2011, la HAS indique le déni de grossesse comme un signe d'appel pour repérer l'inceste. (8)

Dans une étude conduite en 2011 auprès de 133 victimes d'inceste et membres de l'Association Internationale des Victimes d'inceste, Lefebvre a montré certaines conséquences de l'inceste sur la grossesse et la maternité : (6)

- 4% ont découvert leur grossesse après le 3^{ème} mois.
- 14% des grossesses ont été cachées à l'entourage de la victime
- 25% ont une grossesse mal suivie,
- un grand nombre ont présenté des conduites à risques pour leur santé et celle de l'enfant : compulsions alimentaires (9% anorexie, 36% boulimie), conduites addictives (10% d'alcool, 2% de drogues, 26% tabac), 20% ont exprimé des gestes de violences envers elles-mêmes et 4% envers le futur bébé.
- Pour 33% des grossesses les femmes ont ressenti un sentiment de mal être quant à la présence du bébé dans leur ventre.
- 17% ont accouché prématurément.
- 20% ont dépassé le terme.
- 0,5% des accouchements ont eu lieu à domicile.

En 2011, Marinopoulos et Nisand dans l'ouvrage « Elles accouchent mais ne sont pas enceintes » deux aspects ont été explorés comme origine du déni de grossesse. (9)

Tout d'abord, les mécanismes familiaux dans les antécédents. Le déni de grossesse est précédé d'un déni qui touche l'ensemble de la famille. Dès l'enfance il se construit un « *déni de la vie corporelle et affective* ». Les expériences vécues deviennent des traumatismes car ces femmes ne pouvaient pas en parler avec leurs familles. Par la suite ces traumatismes ont été refoulés.

Ensuite, ils analysent la place du compagnon dans le déni de grossesse. Il constitue le principal élément de l'environnement de la femme et influe sur leurs comportements (sexualité, vie amoureuse et affective). « *La grossesse est une histoire de couple* ». Ces compagnons sont décrits sous forme de trois tableaux :

- 1) L'homme naïf : les relations humaines ne l'intéressent pas. Lors de la levée du déni, il serait dépassé et éprouverait de la culpabilité. Une communication jamais établie auparavant sera à débiter : « *il va falloir se dévoiler, tenter de mettre des mots là où jamais rien n'est dit* ».

- 2) L'homme névrosé. Dans la vie courante, il peut être en colère, emporté puis être totalement silencieux, en retrait. Il n'est pas réceptif à la souffrance de sa femme. Il rend banale l'annonce de la grossesse pour éviter d'en parler. La femme peut donc tomber dans un état dépressif au vu de sa solitude.
- 3) Le compagnon pervers narcissique. La femme lui permet d'en arriver à ses fins. La relation conjugale n'est pas sa priorité. Son comportement pourrait être comparé à un harcèlement moral voir sexuel. La femme sera dévalorisée. Ces hommes sont fréquemment retrouvés lors d'un déni grave et surtout en cas de néonaticide.

En conclusion grâce aux études menées, le déni de grossesse n'est plus associé qu'aux femmes ayant des pathologies psychiatriques. Comme il n'existe pas actuellement de consensus pour l'étiologie du déni de grossesse, sa prévention semble difficile à mettre en place.

1.5 Une prise en charge adaptée

1.5.1 Le diagnostic de la grossesse

Selon la plupart des auteurs les circonstances de découverte de la grossesse sont variables : Certaines femmes le constatent elles-mêmes, pour d'autres c'est l'entourage qui leur en fait prendre conscience et d'autres vont aller consulter pour des symptômes durant leur grossesse ou au moment de leur accouchement.

Les symptômes ayant conduit à faire le diagnostic de la grossesse sont selon les auteurs le plus souvent:

- Des douleurs abdominales aiguës
- Une demande d'échographie pour dépister un soupçon de tumeur abdominale
- Des saignements
- Des douleurs du dos
- Des signes de pré éclampsie qui ne sont pas reconnus comme tels (hypertension, nausées, vomissements, céphalées, acouphènes, phosphènes, des bilans hépatiques et rénaux pathologiques)
- Un accouchement inopiné à domicile ou ailleurs

Le diagnostic peut s'établir ainsi soit durant la grossesse, soit au moment de l'accouchement. Il existe ainsi un consensus pour décrire deux formes cliniques de déni : le déni partiel et le déni total.

Lorsque la femme prend conscience de sa grossesse avant son terme, il s'agit d'un déni partiel. Les avis sont différents sur le terme de la grossesse à partir duquel, on peut parler de déni de grossesse.

Pour Dayan, Andro et Dugnat (1999) et Wessel (2002) le déni est dit partiel lorsqu'il est reconnu après 20 semaines d'aménorrhée. (20, 24 ,25)

Pour Pierrone, Delannoy, Florequin et Libert (2002), le déni est partiel lorsque « la reconnaissance de la grossesse se fait avant terme, en général au 2ème trimestre de la grossesse ». (26)

Certains considèrent qu'il y a déni de grossesse lorsque la grossesse est reconnue après 14 semaines d'aménorrhée. Comme le fait remarquer Marinopoulos, « nous ne parlons pas de déni de grossesses avant la fin des trois premiers mois de grossesses ». Elle ajoute : « C'est comme si il y avait un espace de tolérance accordé aux femmes pour qu'elles se disent enceintes ». (18)

Il ne semble pas y avoir actuellement de consensus sur le terme de la grossesse à partir duquel il serait possible d'établir un diagnostic de déni de grossesse.

Lorsque le déni se poursuit jusqu'à l'accouchement, il s'agit d'un déni total de la grossesse. La levée du déni peut donc se faire au moment de l'accouchement et dans certains cas, il peut exister un déni de l'accouchement et de la naissance de l'enfant. Ceci peut donner lieu à un accouchement inopiné au domicile de la patiente, dans n'importe quel lieu ou bien de façon inattendu à l'hôpital alors que la femme se présentait aux urgences générales pour des douleurs abdominales. C'est lorsque l'accouchement a lieu hors d'un hôpital qu'il y a un risque de néonaticide.

Dans l'étude de Brezinka le nombre de dénis partiels a été de 16 (donc 59%) et celui de dénis totaux de 11 (41%) (31). Dans celle de Pierronne, Delannoy, Florequin et Libert le nombre de dénis partiels a été de 27 (48%) (26), la grossesse ayant été découverte entre le 5^{ème} et le 8^{ème} mois, et de 29 pour les dénis totaux (52%). Dans

l'étude de Wessel, le nombre de dénis partiels à partir de la 20^{ème} semaine a été de 38 (61%) et celui des dénis totaux 24 (39%) (24, 25). Dans l'étude de Friedman, sur 29 femmes ayant fait un déni de grossesse 7 ont eu un déni total dont 4 femmes ayant accouchés à leur domicile. (17)

1.5.2 Les réactions dues à la levée du déni de grossesse

La plupart des auteurs décrivent qu'à la disparition du déni, il y a une rencontre brutale entre la mère et le fœtus qui provoque un « choc émotionnel intense » et une « véritable sidération ». La femme peut ressentir des sentiments d'insécurité et des angoisses.

Certaines accueillent cet enfant inattendu de manière positive.

Lorsque l'enfant n'est pas accepté, Bonnet a observé la formation de « *fantasmes d'impulsions violentes* » envers l'enfant chez certaines femmes. Ils diminuent et peuvent disparaître si la femme peut bénéficier d'une psychothérapie. D'autres expriment, selon Bonnet, des idées de suicide, ce qui peut mettre en péril la santé de l'enfant. (36, 27)

Après l'accouchement, un grand nombre de femmes ressentent un sentiment de culpabilité de ne pas avoir fait tout leur possible pour l'enfant pendant que la grossesse leur était méconnue (alimentation inadéquate, tabagisme, médicaments) et celles qui ont eu des pensées négatives, souhaitent vérifier que le bébé est en bonne santé. (36)

La réaction lors d'un déni de grossesse psychotique peut être différente. Selon Miller, Brezinka, on peut se trouver face à des réactions de délire chez les femmes psychotiques. (35, 31, 21)

1.5.3 Des propositions de prises en charge

Après le diagnostic, vient la prise en charge.

Dans une grossesse dite normale, il existe un phénomène « d'intégration psychique » de l'enfant à naître. La femme y prend conscience et lui fait une place. « Il y a un moi, il y a toi » (15).

Le déni de grossesse est un symptôme à risques pour la santé de la mère et de l'enfant. Il est nécessaire de l'identifier et d'accompagner les femmes jusqu'à l'accouchement pour en réduire les risques à la naissance et après. Le CASSF a ainsi recommandé aux sages-femmes le 12 mars 2010 leur rôle important de détection du déni de grossesse lorsqu'une femme découvre et donc déclare sa grossesse tardivement afin de les aider psychologiquement et éviter que la situation de répète.

Après un déni de grossesse, on peut observer trois possibilités pour le devenir de l'enfant.

1.5.3.1 Acceptation positive du bébé

L'accueil est favorable rapidement après la prise de conscience de la grossesse, le bébé est bien accueilli à la naissance.

1.5.3.2 Le choix de l'adoption

La femme ne peut pas accepter le bébé et choisit de le confier aux autorités compétentes en vue d'une adoption.

La possibilité d'accoucher sans décliner son identité permet à des femmes qui refusent leur bébé à la naissance de réduire les risques encourus à la non acceptation de l'enfant. Depuis la dernière législation sur l'accouchement secret, la loi du 22 janvier 2002 relative à l'accès aux origines personnelles, le législateur a maintenu la liberté de choisir l'une des possibilités suivantes :

- donner son identité afin qu'elle soit remise dans le dossier pour l'enfant s'il souhaite accéder à son dossier après sa majorité
- donner son identité dans une enveloppe fermée afin qu'elle soit remise au dossier de l'enfant et ouverte s'il souhaite accéder à son dossier après sa majorité.
- ne pas donner son identité mais alors transmettre des informations non-identifiantes

Et comme l'indique Bonnet, Kramer et Chabernaude, « *La procédure et le contenu du recueil des informations non identifiantes pourraient être discutés et les acteurs*

tels que sages-femmes et médecins étant au plus près des patientes devraient y être intégrés ». (5)

1.5.3.3 Incertitudes des femmes et inquiétudes des sages-femmes

Même si dans de nombreux cas le déni de grossesse se termine de façon favorable pour la relation mère-enfant, il perdure certains risques dans le pronostic de l'enfant à long terme.

En effet, Bonnet indique qu'à l'accouchement, il ne faut ni encourager ni obliger la mère à porter son enfant sur son ventre. Il en est de même pour l'allaitement maternel. En effet, si une part d'elle s'attache à l'enfant, « *des fantasmes violents envers l'enfant* » peuvent persister. Des sentiments ambivalents risquent de s'installer parce qu'ils n'ont pas pu s'exprimer et il peut y avoir un risque de maltraitances. (36)

Grangaud insiste aussi sur ce point : il est nécessaire de prêter une écoute attentive pour que les femmes puissent « *exprimer leur ambivalence face à leur grossesse* ». (29)

Seulement, Nisand et Marinopoulos mettent en garde de ne pas stigmatiser ces femmes car les conséquences ne pourraient être que néfastes : « *les suspicions du corps médical sur leurs compétences maternelles accentuent leur souffrance et leur isolement* ». Nous nous devons de les aider, mais surtout pas de les surveiller. (9)

Pas systématique certes, le risque existe comme l'ont décrit Bonnet (1990, 2002), Massari (2002) et Pierrone (2002) : les situations de déni de grossesse peuvent donner des violences à l'encontre de l'enfant. (36, 28, 27, 26, 8)

Dans un article accompagner le déni de grossesse, Bonnet explique l'importance de comprendre la signification de ce déni de grossesse et de proposer aux femmes un suivi psychologique pour comprendre le sens de ce déni pour cette grossesse-là. (27)

L'équipe doit donc être vigilante. Un suivi post-natal peut donc être nécessaire. Le retour à domicile sera possible grâce à la mise en place d'un réseau thérapeutique.

Une proposition de prise en charge en vue de la sortie de la maternité serait selon Grangaud : (29)

- 1) une orientation en fonction de ce qui aurait été observé durant le temps de l'hospitalisation (qualité de la relation mère enfant, qualité de l'entourage, de la collaboration de la mère aux soins et de son éventuelle pathologie) mais aussi des possibilités offertes en proximité,
- 2) la préparation à la sortie ferait intervenir l'assistante sociale du service et le pédopsychiatre,
- 3) une mise en relation avec les différents intervenants après la sortie qui pourraient éventuellement venir faire connaissance avec la mère durant son hospitalisation, comme par exemple les sages-femmes à domicile. Le rôle de la PMI est alors primordial.

Ainsi, la sage femme doit s'investir dans la compréhension des relations entre une femme et son enfant né d'un déni de grossesse et accepter que certaines ne puissent pas devenir la mère de cet enfant-là. Cette implication n'est possible que si la connaissance et la maîtrise de ce sujet sont facilitées. Ce rôle d'accompagnement psychologique que ce soit pour garder l'enfant ou le faire adopter est d'une importance égale à celui qui est physique.

Deuxième partie

Cadre Contextuel

2.1 Cadre contextuel et méthodologie de l'étude

2.1.1 La problématique

L'étude a pour finalité d'établir un état des lieux des connaissances et du ressenti des sages-femmes à propos du déni de grossesse. Il s'agit d'appréhender comment les sages-femmes conçoivent et éprouvent le déni de grossesse et de discerner si ces connaissances leur permettent d'établir une prise en charge adaptée.

2.1.2 Les objectifs

Les objectifs de l'étude sont les suivants :

- Présenter les connaissances théoriques et empiriques des sages-femmes face au déni de grossesse
- Recueillir le ressenti des sages-femmes à ce sujet
- Examiner la prise en charge proposée par les sages-femmes
- Exposer les modalités d'enseignements à propos du déni de grossesse

2.1.3 Les hypothèses

Les objectifs permettent d'émettre les hypothèses suivantes :

- Hypothèse n°1 : les savoirs des sages-femmes à propos du déni de grossesse sont erronés.
- Hypothèse n°2 : l'attitude des sages-femmes face aux patientes présentant un déni de grossesse est le résultat du sentiment que leur procure ce symptôme.
- Hypothèse n°3 : les enseignements sur ce thème sont insuffisants pour permettre aux sages-femmes d'avoir une prise en charge adaptée pour ces patientes.

- Hypothèse n°4: la faible diffusion des données épidémiologiques de ce symptôme conditionne un manque d'intérêt des sages-femmes.

2.1.4 Le choix et la présentation de l'étude

Pour répondre à la problématique, une étude qualitative prospective a été menée. Les sages-femmes ont été interrogées au moyen d'un questionnaire au cours d'entretiens semi-directifs (voir annexe III).

Les entretiens ont été menés sur une courte période allant du 29 novembre au 27 décembre 2012.

La population de sages-femmes choisie concerne les deux maternités suivantes : la maternité de Jean Verdier à Bondy et celle de Lariboisière à Paris.

La sélection des sages-femmes s'est faite au moyen d'un tirage au sort. Les cadres sages-femmes supérieures des deux maternités ont été contactées afin d'obtenir la liste exhaustive des sages-femmes exerçant dans les deux établissements. Par la suite, chaque sage-femme sélectionnée a reçu un courrier afin de préciser la procédure de l'entretien (voir annexe I). Parallèlement, des affiches explicatives sur le sujet de l'étude et les modalités ont été disposées dans les locaux des maternités (voir annexe II).

Chaque entretien a été mené individuellement. Ils se sont déroulés sur les lieux des maternités et en grande majorité sur les temps de travail. Seuls deux entretiens ont eu lieu sur le temps de repos des sages-femmes.

Une explication sur la méthode de recueil a été communiquée en début d'entretien. Ils ont tous été enregistrés de façon anonyme. Un questionnaire préalablement établi a servi de guide. Il a permis d'aborder les thèmes suivants :

- savoirs des sages-femmes sur le déni de grossesse (définitions, concepts)
- expression clinique du déni de grossesse (récits cliniques et symptomatologie)
- prise en charge des patientes
- ressenti des sages-femmes
- formations reçues par les sages-femmes

Les entretiens ont duré chacun entre 15 et 30 minutes.

Au total, 30 sages-femmes ont été sélectionnées et 20 entretiens ont été menés soit un taux de participation de 67%.

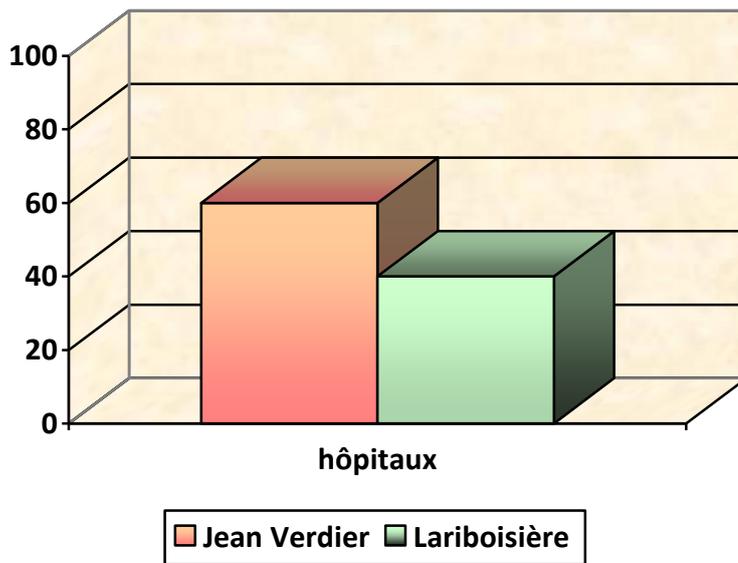
2.2 Présentation des résultats

2.2.1 Description de la population

2.2.1.1 Répartition des sages-femmes interrogées

La répartition de sages-femmes interrogées entre les deux hôpitaux de notre étude est la suivante :

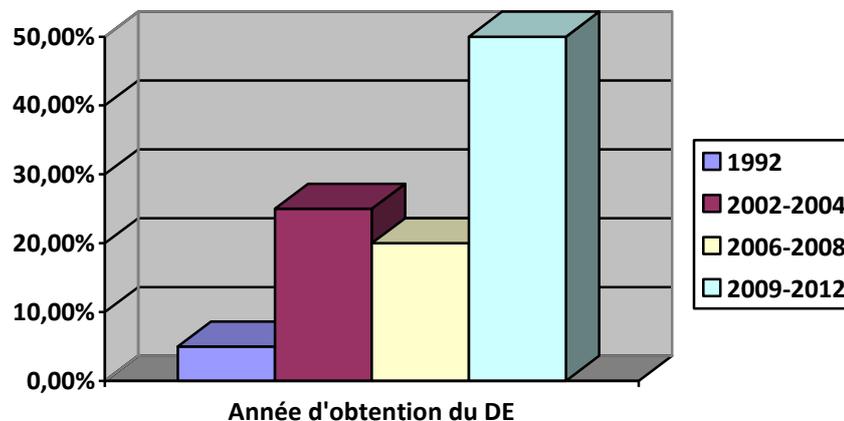
Graphique 1 : Répartition des sages-femmes dans les deux établissements



2.2.1.1 Année d'obtention du diplôme d'Etat de Sage-femme

L'année d'obtention du diplôme d'état varie selon la population de notre étude : il apparaît que la moitié de notre échantillon a obtenu le diplôme d'état de sage-femme depuis moins de 4 ans.

Graphique 2 : Répartition des sages-femmes selon l'année d'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme



Les sages-femmes de notre échantillon sont relativement également réparties dans les deux établissements de notre étude. La moitié d'entre elles ont une durée d'exercice inférieure ou égale à 4 ans.

2.2.2 Savoir des sages-femmes sur le déni de grossesse

➤ Connaissez-vous le déni de grossesse ?

La totalité des sages-femmes affirment connaître le déni de grossesse. Une a ajouté : « *c'est une femme qui est enceinte mais qui ne le sait pas* ».

➤ Comment avez-vous connu le déni de grossesse ? Quel a été le premier moyen ?

Sur les 20 sages-femmes constituant notre échantillon :

- 8 d'entre elles affirment avoir connu le déni de grossesse grâce aux cours théoriques reçus durant la formation initiale. Une d'entre elles précise tout de même, « *ne pas s'en souvenir très bien* ».
- pour 9 sages-femmes, ce sont les médias qui constituent leur premier moyen d'information. Quelques-unes d'entre elles ont précisé qu'il s'agit surtout de « *l'affaire Courjault* ».

- l'expérience professionnelle est citée comme premier moyen d'information par 3 sages-femmes.

Par ailleurs, la connaissance du déni est approfondie grâce à de nombreux moyens.

- Pour 10 sages-femmes : l'exercice de la profession.
- Pour 8 sages-femmes : l'enseignement théorique en formation initiale. Il est intéressant de noter qu'une d'entre elles précise: « *je ne me souviens pas avoir eu de cours très détaillé sur le déni de grossesse* ».
- Pour 5 sages-femmes : les conversations entre pairs ou avec l'entourage familial.
- Pour 4 sages-femmes : les médias.
- Pour 4 sages-femmes : les articles, les livres et des mémoires d'étudiantes sages-femmes.

Concernant l'expérience professionnelle, certaines sages-femmes ont précisé que les cas rencontrés restent rares et que certaines situations peuvent porter à confusion sur le diagnostic certain d'un déni de grossesse.

En particulier une sage-femme énonce : « *ce n'était pas vraiment des dénis car quand on creuse, on se rend compte que la patiente s'en doute un peu. On se demande donc si c'est un réel déni. Ce n'est pas forcément physique mais peut être moral* ».

Enfin, s'agissant des conversations, celles-ci portent surtout sur les dénis totaux qui étaient « *très impressionnants* ».

➤ *Selon vous, depuis quand le déni de grossesse a-t-il été décrit ?*

Sur les 20 sages-femmes sondées, 9 répondent que le déni de grossesse a été décrit il y a une trentaine d'année. Pour cinq sages-femmes, il s'agit du début du siècle. Enfin, trois répondent au siècle dernier et trois autres dès l'antiquité.

Des remarques ont été ajoutées par deux sages-femmes :

- « *Nous n'avons pas tout de suite utilisé le terme du déni de grossesse, une autre formule était employée auparavant* ».
- « *Le déni a toujours existé, par contre la description est récente* ».

Il est à noter que les sages-femmes ont répondu à cette question par intuition, aucune n'en avait la certitude. Une d'entre elle n'y a pas répondu.

➤ Avez-vous une idée de la fréquence du déni de grossesse ?

Trois types de réponses sont mis en évidence :

Environ un tiers des sages-femmes (7 / 20) n'ont pu donner d'estimation.

Pour un autre tiers (6 / 20), le déni de grossesse est relativement fréquent, soit entre 1 et 2% des grossesses.

Enfin, pour le tiers restant (7 / 20), il semble que le déni de grossesse soit rare.

Certaines sages-femmes ont apporté des remarques intéressantes :

- « *je pense qu'il faut différencier la fréquence du déni total et celle du déni partiel, celle du déni total doit être inférieure* ».
- « *cette fréquence est méconnue et doit être sous estimée car le nombre d'études épidémiologiques est trop faible sur ce sujet* ».
- « *je propose cette fréquence car j'en rencontre très peu, je n'ai pas une vue d'ensemble* ».

➤ Pensez-vous que le déni de grossesse soit un problème de santé publique ?

Pour la majorité de sages-femmes (15 / 20), il s'agit d'un problème de santé publique. Les arguments avancés en faveur de cette réponse sont les suivants :

- « *Comme les femmes n'ont pas de suivi de grossesse, des pathologies importantes peuvent arriver et entraîner la mort de la mère et/ou du fœtus* ».
- « *Dans un déni total, la femme peut accoucher chez elle. On peu imaginer que le bébé décède pour une détresse respiratoire ou la mère d'une hémorragie* ».
- « *Ce sont des femmes qui sont dans une détresse. Elle peut être psychologique, socio-économique et il faut qu'elle soit prise en charge, c'est important* ».
- « *Beaucoup de complications dans le post-partum comme la dépression pour la mère et l'infanticide peuvent arriver* ».

- « *Quand une femme fait un déni de grossesse, c'est qu'elle a un manque de connaissance sur son corps, sur la sexualité et sur la contraception* ».

➤ Connaissez-vous le terme de dissimulation de grossesse ?

La quasi-totalité (18 / 20) des sages-femmes répondent par l'affirmative.

Certaines ne savent pas qu'on peut l'utiliser de cette manière mais en devinent le sens. Pour exemple deux sages-femmes s'expriment ainsi : « *je n'en ai jamais entendu parler mais je pense qu'il s'agit d'une femme qui sait qu'elle est enceinte mais qui cache consciemment sa grossesse* » ; « *ce sont des faux dénis de grossesses* ».

➤ Est-il différent du déni de grossesse ?

C'est le cas pour toutes les sages-femmes : le déni est différent de la dissimulation. Certaines explications méritent d'être mises en évidence :

- « *La dissimulation est un phénomène pleinement conscient. La femme cache sa grossesse à son entourage par tous les moyens nécessaires. C'est actif* ».
- « *Dans le déni, il y a pleins de signes qui, pour une patiente lambda, l'orienteraient vers une grossesse, mais dans ce cas, elles attribuent ces changements à d'autres causes* ».
- « *Parfois, tu n'as pas conscience de ta grossesse donc tu fais un déni puis dans un second temps tu refuses d'en avoir conscience. Le déni et la dissimulation peuvent se suivre*».

➤ Est-elle comprise dans le déni de grossesse ?

Pour la majorité des sages-femmes (14 / 20), la dissimulation n'est pas un processus préalable ou accompagnant le déni de grossesse.

Néanmoins, il est intéressant de noter que pour les 6 autres sages-femmes les réponses sont contraires :

- Certaines (3 / 6) d'entre elles affirment ce sont deux phénomènes différents mais qui se suivent chronologiquement. Elles expliquent : « *ça se recoupe*

mais ce n'est pas le même mécanisme psychique » ; « le déni de grossesse est une dissimulation inconsciente ».

- Enfin, pour les 3 sages-femmes restantes, les deux phénomènes peuvent parfois être confondus. Voici quelques explications données :
 - « *il y a plusieurs stades dans le déni de grossesse dont la dissimulation* »
 - « *c'est un peu la même chose sauf que le déni est plus compliqué* »
 - « *la femme peut avoir des petits doutes sur sa grossesse mais c'est tellement impensable qu'elle l'oublie et tombe dans le déni* »
 - « *la dissimulation est une forme de déni de grossesse* »

La totalité des sages-femmes affirment connaître le déni de grossesse. Les sources de connaissances du sujet sont variées. Il s'agit surtout des enseignements théoriques reçus en formation initiale, des médias et de l'expérience professionnelle. Bien que les réponses montrent une méconnaissance concernant la date de description du déni de grossesse en médecine et sa fréquence actuelle, il apparaît que les sages-femmes pensent que le déni de grossesse est un véritable problème de santé publique. Les arguments en faveur de la gravité du déni de grossesse sont essentiellement les conséquences pour la mère et l'enfant à venir et les modalités de prise en charge qui sont pressenties « complexes ». La différence entre le déni de grossesse et la dissimulation de grossesse semble être perçue par la majorité des sages-femmes constituant notre échantillon. Mais une confusion existe notamment à propos de la chronologie et du possible mélange des deux symptômes.

2.2.3 L'expression clinique du déni de grossesse

- *Selon vous, à partir de quel mois de grossesse est-il possible de parler de déni de grossesse ?*

Pour la majorité des sages-femmes (17 / 20) c'est entre 3 et 5 mois qu'on peut parler de déni de grossesse. Il s'agit du moment où les mouvements actifs du fœtus doivent être perçus. L'absence de lien explicite entre la conscience de l'arrêt des menstruations et l'état de grossesse est présentée comme un des signes du déni de grossesse. Seule une minorité (2 / 20) des sages-femmes interrogées exprime

l'inexistence d'un terme précis pour évoquer un déni de grossesse. Il peut survenir à tout moment de la grossesse.

Quelques remarques sont apportées :

- « *pour moi, dans un déni de grossesse, la femme découvre sa grossesse à un terme où, physiquement, ça devrait se voir* ».
- « *je ne pourrais pas dire qu'une femme a fait un déni de grossesse si elle la découvre à 2 mois et demi, par contre, à 6 mois, oui* ».
- « *je pense qu'à partir du moment où on est enceinte et qu'on ne le sait pas, c'est un déni donc ça peut être tout de suite* ».

➤ *A votre avis, le déni peut-il être partagé par le conjoint de la femme ? pourquoi ?*

La quasi-totalité des sages-femmes (18 / 20) pensent que le déni est partagé par le conjoint. Deux types d'explications sont évoquées : la première majoritaire (15 / 18), expose que l'expression clinique du déni (aucune modifications morphologique n'est visible connue et reconnue par le conjoint) conditionne son partage : « *la grossesse correspond à des changements psychiques et physiques qui n'appartiennent qu'à la femme* » (...) « *le père ne peut pas partager le processus psychique qui se déroule chez sa femme* » ; « *le terme partagé me dérange, l'homme n'as pas le choix* » ; « *l'homme ne voit pas la grossesse de sa femme, il n'a pas le choix de faire un déni* ».

La seconde (3 / 18) décrit un phénomène plus complexe : il y a déni partagé lorsque le conjoint voit certains signes physiques de la grossesse mais ne les reconnaît pas: « *le déni est partagé lorsque la personne se doute que la femme est enceinte mais ne lui en parle pas* ».

Il apparaît que le conjoint est perçu soit dans une position de spectateur et « victime » de la violence lié à la découverte du déni de sa femme : « *le père est souvent choqué à l'annonce de la grossesse* », soit dans un rôle d'acteur secondaire n'osant ou ne pouvant pas intervenir.

- *A votre avis, le déni peut-il être partagé par les enfants de la femme ? pourquoi ?*

La plupart des sages-femmes (15 / 20) pense que les enfants partagent le déni. On retrouve la même explication qu'auparavant : l'enfant ne voit pas la grossesse comme le reste de son entourage.

L'âge de la fratrie est mis en exergue afin de moduler le partage du déni : plus l'âge de l'enfant est avancé et plus le partage du déni est pressenti : « *ca dépend de l'âge : oui à partir de l'adolescence, mais pour un enfant, je ne pense pas que l'on puisse parler de déni partagé* ».

Concernant la fin de notre échantillon (3/20), le déni n'est pas partagé. Une sage-femme explique : « *le déni n'est pas partagé car l'enfant n'as pas peur d'être franc avec sa mère* ».

- *A votre avis, le déni peut-il être partagé par les parents de la femme ? pourquoi ?*

Sur les 20 sages-femmes interrogées, 14 pensent que le déni est partagé par les parents : « *du moment que la femme n'a pas conscience de sa grossesse, les autres n'en ont pas conscience également* ».

Les 6 autres sages-femmes répondent que ça dépend du type de relation qui existe entre les parents et la femme. S'ils sont proches, le déni de grossesse peut ne pas être partagé : « *les parents se rendent compte de l'état de grossesse de leur fille malgré le déni* ».

Une sage-femme ajoute une remarque : « *oui car parfois la mère ne peut imaginer que sa fille ait des rapports sexuels et donc même si elle voit des signes, elle ne peut pas envisager que ça renvoie à une grossesse* ».

La quasi-totalité des sages-femmes n'appréhendent pas le sens du déni partagé.

➤ Pensez-vous qu'une femme puisse refaire un déni de grossesse ? pourquoi ?

Pour la quasi-totalité des sages-femmes (19 / 20) la répétition du déni de grossesse est tout à fait possible. Les explications majeures font émerger trois explications :

- Une cause traumatique spécifique au temps de la grossesse actuelle : « *la femme peut refaire un déni pour une raison différente* » (7/20)
- Une cause antérieure à la grossesse qui n'a pas été prise en charge de façon satisfaisante : « *c'est un problème de fond : les femmes qui font un déni, si elles ne règlent pas leurs problèmes, elles sont tout à fait capable d'en refaire un plus tard* ». (6/20)
- D'autres ne donnent pas d'explication, il leur semble que c'est évident. (6/20)

➤ Imaginez-vous qu'une femme puisse présenter un déni de grossesse après avoir eu des grossesses sans cette symptomatologie ?

Toutes les sages-femmes interrogées répondent par l'affirmative. L'analyse de contenu fait émerger plusieurs facteurs conditionnant ou expliquant le déni de grossesse pour une grossesse plus qu'une autre. Il s'agit essentiellement du contexte socio-économique, du changement de conjoint ou d'un contexte traumatique notamment la présence de violences conjugales ou le vécu d'une séparation : « *toutes les grossesses sont différentes car elles arrivent à différent moment de notre vie* ». Une idée intéressante ressort des entretiens avec certaines sages-femmes : la multiparité ne serait pas un facteur protecteur mais plutôt un facteur de risque : « *quand nous sommes mères, notre attention porte plus sur nos enfants que sur notre corps, nous faisons moins attention à nous* ».

Il apparaît que le temps de diagnostic de déni de grossesse se situe entre le 3eme et 5eme mois. Il correspond à l'apparition du ressenti des mouvements actifs du fœtus, soit une approche normée par la société du ressenti physique d'un fœtus vivant in utero. Par ailleurs la majorité des sages-femmes témoignent de la méconnaissance de la définition du déni partagé. Même si certaines ont pondéré leurs réponses selon la qualité de la relation entre la

femme et les différents protagonistes, il émerge diverses explications pour expliquer le partage du déni qui sont essentiellement empiriques.

2.2.4 Prise en charge des patientes

- *Est-ce qu'un professionnel de santé et/ou du social (sage-femme, psychologue, assistant social, médecin...) peut participer au déni de la femme ?*

La question interroge la possibilité de non diagnostic du déni de grossesse et renvoie aux préalables cliniques du diagnostic de grossesse.

Pour la quasi-intégralité des sages-femmes de notre échantillon (19 / 20), la qualification des professionnels prenant en charge la patiente conditionne des réponses différentes réponses complexes. Ca dépend du type de professionnels.

Ainsi, pour les paramédicaux (assistant social, psychologues...) le déni peut être partagé. Ils n'ont pas la maîtrise des modalités du diagnostic de la grossesse : la grossesse n'étant pas à leurs yeux elle est donc déniée.

Pour les médecins, d'autres arguments sont évoqués :

- la non réalisation de l'examen gynécologique : « *si le gynécologue ne fait pas d'examen clinique, c'est normal* »,
- la concordance de la période génitale de la femme et les signes cliniques : « *ça peut être possible pour un gynécologue, s'il voit par exemple une femme en âge d'être ménopausée et qui présente une aménorrhée* »,
- la connaissance du symptôme dans le milieu médical,
- le terme de la grossesse : « *beaucoup de médecins ne poserait pas le diagnostic car ils n'y penseraient même pas, c'est quelque chose de trop peu connu* ».

Pour les sages-femmes, le déni ne saurait être partagé par ces dernières (19/20) : ce sont les fondements de la démarche clinique en maïeutique durant laquelle un examen gynécologique est systématique qui sont posé comme argument : « *le rôle des professionnels est d'envisager toutes les hypothèses possibles par rapport aux symptômes* ».

En résumé, le déni est partagé en fonction de l'anamnèse recueilli, de l'examen clinique effectué.

- *A votre avis, est-il possible pour un professionnel de santé de passer à côté d'un diagnostic rétrospectif de déni de grossesse ?*

Toutes les sages-femmes sont d'accord pour dire que c'est possible.

Sur les 20 sages-femmes interrogées :

- 7 pensent qu'il existe une réelle difficulté à poser le diagnostic de déni de grossesse et de faire la différence avec la dissimulation et la grossesse non suivie : « *certaines hôpitaux rencontrent un grand nombre de femmes faisant suivre leurs grossesse tardivement, on ne demande pas si elles ont fait un déni avant* » ; « *c'est dur de définir, de mettre des gens dans des cases entre déni, dissimulation et grossesse non suivie* ». D'autres obstacles tels que la langue ne permettent pas de poser le bilan d'un déni de grossesse.

- 5 sages-femmes examinent des situations où le diagnostic est évident : « *une femme qui se présente pour des douleurs abdominales et à qui on apprend qu'elle est enceinte* » (...) « *on la retrouve sidérée, elle n'y croit pas* ». A l'inverse, si une femme réagit très peu, il doit s'agir d'une dissimulation. Mais ça doit être possible dans certains cas.

- 1 sage-femme considère qu'il est plus facile de considérer une grossesse non suivie qu'un déni de grossesse : « *c'est plus facile de mettre grossesse non suivie que déni de grossesse sur le dossier, ça évite de poser des questions sur un sujet compliqué* » (...) « *grossesse non suivie est un terme que l'on retrouve souvent* »

- 1 sage-femme ajoute : « *c'est moins fréquent pour les sages-femmes qui sont plus sensibilisées sur ce sujet* »

➤ Avez-vous déjà rencontré une femme qui a présenté un déni de grossesse ?

Trois quart des sages-femmes de notre étude (15 / 20) en ont rencontrée. La prise en charge s'effectue majoritairement en salle de naissance (10/15) soit pour un accouchement imminent : « *Il s'agissait d'une jeune fille, célibataire, qui habitait chez ses parents. Elle était arrivée aux urgences générales pour des douleurs abdominales. Puis elle a été adressée en maternité pour accoucher. A son arrivée elle était à dilatation complète* », soit pour la prise en charge des suites de couches immédiates d'un accouchement à domicile : « *après un accouchement à domicile, une jeune fille a jeté son enfant sur le balcon* » (...) « *c'est la mère de la jeune fille qui, en entendant les bruits, s'en ai rendu compte* ».

La violence de l'annonce au moment même du travail ou de la naissance est prégnante dans les propos des sages-femmes. Pour toutes les sages-femmes l'expérience demeure importante. La sage-femme qui a fait le diagnostic du déni de grossesse au moment de l'accouchement s'en souviendra longtemps.

Pour les autres sages-femmes (5 / 15), la rencontre se fait durant le séjour de la patiente en suite de couche. Il est intéressant de noter que pour toutes ces sages-femmes, alors même que le diagnostic de déni de grossesse est connu, elles ressentent un doute sur sa réalité.

Les 3 questions suivantes n'ont été posées qu'aux sages-femmes ayant rencontré une ou plusieurs femmes présentant un déni de grossesse.

➤ **Est-ce vous la personne qui avait annoncé à cette femme qu'elle était enceinte ? ou bien avez-vous participé à l'annonce ?**

Concernant l'annonce du déni de grossesse, c'est encore la violence qui émerge de l'analyse des entretiens : « *c'était une annonce rapide et violente* ». La complexité de la situation est pressentie et met mal à l'aise car la découverte du déni nécessite une annonce aux urgences générales avant le transfert en maternité. Aussi un peu de la moitié de notre échantillon (8/15) n'as pas annoncé le diagnostic de la grossesse à la patiente.

➤ **Avait-elle vérifié la date de ses dernières règles ?**

Dans les principaux cas rencontrés par les sages-femmes (10 / 15), l'interrogatoire rapporte la présence de menstruations régulières.

Une sage-femme a livré l'histoire d'une patiente : « *elle n'avait plus de règles depuis 3 mois mais n'avait pas du tout songé à une grossesse* ». Une autre raconta celle d'une dame pensant être ménopausée.

Trois sages-femmes n'ont pas posé la question. Souvent, les circonstances ne sont pas favorables, comme par exemple en salle de naissance.

➤ **Lors de l'annonce de l'état de grossesse à la femme, avait-elle attribué les changements de son corps qu'elle avait perçus à d'autres causes que la grossesse ?**

Parmi les 15 sages-femmes, 5 ont pris en charge des patientes qui n'ont signalé aucuns changements corporels.

Six autres témoignent que ces femmes ont présenté des ballonnements et une légère prise pondérale. Une sage-femme raconte : « *leurs changements d'habitudes alimentaires sont leurs principales explications* ».

Les 4 dernières n'ont jamais posé la question.

Une remarque est apportée : « *si une femme détecte ce genre de changements, elle perçoit donc sa grossesse mais la refoule, c'est de la dissimulation* ».

➤ **Lors de l'anamnèse, demandez-vous à toute femme si elle a présenté un déni de grossesse lors d'une grossesse précédente ?**

La question n'est jamais posée. Quatre sages-femmes précisent qu'elles s'intéressent au déroulement de leurs grossesses précédentes. Certaines ajoutent donc : « *elles nous le diront spontanément* » ; « *c'est un évènement traumatisant qui arrivera forcément dans la discussion* » ; ou au contraire, « *si elles ne souhaitent pas en discuter, elle nous parlera de grossesse découverte tardivement* ».

Cinq sages-femmes ajoutent que c'est une question intéressante à poser.

- Avez-vous observé un déni de grossesse au cours d'un épisode délirant, d'une décompensation schizophrénique ou d'une psychose maniaco-dépressive ?

Seule une minorité des sages-femmes ont rapporté l'association du déni de grossesse et d'une pathologie psychiatrique.

- Si une femme a présenté un déni de grossesse, lui demandez-vous si elle a été victime de violences (physiques, sexuelles, psychologiques) **après 18 ans (âge adulte) ?**

La moitié des sages-femmes (10/20) posent la question dont trois parmi elles de manière systématique indépendamment de la pathologie et de l'âge de la patiente :

- « pour toutes ouvertures de dossier on a une case violence, pour tout le monde on le demande »

- « ici, dans notre anamnèse, on le demande systématiquement ».

Pour quelques unes le oui est suivi d'une explication : « ça peut être une cause possible qui expliquerait le déni. Quand tu as été victime de telles violences, il y a des choses que tu occultes ».

Pour plusieurs il leur semble plus facile d'aborder cette question dans le cadre d'une relation de confiance avec la patiente et grâce à un suivi régulier. Cependant certaines estiment qu'il ne faut pas poser la question sur les violences directement mais se renseigner sur son contexte de vie tant sur le plan psychologique et social. Ainsi l'une témoigne : « Il ne faut pas parler d'emblée de violence, c'est un mot qui peut choquer ».

Une autre pense que : « ça dépend de la patiente qu'on a en face, il faut s'adapter. Ce n'est pas le premier truc que je demanderais. Souvent celles qui ont subis un viol, ou autre violences physiques, elles le diront à un moment donné ».

Le lien entre le déni de grossesse et les violences ne semble pas évident pour les sages-femmes. D'autres étiologies sont avancées.

6 sages-femmes expliquent leurs difficultés face à cette question. Elles disent ne s'être jamais retrouvées dans cette situation et ignore la réaction qu'elles pourraient avoir. Mais après réflexion, il leur semble important de leur demander.

2 sages-femmes n'y ont jamais pensé et ne font pas le lien entre les deux. Elles ajoutent : « *on n'est pas assez formé* ».

2 autres sages-femmes de notre échantillon ne posent pas la question :

- Pour l'une « *Il est inenvisageable que cette question soit posée, surtout au moment de l'accouchement* ».
- L'autre n'associe pas systématiquement la violence et le déni de grossesse. Il existe d'autres causes (dramas durant l'enfance, types de relation avec son conjoint).
- L'une d'entre elles rajoute : « *gérer un déni de grossesse est déjà une chose difficile, je ne peux pas rajouter le sujet des violences* ».

➤ *Si une femme a présenté un déni de grossesse, lui demandez vous si elle a été victime de violences (physiques, sexuelles, psychologiques) avant 18 ans ?*

Un peu plus de la moitié des sages-femmes (13 / 20) pose la question s'il s'agit d'une mineur :

- « *il faut toujours penser aux viols et aux grossesses non consenties devant des mineures* ».
- « *avant 18 ans c'est complètement différent car une grossesse avant 18 ans on peut supposer que c'est une grossesse qui n'est pas totalement consenti.* »

Néanmoins une sage-femme précise : « *la communication peut être plus difficile à établir avec une mineure* ».

Et une autre explique : « *en dessous de 16 ans, on peut se demander s'il n'y a pas eu de viols. Dans tous les cas, on s'intéresse au père de l'enfant, si elle vit avec lui. On va peut être plus demander du côté des relations non consenties. Mais c'est plus dur car elle nous parle moins.* »

Si cela peut sembler facile dans le principe, ce n'est pas toujours réalisé dans la pratique comme l'explique une autre : « *oui dans tous les cas, il faut lui demander.* » Mais elle a ajouté lors de l'entretien qu'elle ne l'a jamais fait.

4 sages-femmes hésitent. En règle générale, elles pensent que c'est une bonne idée, elles ne se sont jamais retrouvées devant cette situation et ne savent pas comment elles auraient réagit.

Seules 3 sages-femmes ne posent pas la question. La première s'intéresse avant tout à son histoire. La seconde n'admet pas le lien entre les deux. Enfin, la dernière pense que ce n'est pas systématique.

- *De même, lui demandez-vous si elle a vécu un autre type d'évènement particulièrement stressant ou traumatisant dans sa vie ?*

La moitié des sages-femmes ne posent pas la question de cette façon. Elles s'intéressent surtout au contexte de vie de la patiente sans prononcer les mots « stressant » ou « traumatisant ». Elles cherchent à connaître l'histoire de la patiente en globalité. Pour toutes les sages-femmes, il est nécessaire d'établir et d'entretenir une relation de confiance.

Une sage-femme dit : « *forcément, quand on a ce type de patientes, on essaye de connaître dans quelles conditions elle vit, comment elle a eu cet enfant et surtout savoir si c'était désiré* ». Il apparaît ici une catégorisation dans les propos des sages-femmes qui supposent un profil particulier des patientes exprimant un déni de grossesse.

Parmi les 10 autres sages-femmes interrogées :

- 7 leurs demandent systématiquement dans un but étiologique : « *il y a forcément une cause à ce déni* » (...) « *c'est sa vie, son histoire qui a entraîné le déni* ».
- 3 n'y songent pas. Mais, après réflexion, elles ajoutent que cette question leurs semble nécessaire.

- *Proposez-vous l'accouchement dans l'anonymat (appelé communément « sous X ») à une femme qui a présenté un déni de grossesse ?*

Un peu plus de la moitié des sages-femmes de notre échantillon (11 / 20) ne pose pas la question directement. Tout d'abord, elles s'intéressent à l'accueil de la grossesse et de l'enfant par la mère. Certaines sages-femmes expliquent : « *si la*

femme accepte bien l'enfant, je ne lui propose pas mais si ce n'est pas le cas, je lui dis » ; « *je lui en parle à titre d'information, je ne lui suggère pas* ». Enfin, une sage-femme a rajouté que ce n'est pas une question à poser en salle de naissance, si la femme arrive au moment de son accouchement.

Un peu plus d'un quart des professionnels interrogés (6 / 20) ne pose pas la question. Les raisons données sont les suivantes :

- « *la femme le dira d'elle-même* »
- « *un déni de grossesse n'équivaut pas forcément à ne pas désirer son enfant* »
- « *en parler systématiquement, c'est stigmatiser ces femmes* »

Un taux faible de sages-femmes (3 / 20) pose la question systématiquement. Voici une citation de l'une d'entre elles : « *de base, si une femme a fait un déni de grossesse, c'est que cette grossesse n'est pas bienvenue* ».

- *Existe-il un risque d'infanticide plus important par rapport à la population générale, pour un enfant de mère ayant présenté un déni de grossesse ? pourquoi ?*

Pour la moitié des sages-femmes (10 / 20), il existe un risque plus important d'infanticide suite à un déni de grossesse. Les raisons invoquées sont :

- La panique empêchant un appel à l'aide et une prise en charge adaptée à la naissance.
- Le choc émotionnel : « *la femme n'as pas fait le cheminement qu'elle était censé faire* » (...) « *donc tu paniques et tu peux faire des choses que tu n'aurais jamais faites* ».
- L'accident : le décès dû à un défaut de prise en charge d'une détresse respiratoire est souvent évoqué dans ce sens.
- Les conditions de l'accouchement : l'exemple de l'accouchement dans les toilettes avec le risque de noyade du nouveau né est souvent évoqué.

Le second groupe pense qu'un risque existe mais il n'est pas plus important que pour la population générale. Voici leurs témoignages :

- « *il n'existe pas de profil typique faisant un déni de grossesse* »,

- « beaucoup de femmes ayant commis un infanticide présentaient un déni de grossesse mais l'inverse n'est pas correct »,
- « la prise en charge par un psychologue doit diminuer les risques ».

➤ Pensez-vous qu'il existe d'autres risques pour l'enfant à sa naissance ou bien plus tard ? Pourquoi ?

La majorité des sages-femmes de notre échantillon (19 / 20) pense qu'il existe des risques qui sont :

- La mort néonatale et l'infanticide ;
- Un mauvais lien affectif entre la mère et l'enfant. Les sages-femmes s'expriment ainsi sur le sujet : « problèmes relationnel », « pas d'interactions », « abandon », « délaissements » ;
- Les violences physiques et verbales.

Ces risques dépendent surtout de la façon dont la mère accepte cette grossesse et l'enfant à venir. L'accueil dépend :

- Du moment où la femme apprend qu'elle est enceinte. A 5 mois la grossesse et l'enfant seront mieux acceptés qu'au moment de l'accouchement.
- De la parité : grossesse mieux acceptée chez une multipare qu'une primipare
- De la réaction de son entourage

Dans tous les cas : « on ne peut pas parler de façon générale » ; « il ne faut pas systématiser » ; « tout dépend de la relation mère-enfant » ; « ça dépend de la cause du déni de grossesse » ; « ça dépend tellement de l'état d'esprit dans lequel est la mère » ; « il ne faut pas faire de lien trop vite, de mauvais liens ».

Seulement une sage-femme explique qu'il n'existe aucun risque : « les femmes auraient un comportement encore plus attentif peut être du fait de n'avoir pas eu conscience de la grossesse, elles culpabilisent ».

En conclusion, s'agissant de la prise en charge de ces patientes, la quasi-totalité des sages-femmes s'accordent sur les points suivants :

- **Le déni peut être partagé avec certains professionnels. Les sages-femmes semblent ne pas en faire partie.**

- Le diagnostic de déni de grossesse est difficile à poser. Il arrive des fois où il est posé à tort et inversement.

Sur les 15 sages-femmes ayant rencontrés des dénis de grossesse, 7 sages-femmes ont participé à l'annonce de la grossesse. La majorité de ces patientes auraient continué à avoir des règles régulières et n'auraient présenté aucun changements morphologiques. L'antécédent de déni de grossesse n'est pas une préoccupation importante pour les sages-femmes. Seule certaines investiguent cette donnée.

Devant le diagnostic de grossesse, la recherche étiologique reste prépondérante mais le lien avec les antécédents ou un contexte de violences ou d'autres traumatismes n'est pas évident. Les avis sont partagés. Seulement 3 sages-femmes posent des questions de manière systématique chez les adultes. Si le principe est acquis pour la moitié d'entre elles, en particulier lorsqu'il s'agit de mineurs, il semble y avoir un embarras pour savoir quand, comment poser des questions et quels mots utilisés pour ne pas choquer, faire fuir. Certaines pensent que si leurs patientes n'en parlent pas spontanément, le sujet ne sera pas abordé. Les questions posées sont d'ordre général afin de connaître l'histoire de la patiente et dépendent de la relation qu'elles entretiennent avec elles.

L'accouchement dans l'anonymat n'est pas proposé systématiquement. Les sages-femmes évaluent tout d'abord les conditions d'accueil de la grossesse et celles de l'enfant. Il semble être admis que le déni de grossesse présente des risques pour l'enfant. Cependant la notion de risque d'infanticide divise notre échantillon d'étude en deux groupes car un grand nombre de sages-femmes ne souhaitent pas systématiser ces femmes avec ce risque infanticide.

2.2.5 Le ressenti des sages-femmes

➤ *Est-ce que le déni de grossesse vous intéresse ?*

Le déni de grossesse intéresse toutes les sages-femmes. Il est à noter que certaines (5 / 20) y ont été sensibilisées suite à l'entretien.

Différentes raisons ont été présentées :

- Le sujet est qualifié d' « *étonnant* », d' « *extraordinaire* », d' « *exceptionnel* », de « *magique* » et de « *déroutant* » par 8 sages-femmes de notre étude. Certaines n'y croient pas. Les sages-femmes se plaignent de ne pas connaître le mécanisme du déni.
- Comme elles ne maîtrisent pas le sujet, 9 sages-femmes admettent être confrontées à plusieurs difficultés :
 - ✓ Savoir comment les prendre en charge, ne pas faire d'erreurs : « *mieux connaître le phénomène pour mieux le traiter* ».
 - ✓ Ne pas établir des préjugés sur ces femmes, les comprendre. Une sage-femme explique : « *plus on est formé, sensibilisé à ce sujet-là, plus on les regarde plus on les accompagne différemment. C'est pour cela que ça m'intéresse* ».
 - ✓ Etablir un diagnostic différentiel certain entre le déni et la dissimulation. Comme l'exprime une sage-femme : « *on ne peut pas faire confiance à notre patiente si nous ne savons pas si elle a réellement fait un déni de grossesse* ».
 - ✓ Connaître les facteurs de risques et les suites pour les mères et les enfants.
- Le quart restant de notre échantillon s'y intéresse car le sujet touche directement notre profession. Deux d'entre elles y présentent aussi un intérêt personnel.

➤ *Malgré tout, est-ce que le sujet vous met mal à l'aise ?*

Notre échantillon d'étude est réparti en deux groupes.

Le premier qui représente plus de la moitié des sages-femmes (11 / 20) pour qui il existe un « *malaise* » au cours de la prise en charge. Elles ne sont pas à l'aise et « *ne se sentent pas à leur place* ». Elles ne savent pas comment communiquer avec ces femmes et surtout au moment de l'accouchement.

Pour le seconde groupe (9 / 20), il n'existe aucun malaise face au déni de grossesse. Trois d'entre elles expliquent que ces situations font partie de l'exercice de leur profession. Voici quelques extraits de leurs entretiens : « *notre rôle est primordial, on se sent utile* » ; « *nous avons de nombreux rôles à jouer comme*

déculpabiliser, dédramatiser et promouvoir le lien mère enfant ». Ces missions sont appréciées par certaines sages-femmes.

- *Pouvez-vous exprimer, en quelques mots spontanés, ce que vous fait éprouver le sujet du déni de grossesse ?*

Plusieurs thèmes sont ressortis au cours des entretiens de manière égale.

Le premier rapporte les émotions des sages-femmes qui sont : « *l'empathie* » ; « *la fascination* » ; « *la surprise* » ; « *l'appréhension* » ; « *désorienté* » et « *embarrassé* ».

Le second concerne les qualités requise face à ces situations : « *écoute attentive* » ; « *être calme* » ; « *trouver les bons mots* ».

Le dernier thème s'articule autour du manque de connaissance : les sages-femmes se sentent « *désarmés* » ; « *démunie* » et le sujet leur semble « *inconcevable* ».

- *Comment imaginez-vous la prise en charge idéale pour ces femmes ?*

Chaque sage-femme a insisté sur des moments différents de la prise en charge. Certaines durant le suivi de la grossesse, d'autre durant les suites couches.

La prise en charge durant la grossesse a été discutée par 17 sages-femmes de notre étude. Toutes se rejoignent sur la nécessité d'un suivi avec un psychologue et parfois aussi avec un psychiatre. Une d'elles a l'idée suivante : « *il faudrait avoir un psychologue disponible 24 heures sur 24, mais ça ne sera jamais possible* ». De plus, le suivi médical doit se faire par une seule personne et au cours de consultations plus longues. Dans certains cas, la rencontre avec une assistante sociale doit être proposée. Enfin, la préparation à la naissance et l'entretien prénatale précoce sont des bons moyens d'évaluer si la femme accepte bien sa grossesse.

Concernant l'annonce de la grossesse, deux sages-femmes s'accordent pour un discours « *calme* » et « *déculpabilisant* ». Une sage-femme ajoute « *il faudrait un psychologue pour agir immédiatement à la suite de l'annonce* ».

Pendant les suites de couches, 15 sages-femmes insistent sur le point suivant : « *veiller à la bonne mise en place de la relation mère-enfant* ». Au vue de cet objectif, il sera plus ou moins nécessaire de faire appel à un psychologue et au retour à la maison, avertir la P.M.I. (protection maternelle et infantile) et proposer à la patiente une sage-femme consultant à domicile. Une sage-femme ajoute « *il ne faut pas être intrusif mais juste lui proposer* ».

Selon certaines sages-femmes (3 / 20), des choses essentielles sont indispensables pour accéder à cette prise en charge :

- « *des professionnels bien formés* »
- « *du temps pour parler et savoir s'adapter aux souhaits de la patiente* ».

Toutes les sages-femmes sont intéressées par le déni de grossesse. La moitié d'entre elles (11 / 20) se sentent en difficulté face à ces patientes et sont mal à l'aise. Les 9 autres sages-femmes n'expriment pas ce sentiment car elles se placent au centre de la prise en charge. Malgré cette différence, les prises en charge proposées se rejoignent et s'accordent entre elles. L'intervention d'un psychologue, de la P.M.I. et d'une sage-femme libérale se retrouve dans un grand nombre de propositions.

2.2.6 Formation reçues par les sages-femmes

- *Si vous avez reçu un enseignement sur le déni de grossesse, pourriez-vous préciser combien d'heures de cours à l'école de sage-femme ?*

Majoritairement (16 / 20), la quantité de cours est estimée entre 1 et 4 heures. Une sage-femme dit qu'elle a bénéficié de plus de quatre de cours. Enfin, certaines (3 / 20) ne s'en souviennent pas.

- *Quel type d'enseignement ?*

Pour toutes les sages-femmes, il s'agit de cours magistraux en psychologie. Le sujet était parfois inclus à ceux de l'abandon, de l'infanticide et de l'accouchement sous X.

Certaines sages-femmes (5 / 20) ont remarqué le doute de certains professeurs sur l'existence du déni de grossesse. Plus encore, le ressenti d'absence de maîtrise de ce sujet par ces enseignants conditionne l'expression d'apports théoriques dit : « *de mauvaise qualité* ». Selon elles, avoir un enseignement par des professeurs motivés et qui sont intéressés par le sujet est la priorité. Le nombre d'heures apparaît en second plan.

➤ *Pensez-vous que cet enseignement soit suffisant ?*

La majorité des sages-femmes (18 / 20) trouve l'enseignement insuffisant. Certaines d'entre elles (11 / 20) reconnaissent que le travail sur le terrain joue un grand rôle dans l'apprentissage de cette pathologie. Le fait d'en rencontrer peu n'aide pas pour améliorer la prise en charge : « *l'expérience durant les stages est indispensables pour pouvoir appliquer nos cours et maîtriser le sujet* ».

Il en ressort que le déni de grossesse est enseigné par des psychologues pendant des cours magistraux. Ils sont estimés entre 1 et 4 heures par la majorité des sages-femmes. Cet enseignement est surtout vu comme approximatif et peu pertinent dans la pratique des sages-femmes. Il devrait dans l'idéal, être accompagné par une expérience pendant un stage.

Les résultats de ces entretiens vont, dans la partie suivante, être confrontés et analysés, afin de pouvoir confirmer ou infirmer mes hypothèses de départ. De par leur analyse, et grâce aux connaissances théoriques acquises dans la première partie, j'essaierais alors d'en tirer une ligne de conduite pour ma future pratique professionnelle.

Troisième partie

Discussion et propositions

3.1 Discussion de la méthodologie

3.1.1 Les forces de notre étude

Nous avons choisi cette méthode car elle comprend de nombreux atouts.

Le choix des sages-femmes s'est fait au moyen d'un tirage au sort donc il n'y a pas eu de biais de sélection.

Chaque entretien a été différent selon chaque sage-femme. Certains thèmes ont été plus approfondis que d'autres.

Cette méthode a permis de distinguer les réactions et les ressentis individuels de chaque sage-femme et leur communication non verbale ce qui n'aurait pas été possible à l'aide de questionnaires.

Les entretiens ont duré entre 15 et 30 minutes. Ceci a permis de recueillir un grand nombre d'informations. Les sages-femmes ont pu réfléchir sur des notions auxquelles elles n'avaient pas réfléchi.

Enfin, il s'agit d'un sujet devenu en 2009 d'actualité suite à l'affaire Véronique C. Ceci a provoqué et suscite encore des questions pour lesquelles les sages-femmes, les médecins, les professionnels de santé et la société ont besoin de réponses.

3.1.2 Les limites de notre étude

Cependant l'étude menée présente certaines limites qu'il est nécessaire de prendre en considération pour l'interprétation de nos résultats.

L'échantillon de la population de notre étude est faible. Mais on peut considérer que les sages-femmes ayant accepté de participer aux entretiens ont eu la possibilité

de parler sans réserve sur ce sujet délicat et d'exprimer ainsi plus facilement leur ressenti sur le déni de grossesse.

Néanmoins les résultats de notre recherche ne sont pas totalement généralisables. En effet le recrutement des sages-femmes ne s'est fait que sur deux maternités et les sages-femmes ayant un autre mode d'exercice (libéral, P.M.I., centre d'orthogénie) n'ont pas été interrogées.

De plus l'organisation mise en place dans le cadre de la recherche a été choisie selon :

- d'une part, la proximité d'accès aux établissements afin d'être le plus facilement disponible aux sages-femmes ;
- d'autre part, le nombre de sages-femmes en activité qui a permis d'envisager une vingtaine d'entretiens.

Le déroulement des entretiens a fait émerger des particularités :

- 1) Ils ont très souvent été effectués dans un endroit de passage (salle de soins, office, etc.). Ils ont ainsi été quelquefois interrompus par des collègues de la sage-femme en cours d'entretien.
- 2) La majorité des entretiens (15 / 20) ont été réalisés pendant le temps de travail des sages-femmes. En conséquence, certaines ont répondu parfois succinctement aux questions selon leur activité dans leur service.

La situation d'interview rend moins libre les sages-femmes dans leurs réponses que si l'étude est réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme.

3.1.3 Population de l'échantillon

Les sages-femmes de notre étude ont été décrites selon l'année d'obtention de leur diplôme d'état de sage-femme. La moitié d'entre elles ont une durée d'exercice inférieure ou égale à 4 ans. Une sage-femme a été diplômée en 1992.

Les résultats des enquêtes démographiques de la Direction de Recherche, des

Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) indiquent « *qu'en 2011, la durée moyenne de carrière professionnelle des sages-femmes est estimée à environ trente ans. Si après dix années d'ancienneté, 9 sages-femmes sur 10 sont encore en activité au 1er janvier 2011, elles ne sont plus que 7 après vingt-cinq ans d'ancienneté, et 2 au bout de quarante années. Seules 5 % des sages-femmes ayant obtenu leur diplôme il y a quarante-cinq ans exercent encore la profession en 2011* ». (4)

Ceci montre qu'il est nécessaire de tenir compte de la durée de carrière pour apprécier l'impact de l'enseignement, des formations, et des débats qui se sont ouverts dans les médias à partir de 2009. En effet dans la population de cette étude, la moitié des sages-femmes a obtenu son diplôme il y a 4 ans ou moins. C'est aussi depuis 4 ans que les débats autour du diagnostic du déni de grossesse et les risques de néonaticide ont suscité des avis contradictoires. La première étude clinique française qui a informé les sages femmes sur les risques du déni de grossesse à la naissance, a été publiée en 1990 (36, 37). Puis en 2002 un numéro spécial de perspectives psychiatriques a été réalisé sur le déni de grossesse (26, 27, 28).

3.2 Discussion des résultats

3.2.1 Hypothèse n°1 : les savoirs des sages-femmes à propos du déni de grossesse sont erronés

Les connaissances des sages-femmes sur le déni de grossesse se sont vérifiées autour de plusieurs thèmes.

- Définition du déni de grossesse et différence avec la dissimulation.

La définition du déni de grossesse semble être connue par toutes les sages-femmes. Elles ont la notion qu'il s'agit d'un processus psychologique qui est inconscient.

En revanche, il ne semble pas y avoir d'avis consensuel sur le terme de la grossesse à partir duquel identifier le déni de grossesse. Certaines vont fixer comme terme le moment auquel les mouvements actifs du fœtus devraient être perçus par une femme enceinte. Pour d'autres le déni de grossesse s'identifie par rapport au

moment où la grossesse devrait être perçue par l'entourage sans que la femme le leur ait pour autant annoncée. Aucune d'entre elles ne donnent un terme précis à partir duquel on peut parler de déni de grossesse. L'une d'entre elles a exprimé qu'il n'existe pas de terme et rejoint l'idée de Marinopoulos : on peut parler de déni dès le début de la grossesse (9). Ces avis différents reflètent ce qui est écrit sur le plan scientifique en France et à l'étranger.

Un certain nombre de sages-femmes semblent faire une confusion entre le déni de grossesse et la dissimulation de grossesse. La dissimulation n'est pas un « faux déni » de grossesse comme l'a exprimé une sage-femme, c'est bien un processus conscient, volontaire et qui peut suivre un déni de grossesse. Il est nécessaire de la différencier cliniquement du déni de grossesse qui est un processus inconscient afin d'obtenir une prise en charge adaptée. Grandgirard a observé des difficultés similaires dans son étude intitulée « *le déni de grossesse, une réalité encore ignorée ?* » et conduite en 2012 dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude de sages-femmes. (12)

- La date de découverte clinique du déni de grossesse.

La date de découverte et de description du déni de grossesse n'est connue que par 9 sages-femmes. Si certaines ont répondu correctement, c'est-à-dire il y a une trentaine d'année, parfois par intuition, une a été jusqu'à dire que ce sujet aurait débuté au début de l'antiquité.

- L'épidémiologie du déni de grossesse

La fréquence de cette pathologie est sous ou surestimée par les sages-femmes. A noter que toutes ont répondu à cette question par intuition, guidées par leurs propres expériences ou à partir de récits dont elles ont eu connaissances.

Malgré un manque précis de connaissances sur l'épidémiologie du déni de grossesse, toutes les sages-femmes reconnaissent que le déni de grossesse est un problème de santé publique majeur. Les principaux arguments avancés sont les risques pour le nouveau-né tel que la morbidité et la mortalité néonatale ainsi que le néonaticide favorisé par les conditions d'accouchements hors du milieu hospitalier.

- L'expression clinique du déni de grossesse

Quand la discussion porte sur le diagnostic de déni de grossesse, toutes les sages-femmes s'accordent sur le fait de ne pas ou de mal le poser si la levée du déni de grossesse se fait bien avant l'accouchement. L'attribution des changements du corps et les mouvements du fœtus à d'autres causes que la grossesse, ne semble pas être recherchée, alors que ces rationalisations sont des éléments cliniques importants pour faire le diagnostic rétrospectif du déni de la grossesse, de même que le comportement du couple face à la contraception. (36)

La différence avec la dissimulation ne se fait pas toujours de manière objective. Certaines sages-femmes jugent la situation de façon subjective. Cependant certaines affirment qu'il est difficile de faire une erreur diagnostic lorsqu'une femme arrive pour accoucher en n'ayant pas reconnu sa grossesse. Ce déni total de la grossesse leur semble alors évident.

Toutes les sages-femmes pensent qu'un déni de grossesse peut survenir après une ou des grossesses reconnues et suivies normalement. Mais aucune sage-femme de l'étude ne demande à une femme si elle a présenté un déni de grossesse dans ses antécédents. Certaines remarquent qu'il est plus facile de noter qu'il y aurait eu une grossesse suivie ou déclarée tardivement. Le diagnostic différentiel entre déni de grossesse, grossesse dissimulée et grossesse suivie tardivement ne semble pas facile à faire. Cependant pour 19/20 sages-femmes, le risque de répétition d'un déni de grossesse leur semble possible quelles que soient les explications données. Il semble que les connaissances n'ont pas permis de faire un lien entre le risque de répétition et la nécessité de poser une question systématique sur un antécédent de déni de grossesse. Mais pour se faire il serait nécessaire que les sages-femmes puissent être plus à l'aise pour faire un diagnostic rétrospectif de déni de grossesse.

- Le déni partagé.

Les sages-femmes ont deux avis opposés sur le partage du déni. Le premier avis perçoit l'entourage comme victime du déni de la femme : le déni est contagieux. Le second pense que l'entourage de la femme n'a pas vu la grossesse. Que ce soit le conjoint, les parents ou les enfants de la femme, l'histoire familiale ne placerait pas la femme comme génitrice potentielle.

Peu d'hommes sont rencontrés. Les femmes semblent parler peu des hommes avec qui elles ont eu un déni de grossesse. Alors qu'ils ont eu une intimité commune, ont-ils eu la possibilité de parler ensemble de désir ou non d'enfants, de contraception ? Ainsi pour certains auteurs le déni partagé est un phénomène inconscient. (36)

Comme nous l'avons vu dans la première partie, les auteurs ayant publié sur le déni de grossesse ont des avis différents pour comprendre la difficulté des hommes dont les femmes ont présenté un déni de grossesse. Il semble donc difficile aux sages-femmes d'avoir la même compréhension du déni de l'entourage si les auteurs n'ont pas trouvé de consensus.

Pour les enfants cela doit être plus complexe car ils n'ont pas accès à l'intimité du couple des parents.

- Les causes du déni de grossesse

Les sages-femmes admettent l'idée qu'une cause doit être retrouvée pour tous les dénis de grossesse. La présence de violences ou bien d'expériences traumatisantes dans la vie d'une femme est reconnue comme une cause possible d'un déni de grossesse. Cependant seulement trois parmi elles posent des questions sur les antécédents de violences de manière systématique. Un certain nombre semble mal à l'aise pour poser des questions. Il est probable que ne soit pas connu le sondage de l'IPSOS sur la santé et la vie quotidienne des victimes réalisé en mars 2010 par l'Association Internationale des Victimes d'Inceste. Il a en effet mis en évidence que le délai moyen de dévoilement spontané de l'inceste par 341 victimes est de 16 ans. (11)

En conséquence, il semble exister un manque d'information sur les conséquences des violences sexuelles sur la grossesse et la maternité alors que plusieurs auteurs ont décrit une relation entre les violences sexuelles chez l'adulte et dans l'enfance, y compris l'inceste et le déni de grossesse (36, 33, 32, 30, 27, 17). En mai 2011, des recommandations de la HAS sur le repérage de l'inceste et son signalement indiquent le déni de grossesse comme un signe d'alerte (8). Plus récemment une étude réalisée sur 133 victimes d'inceste a montré que 4% des victimes avaient découvert leur grossesse au de-là du 3^{ème} mois (6). La proportion de déni de

grossesse est plus importante parmi les victimes d'inceste que dans la population générale qui est de un pour 500 selon Wessel. (24, 25)

Comme le montre Bonnet détecter l'inceste et les violences durant la grossesse a un effet positif pour les futurs parents : lorsque des questions ouvertes sont posées avant la naissance sur des antécédents de violences sexuelles dans l'enfance que ce soit l'inceste ou des violences extra-familiales, les femmes qui en ont été victimes sont soulagées de pouvoir en parler et d'être écoutées. Révéler des souffrances cachées permet de dégager le futur bébé des traumatismes anciens et de prendre la décision la meilleure pour son avenir. (13, 36)

Quant au déni de grossesse survenant dans le cadre d'une pathologie psychiatrique, il est très peu connu, car les sages-femmes de cette étude en ont rencontré que très rarement.

- Les risques du déni de grossesse

La plupart des sages-femmes admettent les risques physiques de morbidité et de mortalité périnatale pour le bébé décrits dans les études cliniques et épidémiologiques de deux obstétriciens Brezinka en 1994 et Wessel en 2002. (31, 24, 25). Il en est de même pour les risques de difficultés du lien d'attachement après la naissance, de violences envers le bébé ou de délaissement décrits par de nombreux auteurs.

Les sages-femmes sont divisées sur le lien possible entre le déni de grossesse et le néonaticide : certaines sont convaincues du lien entre les deux alors que d'autres pensent que le risque existe mais n'est pas plus fréquent que dans la population générale.

- Validation de la première hypothèse.

Au cours des entretiens, nous pouvons nous apercevoir que les connaissances des sages-femmes semblent différentes selon l'information reçue à partir de la lecture d'articles de médias, des reportages télévisés sur des cas de néonaticide qui auraient été ou non secondaires à des dénis de grossesse, des cours, des conférences, ou selon l'expérience clinique durant l'exercice professionnel. Les sages-femmes interprètent de façon plus ou moins objective les situations dont elles ont connaissances et apportent parfois des notions par intuition. Cette remarque est reprise en juin 2013 par le Pr Tourné dans un article intitulé « Déni de grossesse, infanticide, congélation... Réflexions psychosomatiques sur un phénomène

rémanent ». Ce gynécologue-obstétricien explique : « *les spécialistes pataugent, les gens supposés savoir ne savent pas et alors ils parlent pour ne pas en avoir l'air* ». (1)

Si 8/20 sages-femmes ont bénéficié d'un enseignement théorique même si certains parmi elles disent ne s'en souvenir que très peu, 9/20 ont été informés sur le déni de grossesse par les médias.

Or les médias ont porté leur intérêt sur la présence ou non du déni de grossesse en 2009 suite aux débats des experts au moment du procès de Mme Véronique C. D'après le mémoire de Siebert « Processus de publicisation du déni de grossesse » en juin 2011, leurs divergences semblent avoir eu un impact sur l'information des sages-femmes comme sur celle de l'opinion publique. (7) Il est donc compréhensible que la découverte du déni de grossesse par des sages-femmes dans ces circonstances, n'ait pas contribué à faire connaître de manière précise l'historique scientifique, l'épidémiologie et les aspects cliniques les plus complexes du déni de grossesse.

Dans le cas présent, les connaissances des sages-femmes sont correctes mais insuffisantes et parfois même inexactes. C'est pourquoi notre première hypothèse « *les savoirs des sages-femmes à propos du déni de grossesse sont erronés* » est partiellement validée.

3.2.2 **Hypothèse n°2** : *l'attitude des sages-femmes face aux patientes présentant un déni de grossesse est le résultat du sentiment que leur procure ce symptôme.*

Le comportement des sages-femmes s'observe autour de trois cas de figures.

- Annonce de la grossesse et accouchement imminent.

Durant les entretiens, trois quart des sages-femmes avaient rencontré des dénis de grossesses. Toutes n'étaient pas présentes lors de l'annonce et le cas échéant, très peu d'entre elles y participaient. Lors des entretiens, nous pouvons comprendre que c'est une déclaration vive et dans l'urgence pour essayer de faire comprendre rapidement à la femme qu'elle va accoucher. Cette dernière est sidérée, effrayée, choquée mais ces sentiments concernent souvent aussi les sages-femmes du service.

Les prises en charges proposées par les sages-femmes au cours des entretiens s'axent sur la période prénatale, lors des dénis partiels et sur les suites de couches. L'accouchement et ses suites immédiates ne sont pas concernés. Ceci peut s'expliquer du fait de la « surprise », du « choc émotionnel » et de la peur qu'elles éprouvent à ce moment là.

- Annonce de la grossesse bien avant l'accouchement (dénier partiel).

Lors d'un déni partiel, la prise en charge proposée par les sages-femmes pour la fin de la grossesse est adaptée bien qu'insuffisante. Elles insistent sur les différents intervenants qu'elles doivent contacter mais leurs fonctions, les actes qu'elles doivent accomplir sont très brièvement présentés.

Les sages-femmes nous expliquent la principale difficulté qu'elles rencontrent : le diagnostic rétrospectif d'un déni de grossesse. Comment être certaine que cette femme a présenté un déni de grossesse ou bien si elle a dissimulé sa grossesse à son entourage. Il peut aussi s'agir d'une femme qui fait suivre tardivement sa grossesse. Par facilité et pour ne pas se confronter à un sujet qu'elles ne maîtrisent pas, certaines sages-femmes avouent préférer parler de suivi tardif pour une grossesse. Ce terme, suivi tardif, manque de précision clinique car les causes peuvent en être non seulement le déni de grossesse, mais aussi la dissimulation, des raisons socio-économiques, etc.

Concernant l'anamnèse des sages-femmes :

- Aucune ne s'intéresse au déni de grossesse dans les antécédents obstétricaux. Pourtant, les sages-femmes acceptent d'aborder le sujet des IVG (interruption volontaire de grossesse) ou bien celui des fausses couches dans les antécédents obstétricaux. En effet, soit elles ignorent l'intérêt d'une telle question et/ou sont mal à l'aise à aborder ce sujet.
- Quelque soit l'âge de la patiente, le sujet des violences n'est pas abordé systématiquement. Les sages-femmes ont besoin d'une place particulière, d'une relation de confiance avec la femme. Le sujet est difficile à aborder de prime à bord. Au départ, des thèmes plus élargis tel que l'entente dans le cercle familial, les conditions socio-économiques, la relation avec le père de l'enfant sont discutées. Le moment doit être bien choisi. Les sages-femmes

attendent que la relation évolue avec le temps. Le besoin de confiance ne se rapporte pas qu'à l'intérêt de la patiente mais aussi à celui des sages-femmes.

- Une cause du déni de grossesse est toujours recherchée. Toutes les sages-femmes sont d'avis qu'il existe une relation directe entre un évènement particulier ou un contexte spécial et le déni. La fascination et la perception d'un évènement comme « magique », « déroutant » tentent d'être expliqué par des éléments rationnels.

- Les suites de couches.

Lors des entretiens, le rôle de la sage-femme dans la prise en charge de ces patientes pendant les suites de couches a été très souvent exposé.

Il est placé au cœur de la prise en charge avec : la mise en place de la relation mère-enfant, le vécu de l'accouchement et enfin parfois celui de la grossesse. Faire appel à un psychologue pour ces patientes a été discuté au cours de chaque entretien. La plupart ne le propose pas systématiquement. Auparavant, elles évaluent la qualité de la relation mère-enfant et l'état émotionnel de la mère.

En effet, ce sont des sujets dont la sage-femme est habituée à aborder.

- Le ressenti des sages-femmes et validation de la seconde hypothèse

Durant notre étude, la moitié des sages-femmes témoignent avec sincérité le malaise qu'elles éprouvent face à ces patientes. La légitimité de leur place ne leur semblait pas évidente. Ceci explique encore pourquoi les sages-femmes ne s'étendent pas directement sur des sujets sensibles.

A l'opposé, des sages-femmes affirment pouvoir dégager une grande assurance face à ce genre de situation. Ces dernières n'avaient pas encore rencontré des dénis de grossesses. Le discours prononcé peut être celui d'une professionnelle qui cherche à donner la réponse la plus correcte possible ou bien qui n'adhère pas totalement à l'idée que le déni de grossesse existe.

Toutes ces attitudes retrouvées au fur et à mesure des entretiens s'expliquent par des expressions qui reflètent les émotions des sages-femmes. En effet, un grand nombre parlent d'appréhension, de malaise, d'une gêne et d'un sujet fascinant mais qui les effraye en même temps.

Notre seconde hypothèse « *l'attitude des sages-femmes face aux patientes présentant un déni de grossesse est le résultat du sentiment que leur procure ce symptôme* » est donc validée.

3.2.3 **Hypothèse n°3** : *les enseignements sur ce thème sont insuffisants pour permettre aux sages-femmes d'avoir une prise en charge pour ces patientes.*

La prise en charge à adopter en cas de déni de grossesse a été abordée au cours de plusieurs questions. Elles s'intéressent à plusieurs sujets utiles :

- L'anamnèse.

Aucunes sages-femmes ne posent la question sur les antécédents de déni de grossesse. Pourtant il a été reconnu que le déni de grossesse pouvait être le signe d'incestes, de violences, de conflits et de dysfonctionnements qu'ils soient d'ordre familiaux ou conjugaux. Ces données ne semblent pas connues des sages-femmes.

En effet, aborder avec la femme le sujet des violences ou bien de divers évènements stressant ou traumatisant que notre patiente a pu rencontrer n'est pas indispensable au regard des sages-femmes. Des questions plus larges sont posées.

- La fin de la grossesse.

L'ensemble des sages-femmes proposent un suivi par un psychologue et/ou un psychiatre durant la grossesse. Ce point est important car la sage-femme ne peut s'occuper seule d'un déni de grossesse qui est un symptôme qui relève de l'inconscient.

Un travail en pluridisciplinarité est indispensable. En effet, le déni de grossesse est complexe car il sollicite à la fois la prise en charge obstétricale d'une sage-femme, celle d'un psychologue ou un psychiatre pour aider à donner un sens au déni et aux réactions de l'entourage et éventuellement celle d'une assistante sociale si la femme souhaite trouver un hébergement pour cacher sa grossesse avant la naissance ou en post-natal si elle ne veut pas retourner chez son conjoint ou chez ses parents. Il y a aussi la question du signalement des soupçons de violences chez les mineurs ou le dépôt de plainte pour des adultes à la suite de violences qui

soulèvent des questions juridiques. Ces points n'ont pas tous été abordés par les sages-femmes. Cette prise en charge est incomplète.

- L'accouchement.

Aucun avis n'a été donné concernant la prise en charge au moment de l'accouchement. Durant les entretiens la moitié des professionnelles interrogées a évoqué le risque de néonaticide au moment de l'accouchement. Les idées de « choc émotionnel » et de « fantasme d'impulsions violentes » ont bien été reprises. Mais aucune sage-femme ne propose la présence d'un psychiatre ou d'un psychologue au moment de l'accouchement. Une seule sage-femme émet l'idée d'une prise en charge immédiate par un psychologue suite à l'annonce. Mais selon elle, ceci n'est pas envisageable dans le système actuel.

- L'accouchement dans l'anonymat.

La majorité des sages-femmes ne le propose pas systématiquement. La priorité est d'évaluer la manière dont la femme accepte sa grossesse et son enfant. Le sujet sera abordé à titre d'information, si la femme en fait la demande ou bien s'il est évident qu'elle rejette cette grossesse. Il n'est jamais question de l'encourager. Seulement 3 sages-femmes émettent l'avis opposé. En effet, s'il y a déni, il est évident pour elles que la femme ne souhaite pas de cet enfant.

- Les suites de couches.

Pour les sages-femmes, il est important de ne pas réprover ces patientes. Tous les dénis sont des cas qui s'expriment cliniquement de manière individuelle. La prise en charge sera adaptée selon l'étiologie. La place du psychologue, du psychiatre, de la P.M.I. et d'une sage-femme à domicile sera établie en fonction de la relation mère-enfant si les liens sont maintenus. Au cas où l'enfant est confié à l'adoption, une prise en charge psychologique du déni de grossesse sera recommandée.

Cette crainte de stigmatiser est liée à l'avis de certains auteurs et surtout au manque de données épidémiologiques claires sur le réel risque infanticide. Le manque d'études entrave l'avancée des débats sur le sujet. En conséquence, les auteurs ont deux points de vue. Le premier propose systématiquement un psychologue ou un psychiatre afin de diminuer les risques de néonaticide, de maltraitance et des idées suicidaires de la mère. Le second craint que le fait de

dresser un portrait type d'une femme présentant un déni, pourrait la stigmatiser et en conséquence accentuer sa souffrance.

- Validation de la troisième hypothèse.

Certains éléments essentiels de la prise en charge d'un déni de grossesse ne sont pas proposés par les sages-femmes de notre étude. Il existe des avis opposés comme dans la littérature mais, malgré tout, des éléments sont absents car non connus des sages-femmes.

Enfin, durant les entretiens, les sages-femmes ont reconnu leurs enseignements comme insuffisants et inefficaces.

Notre hypothèse « *les enseignements sur ce thème sont insuffisants pour permettre aux sages-femmes d'avoir une prise en charge adaptée pour ces patientes* » est validée.

3.2.4 Hypothèse n°4 : la faible diffusion des données épidémiologiques de ce symptôme conditionne un manque d'intérêt des sages-femmes.

Toutes les sages-femmes sont intéressées par ce sujet. Elles y ont été sensibilisées par :

- L'entretien mené durant cette étude : certaines se sont senties plus concernées et à même d'y réfléchir plus longuement après nos questions.
- L'expérience professionnelle : Certaines ont souhaité être mieux informées lorsqu'elles sont confrontées à ce type de situation. A l'inverse, le souhait d'en connaître d'avantage s'efface si la sage-femme n'y a jamais été confrontée.
- Une affinité personnelle sur des matières ou des enseignements particuliers : Une sage-femme peut donc, sans raisons spéciales, apprécier ce sujet et vouloir en apprendre le maximum.
- Des reportages vus à la télévision et des articles écrits sur ce sujet

L'intérêt de la profession de sage-femme sur le déni de grossesse est présent. Seulement, la diffusion des données épidémiologiques est insuffisante voir inexistante car aucune des sages-femmes n'a su répondre correctement à la fréquence du déni de grossesse. Beaucoup d'entre elles reconnaissent qu'il s'agit d'un point qu'elles ignorent.

⇒ Le sujet intéresse mais les professionnels ignorent ou négligent l'urgence et l'importance de trouver la meilleure prise en charge pour ces patientes. La dernière hypothèse : « *la faible diffusion des données épidémiologiques de ce symptôme conditionne un manque d'intérêt des sages-femmes* » est donc partiellement validée.

3.3 Propositions

Au vu de ces derniers résultats, une formation est donc indispensable et nécessaire pour l'ensemble des sages-femmes. L'incertitude de celles-ci ne permet pas une prise en charge optimale et ne fait qu'accroître la souffrance de l'isolement de la patiente. C'est grâce à une formation complète que les sages-femmes pourront aborder une femme ayant présenté un déni de grossesse de façon adéquate. L'importance de cette formation pour les étudiants et pour les sages-femmes est aussi expliqué dans une réflexion du CASSF sur le déni de grossesse (Collectif des Associations et Syndicat des Sages-femmes) : « *La formation des professionnels et des étudiants est essentielle pour assurer une meilleure prévention* ». (14)

Dans un premier temps, on peut imaginer une formation durant les 5 années d'études de sages-femmes. Ensuite, ces connaissances seront actualisées et la prise en charge améliorée. Voici quelques suggestions sur leurs modalités.

3.3.1 La formation initiale

Lors des études de sages-femmes une formation complète sur le déni de grossesse est indispensable. Celle-ci se présenterait sous différentes formes.

I) L'enseignement théorique.

Le déni de grossesse s'inscrit dans les objectifs généraux du nouveau programme défini dans l'annexe de l'Arrêt du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme (voir Annexe IV). En effet, l'étudiant doit être compétent pour :

- « *observer, diagnostiquer et définir une stratégie de prise en charge dans la limite du cadre légal et selon les normes et les niveaux de risques* » : la prise en charge du déni de grossesse doit donc être enseignée car elle revient à la Sage-femme, sauf lorsque la patiente présente des pathologies gynécologiques ou obstétricales.
- « *prodiguer des conseils efficaces à la patiente et à son entourage en ce qui concerne les situations périnatales spécifiques et/ou difficiles que ce soit dans les soins, les aspects juridiques, ou l'éducation* » : le déni de grossesse fait partie de ces situations particulières et les informations à donner sont nombreuses dans les domaines de la maïeutique, la santé publique et des sciences humaines et sociales.
- « *de répondre à l'urgence et à ses exigences de temps, d'organisation et de priorité d'action* ». Une femme présentant un déni de grossesse et qui arrive pour accoucher est une situation d'urgence. Les futures sages-femmes doivent donc y être préparées.
- « *de développer une réflexion avec ses pairs sur les spécificités de son champ professionnel pour dispenser des soins de qualité, ainsi qu'avec les autres professionnels de santé, en particulier les médecins, lors de prises en charge conjointes ou transférées, en particulier dans le cadre pathologique* ». Cet objectif est primordial car la démarche de soins d'un déni de grossesse s'organise avec une équipe multidisciplinaire.
- « *de développer une réflexion éthique sur les pratiques de soin* ». Il s'agira, pour les étudiants d'analyser ou de proposer une attitude adaptée face à ces patientes.

Selon l'Arrêté du master, plusieurs unités d'enseignements (U.E.) permettent de remplir ces objectifs.

1) L'U.E. d'obstétrique.

Un des objectifs de cette unité d'enseignement est d'« *assurer la surveillance prénatale de la grossesse physiologique* ». Durant un déni, la grossesse n'est pas visible mais pas systématiquement pathologique au niveau obstétrical. Il est donc important d'expliquer ces symptômes tel que la grossesse invisible, des menstruations parfois toujours présentes. Le professeur pourra s'aider de schéma présentant la position du fœtus durant la grossesse.

Ces cours devront être assurés par des personnes ressources, spécialisés dans ce domaine. Ces notions devront être acquises plutôt durant les deux années de master de maïeutique.

L'enseignement du déni de grossesse apparaît également dans un autre objectif de cette U.E. qui est de « *mener un entretien prénatal précoce* », en développant les « *objectifs de l'entretien prénatal précoce* » et « *les différents temps de l'entretien prénatal précoce* ». En effet, suite au « Plan de Périnatalité 2005-2007 » rédigé par la H.A.S. (Haute autorité de santé) un entretien individuel de début de grossesse dit « du 4^{ème} mois » s'ajoute aux sept séances de la préparation à la naissance. Mais en cas de déclaration tardive, l'entretien peut être organisé plus tard. Certains objectifs de cet entretien sont indispensables pour la prise en charge d'une patiente qui a présenté un déni de grossesse et qui va découvrir sa grossesse le plus souvent bien après le 4^{ème} mois. Les voici : « *identifier les besoins d'information* » ; « *définir les compétences parentales à développer* » ; « *repérer les situations de vulnérabilité chez la mère et le père* ». Il s'agit de déceler des situations de vulnérabilité afin d'organiser un travail un réseau adapté à la situation. (19)

Pour atteindre ces objectifs, les causes possibles du déni seront présentées avec, entre autres, le dépistage des violences. De plus, au cours de cet entretien, les futurs parents doivent pouvoir se confier sans être jugés. Pour cela les sages-femmes doivent bénéficier d'une formation pour être capable de créer un climat de confiance. Cette formation doit inciter le travail en pluridisciplinarité.

2) L'U.E. de Gynécologie – Santé génésique des femmes et assistance médicale à la procréation.

Il sera question de répondre à l'objectif suivant : « *prévenir et dépister les violences faites aux femmes* » qui comprend : l'« *épidémiologie des violences faites aux femmes* » et la « *médecine légale et les démarches de protection* ».

Ce sont des points essentiels dans la prise en charge d'un déni car il peut apparaître dans un contexte de violences.

3) L'U.E. de Santé Publique.

Au terme de ces enseignements l'étudiant sera capable de : « *dépister les situations à risque médical, psychologique et social* » ; « *participer à un réseau de soins* ». Or le déni est une situation à risque auquel il est indispensable d'avoir un travail un réseau. Une sage-femme ne peut prendre seule en charge une patiente qui a vécu un déni. Et pour y parvenir, l'arrêt du 11 mars 2013 a précisé dans les objectifs spécifiques que l'étudiant doit « *connaître les différentes structures de soins (hospitalières, extra-hospitalières et psychiatriques)* ».

Il sera nécessaire d'insister sur le fait que le déni de grossesse est un problème majeur en santé publique. Il devrait être inscrit dans les objectifs d'un prochain plan de périnatalité. En effet, le nouveau programme précise que l'étudiant doit « *connaître la situation périnatale en France* ». Les futures professionnelles doivent bien le comprendre.

4) L'U.E. de Sciences Humaines et Sociales – Droit, Economie, Management et Langue Etrangère.

Afin d'améliorer la prise en charge des patientes qui présentent un déni de grossesse, plusieurs objectifs de cette unité sont à maîtriser :

- « *développer une réflexivité sur ses pratiques et son développement professionnels* ». il s'agira d'analyser les soins donnés en vue de les améliorer dans le contexte d'un déni de grossesse.

- « *dépister et participer à la prise en charge des troubles psychologiques et psychiatriques (troubles de la personnalité ; pathologies psychiatriques maternelles ; psychopathologie du nourrisson et de l'enfant)* ». Quand une femme a présenté un déni de grossesse, il peut arriver qu'elle présente également des pathologies psychiatriques. Il est donc important que la sage-femme puisse participer à son dépistage. Le déni de grossesse est un symptôme et aussi un mécanisme de défense psychologique. Sa définition et sa différenciation avec la dissimulation sont deux points à connaître absolument.

- « *mettre en œuvre les dispositions législatives et réglementaires liées à la périnatalité et adapter sa pratique en fonction des textes en vigueur et de leurs évolutions* » avec les « *dispositions législatives et réglementaires liées à la périnatalité et à la protection des personnes vulnérables* ». Toutes les femmes que nous rencontrons dans ces situations particulières sont fragiles. Si elles subissent des violences, il faut appliquer l'article 226-14 du Code pénal qui autorise ou oblige les fonctionnaires à signaler les soupçons de violences sexuelles et physiques au procureur de la république quand il s'agit de mineurs. Les recommandations de la HAS, repérer et signaler l'inceste par les médecins peuvent aussi guider les sages-femmes. (8) Le signalement pour les adultes se fait avec leur consentement. Il est parfois aussi nécessaire de les orienter vers un avocat, une association si elles souhaitent un conseil juridique pour porter plainte ou de les accompagner dans des démarches administratives.

II) Les ateliers de recherches cliniques (A.R.C.) et les simulations cliniques.

a) Les A.R.C.

Le but sera de faire émerger aux étudiants à partir d'un interrogatoire et d'un examen clinique des notions particulières au cours d'une séance en petit groupe afin que tous puissent participer à l'oral.

Les objectifs de ces A.R.C. peuvent être :

- Définir le déni de grossesse et sa différence avec la dissimulation et le suivi tardif des grossesses.

- Mettre en évidence l'importance du travail en réseau du déni de grossesse. Cela correspond à une collaboration entre les sages-femmes, les assistantes sociales dans certains cas, des cadres sages-femmes, des psychologues et des psychiatres à l'hôpital et en libéral.
- Les modalités de l'accueil d'une femme souffrant de déni de grossesse en salle de naissance.
- Réfléchir sur un diagnostic autour d'un cas clinique de déni de grossesse.

Ils seront organisés et présentés par une sage-femme enseignante et un professionnel de santé spécialisé dans ce domaine. Ce professionnel peut être une sage-femme.

b) Les simulations cliniques

Elles seront organisées en groupe. L'enregistrement vidéo de la séance permettra d'émettre des avis sur les réponses des étudiants à cet exercice. Les commentaires porteront sur les communications verbales et non verbales.

Les étudiants pourront s'entraîner sur des situations fréquemment rencontrées telles que :

- l'anamnèse suite à un déni de grossesse,
- l'accouchement d'une femme souffrant d'un déni à son arrivée en salle de naissance,
- l'entretien prénatal précoce suite à un déni de grossesse,
- la consultation postnatale après un déni de grossesse.

Les étudiants pourront également proposer une situation rencontrée en stage. Ils repartiront de cette séance avec des éléments clés de prise en charge.

3.3.2 La formation continue

L'amélioration de la formation initiale ne permet pas de remplir toutes les lacunes dont les professionnels se plaignent.

La formation continue assure un développement professionnel. Elle prendra en compte les dernières données scientifiques. Elle sera assurée par une équipe

pluridisciplinaire (sages-femmes spécialisées, obstétricien, gynécologue, psychiatre, psychologue). Mieux formé, cette équipe pourra mettre en œuvre un guide pour cette situation (qui doit-on contacter, quels sont les premiers soins à donner, quels discours à adopter...).

Pour cela, des journées de formations continues seront organisées au sein même de l'hôpital sur le déni de grossesse avec différents intervenants spécialisés (psychologue, psychiatre, obstétriciens, etc.).

Comme pour la formation initiale, des mises en situations (que ce soit en période prénatale, au moment de l'accouchement ou lors des suites de couches) pourront être proposées afin de maîtriser le protocole sur le terrain. Ceci est déjà mis en place dans certains hôpitaux pour la prise en charge d'une hémorragie de la délivrance ou bien de l'embolie amniotique.

De plus, lorsqu'un cas de déni de grossesse se présentera dans le service, des analyses de pratique professionnelles et des groupes de paroles seront organisés.

Ces groupes de paroles reviennent sur des événements déstabilisants et troublants. Les professionnels pourront exprimer leurs craintes, leurs incertitudes, leurs sentiments désagréables etc. Ces séances seront animées par un psychologue.

Parallèlement, les professionnels de santé seront invités à analyser la prise en charge réalisée et à discuter de propositions pour l'améliorer. Ces dernières pourront envisager notre rôle d'acteur dans ces situations difficiles. Elles seront également animées par des psychologues et/ou des psychiatres spécialisés. Ces séances devront se faire dans un climat de confiance, sans jugement afin que toutes les personnes puissent s'exprimer librement.

En définitive, un travail important reste à accomplir pour atteindre ces objectifs.

Conclusion

La définition du déni de grossesse semble être connue par toutes les sages-femmes. Elles ont la notion essentielle qu'il s'agit d'un symptôme en relation avec un mécanisme psychologique inconscient. Il peut s'observer dans différentes conditions: soit comme l'un des signes d'une pathologie psychiatrique, soit comme la conséquence d'autres causes.

Le diagnostic prospectif et surtout rétrospectif n'étant pas toujours bien établi, le déni de grossesse est probablement plus fréquent que les données d'en moyenne 1 déni pour 500 grossesses estimées par des premières études épidémiologiques.

Il n'y a pas encore de consensus sur tous les aspects cliniques et étiologiques du déni de grossesse parmi les sages-femmes bien que la HAS ait indiqué qu'il faut penser à un inceste face à un déni de grossesse dans ses recommandations sur le dépistage et le signalement de l'inceste par les médecins en mai 2011.

Cependant toutes les sages-femmes ont conscience des risques du déni de grossesse à la naissance même si il y a une divergence sur le niveau de risque en ce qui concerne le néonaticide.

Cette étude permet d'indiquer que les sages-femmes ne sont pas toujours certaines de leurs connaissances et de leurs avis sur certaines questions lorsqu'elles ne sont pas consensuelles.

Face à cette réalité, le diagnostic et la prise en charge quotidienne par les sages-femmes doivent être adaptés en fonction de chaque patiente. Il apparaît que le travail d'équipe pluridisciplinaire avec un psychologue et ou un psychiatre et une assistante sociale est indispensable.

Si les débats d'experts à propos de procès sur des affaires médiatisées de néonaticides semblent avoir eu une influence sur le diagnostic du déni de grossesse, son étiologie et ses conséquences, c'est cependant bien grâce à eux que le déni de grossesse a suscité davantage d'intérêt des sages-femmes, des médecins et de la société. Ceci est une avancée positive pour mieux reconnaître ce symptôme.

Les équipes médicales, dont les sages-femmes, doivent également reconnaître que le déni de grossesse est un problème de santé publique afin de mettre en place une formation qui passe par un contenu théorique mais également par de la pratique pour permettre une approche plus sereine des patientes que ce soit durant la grossesse ou pendant l'accouchement. Il serait essentiel que les sages-femmes puissent également recevoir un enseignement et une formation sur le repérage des violences faites aux femmes ou celles vécues dans l'enfance pour devenir plus à l'aise pour les dépister.

En conséquences il serait nécessaire que le déni de grossesse soit pris en considération par les équipes enseignantes, comme faisant partie des objectifs indispensables à acquérir pour le diplôme d'état de sage-femme.

Bibliographie

1. Tourné C. Déni de grossesse, infanticide, congélation... Réflexions psychosomatique sur un phénomène rémanent. *Les Dossiers de l'Obstétrique : revue d'informations médicales et professionnelles de la sage-femme*, juin 2013 ; 427 : 10-16.
2. Klier C, Grylli C, Amon S, Fiala C, Weizman-Hennelius, Pruitt S, Putkonen H. *Is the introduction of the anonymous delivery associated with a réduction of High néonaticides rate in Austria ?* BJOG 2013 Mar ; 120 (4) 428-34. doi: 10.1111/1471-0528.12099. Epub 2012 Dec 5.
3. Seigneurie A-S, Limosin F. Déni de grossesse et néonaticide : aspects cliniques et psychopathologiques. *La revue de médecine Interne*, 2012 ; 33, (11) : 635-9.
4. DREES. *La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs*, mars 2012. (791).
5. Bonnet C, Kramer E et Chabernaud JL. L'anonymat de l'accouchement et la transmissions d'informations non identifiantes. *Contacts Sages-femmes*. Juillet 2012 ; 32 : 34-35.
6. Lefebvre M. Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines. Ecole de Sages-Femmes Jeanne Sentuberry. Grossesse et accouchement chez les femmes victimes d'inceste. 2011.
7. Siebert M. Processus de publicisations du déni de grossesse. Mémoire de 4^{ème} année de l'IEP. Strasbourg. Juin 2011.
8. HAS. Recommandations de bonne pratique. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : Reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. Mai 2011.
9. Marinopoulos S, Nisand I. Elles accouchent et ne sont pas enceintes. Le déni de grossesse. Paris. LLL. 2011
10. Villeneuve-Gokalp C. Etude sur les mères de naissance qui demandent le secret de leur identité lors de leur accouchement. Rapport de Recherche. INED. Juin 2010.

11. Bonnet C. Une enquête sur la santé des victimes d'inceste. *Santé mentale*, mars 2011 ; 156 : 48-49.
12. Grandgirard C. Le déni de grossesse : une réalité encore ignorée ? Nancy : Université Henri Poincaré ; 2010.
13. Bonnet C. Détecter l'inceste durant la grossesse aurait-il un effet positif pour les futurs parents. *Syngof* mars 2010 ; 80 : 25-28.
14. CASSF. Réflexion du CASSF. Le déni de grossesse. Paris. Mars 2010.
15. Montero M. Grossesse, du désir au déni. *Soins Pédiatrie/Puériculture* Février 2009 ; 30 : 246 : 12.
16. Laplanche, Pontalis. Vocabulaire de la psychanalyse. Edition Quadrige, édition de 2007.
17. Friedman SH. Heneghan A, Rosenthal M. Characteristics of women who deny or conceal pregnancy. *Psychosomatics* 2007 ; 48 : 117-122.
18. Marinopoulos S, Le déni de grossesse. Bruxelles. Temps d'arrêt. 2007
19. HAS. Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Novembre 2005.
20. Dayan J, Andro G, Dugnat M. Déni de grossesse. *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris. Masson. 1^{ère} éd 1999, 2^{ème} éd 2003.
21. Miller L. Denial of pregnancy in Infanticide. Spinelli M. Psychosocial and legal perspectives on mothers who kill. Washington. American Psychiatric Publishing. 2003.
22. Herman-Giddens ME, Smith JB, Mittal M, Carlson M, Butts JD. Newborns Killed or left to die by a parent: a population –base study. *JAMA* March 19, 2003; 289 (11): 1425-9.
23. Bonnet C. L'anonymat pourquoi? *La lettre du gynécologue* juin 2003; 283: 4-6.
24. Wessel J, Buscher U. Denial of pregnancy, population based study. *BMJ* 2002; 324. (7335): 458.

25. Wessel J, Endrikat J, Buscher U: Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002 Nov; 81 (11): 1021-7.
26. Pierrone, Delannoy, Florequin et Libert. A propos de 56 cas observés en maternité. *Perspectives Psy.* 2002 ; 41 (3) : 182-8.
27. Bonnet C. Accompagner le déni de grossesse. Paris, *Perspectives Psy*, Juin Juillet 2002 ; 41 (3) : 189-194.
28. Massari B. Intérêt de l'accompagnement du déni de grossesse : à propos de deux observations après infanticide puis une nouvelle naissance. *Perspectives Psy* 2002 ; 41 (3) : 208-216.
29. Grangaud N. Déni de grossesse : description clinique et essai de compréhension psychopathologique [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université Paris VII Faculté de Médecine Lariboisière Saint-Louis; 2001.
30. Spinelli MG. A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. *American Journal of Psychiatry* 2001 ; 158 (5) : 811-813
31. Brezinka C, Huter O, Biebl W, Kinzl J. Denial of pregnancy: obstetrical aspects. *J Psychosom obstet Gynecol* 1994; 15:1-8.
32. Bonnet C. Le secret des naissances à la suite de viol en France et en ex-Yougoslavie in les Actes du Colloque de l'AFIREM : Secret maintenu, secret dévoilé, à propos de la maltraitance. Paris. Karthala. 1994.
33. Bonnet C Adoption at birth: prevention against abandonment or neonaticide. *Child Abuse Neglect* 1993; Jul-Aug; 17(4): 501-13.
34. Kinzl J, Bieble W. Disavowal of pregnancy: an adjustment disorder. *Am J Psychiatry* 1991 148:1620-1.
35. Miller LJ. Psychotic denial of pregnancy: phenomenology and clinical management. *Hops Community Psychiatry* Nov 1990; 41:1233-7.
36. Bonnet C. Geste d'amour. Paris. Odile Jacob. 1^{ère} éd 1990, 2^{ème} éd 1996, 3^{ème} éd 2002.

37. Durning P. Nés du silence. Des femmes parlent de leur accouchement sous X. Mire information Janvier-février 1990 N°19.
38. Bonnet C. Nés du silence, Des femmes parlent de leur accouchement sous X. Rapport pour la M.I.R.E. Convention n°281.87. Paris. 9 juin 1989.
39. Brezinka C, Schröcksnadel H, Biebl W. Die negierte schwangerschaftsgeburstshilfliche und psychiatrische aspekte (Denied pregnancy obstetric and psychiatric aspects). Gynäk Rdsch 1988; 28 (suppl2): 97-100.
40. Bécache A, Bécache S. Le déni de grossesse aperçu psychodynamiques. Lyon médical 1976 ; 235 (1): 39-45.
41. Resnick P. Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide. Amer J Psychiat 1970 April;126(10):1414-20.

Annexes

Annexe I : Lettre adressée aux sages-femmes tirées au sort pour participer à l'entretien

Mlle ERNO Emilie
12, allée robinet 93320 Les Pavillons sous bois
emilie.erno@gmail.com
06.25.82.82.26

A l'attention de Mme/Mr XXX,
Sage-femme à l'Hôpital XXX.

Madame, Monsieur,

Je me présente, Erno Emilie, étudiante Sage-femme en dernière année à l'école de Sages-femmes Baudelocque à Paris.

Au cours de cette année universitaire, afin d'obtenir mon diplôme d'état, il me doit de réaliser un mémoire de fin d'étude. Je m'intéresse au sujet des Sages-femmes face au déni de grossesse.

Ma problématique est la suivante : « Comment les Sages-femmes appréhendent-elles le déni de grossesse ? ».

Pour y répondre, je souhaite rencontrer des Sages-femmes pour un entretien d'environ un quart d'heure. Ces entretiens ne s'adressent pas seulement aux sages-femmes qui ont rencontrés des dénis des grossesses. Il ne s'agirait que de quelques questions auxquelles vous pourrez répondre en toute liberté.

Je me permets donc de vous solliciter.

Le choix des Sages-femmes auxquelles j'ai fait la demande s'est fait au hasard. En effet, afin de ne pas avoir de biais de sélection, j'ai fait un tirage au sort parmi toutes les Sages-femmes de Jean Verdier / Lariboisière. J'ai choisi cet hôpital car, en y faisant de nombreux stages, j'ai pu rencontrer fréquemment des dénis de grossesses.

Bien entendu, si vous acceptez de participer à cette recherche, je reste à votre entière disposition pour d'éventuelles questions, et m'adapterais à votre emploi du temps pour que ce ne soit pas une contrainte dans votre planning, très chargé, je le conçois très bien.

Pour pouvoir se contacter, j'ai noté mon adresse mail au niveau de l'entête. Votre intervention serait pour moi d'une grande importance, et je vous en serais très reconnaissante.

Veillez recevoir, Madame / Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées,

Mlle ERNO.

Annexe II : Affiche disposée dans les locaux des deux maternités

A l'attention des Sages-Femmes, pour un travail de recherche pour un mémoire de fin d'étude.

Des lettres ont été adressées à certaines d'entre vous, par tirage au sort, pour une demande de participation à des entretiens pour un mémoire de fin d'étude.

Celles-ci se trouvent dans votre casier personnel, en salle de repas de la salle de naissance. Je vous serais très reconnaissante de prendre quelques instants pour y prêter attention.

Mon mémoire porte sur le déni de grossesse, un sujet d'actualité, auquel les professionnels de santé doivent faire face pour prendre en charge ces patientes de manière adaptée. Je souhaiterais m'entretenir auprès de vous pour développer ce sujet.

Je vous remercie de votre attention,
Je reste à votre entière disposition,

Mlle ERNO Emilie, emilie.erno@gmail.com

*Etudiante Sage-femme de dernière année à l'école de Sages-femmes
Baudelocque.*

Annexe III : Questionnaire suivi au cours des entretiens semi-directifs

Questions pour un entretien semi-directif auprès des sages-femmes hospitalières sur le sujet du déni de grossesse.

1) Connaissez-vous le déni de grossesse ?

OUI

NON

2) Si oui, comment avez vous connu le déni de grossesse ?

Médias

Conversations

Article scientifique

Livre

Cours

Formation continue

Expérience(s) personnelle(s)

Si plusieurs réponses possibles numérotez-les dans l'ordre chronologique de votre connaissance (1= première fois que j'ai entendu parler du déni de grossesse)

3) Selon vous, depuis quand le déni de grossesse a-t-il été décrit ?

- Début du siècle,
- siècle dernier,
- dès l'antiquité,
- il ya une Trentaine d'années,
- lors des périodes de l'après-guerre (seconde guerre mondiale)

4) Avez-vous une idée de la fréquence actuelle du déni de grossesse ?

5) Pensez-vous que le déni de grossesse soit un problème de santé publique ?

- OUI Pourquoi ?
- NON Pourquoi ?

6) Selon vous, à partir de quel mois de grossesse est-il possible de parler de déni de grossesse ?

7) Connaissez-vous le terme de dissimulation de grossesse ?

- OUI
- NON

8) Est-il différent du déni de grossesse ?

- OUI Pourquoi ?
- NON Pourquoi ?

9) Est-il compris dans le déni de grossesse ?

- OUI Pourquoi ?
- NON Pourquoi ?

10) A votre avis, le déni de grossesse peut-il être partagé par le conjoint d'une femme ?

- OUI Pourquoi ?
- NON Pourquoi ?

11) Par ses enfants ?

- OUI Pourquoi ?
- NON Pourquoi ?

12) Par sa mère ?

- OUI Pourquoi ?
- NON Pourquoi ?

13) Par son père ?

- OUI Pourquoi ?
- NON Pourquoi ?

14) Par des professionnels de santé et ou du social (sage-femme, psychologue, assistant social, médecins)

OUI Pourquoi ?

NON Pourquoi ?

15) A votre avis, est-il possible pour un professionnel de santé de passer à côté d'un diagnostic de déni de grossesse ?

OUI Pourquoi ?

NON Pourquoi ?

16) Avez-vous déjà rencontré une femme qui a présenté un déni de grossesse ?

OUI combien ?

NON

Si oui : (questions 17, 18 et 19)

17) *Est ce vous la personne qui avait annoncé à cette femme qu'elle était enceinte ?*

Ou bien, avez vous participé à l'annonce ?

18) *Avait-elle vérifié la date de ses dernières règles ?*

19) *Lors de l'annonce de l'état de grossesse à la femme, avait-elle attribué les changements de son corps qu'elle avait perçus à d'autres causes que la grossesse ?*

20) Lors de l'anamnèse, demandez-vous à toute femme si elle a présenté un déni de grossesse lors d'une grossesse précédente ?

Parfois

Systématiquement

Jamais

21) Si une femme a présenté un déni de grossesse, lui demandez vous si elle a été victime de violences (physiques, sexuelles, psychologiques) après 18 ans (âge adulte) ?

Parfois

Systématiquement

Jamais

Pourquoi ?

22) Si une femme a présenté un déni de grossesse, lui demandez vous si elle a été victime de violences (physiques, sexuelles, psychologiques) avant 18 ans ?

Parfois Systématiquement Jamais

Pourquoi ?

23) De même, lui demandez-vous si elle a vécu un autre type d'événement particulièrement stressant ou traumatisant dans sa vie ?

Parfois Systématiquement Jamais

Pourquoi ?

24) Avez-vous observé un déni de grossesse au cours d'un épisode délirant, d'une décompensation schizophrénique ou d'une psychose maniaco-dépressive ?

25) Proposez-vous l'accouchement dans l'anonymat (appelé communément « sous X ») à une femme qui a présenté ou bien présente un déni de grossesse ?

Parfois Systématiquement Jamais

Pourquoi ?

26) Existe-t-il un risque d'infanticide plus important par rapport à la population générale, pour un enfant de mère ayant présenté un déni de grossesse ?

Pourquoi ?

27) Pensez vous qu'il existe d'autres risques pour l'enfant à sa naissance ou bien plus tard ? Si oui, lesquels ?

28) Pensez vous qu'une femme puisse refaire un déni de grossesse ? Pourquoi ?

29) Imaginez vous qu'une femme puisse présenter un déni de grossesse après avoir eu des grossesses sans cette symptomatologie ?

30) En conclusion, est ce que le déni de grossesse vous intéresse ?

OUI Pourquoi ?

NON Pourquoi ?

31) Malgré tout, est ce que ce sujet vous met mal à l'aise ?

OUI Pourquoi ?

NON Pourquoi ?

32) Pourriez-vous exprimer, en quelques mots (spontanés), ce que vous fait éprouver le sujet du déni de grossesse ?

33) Comment imaginez-vous la prise en charge idéale pour ces femmes ?*

34) Si vous avez reçu un enseignement sur le déni de grossesse, pourriez vous préciser combien d'heures de cours à l'école des sages-femmes ?

Moins de deux heures

Entre deux et quatre heures

Plus de quatre heures

35) Quel type d'enseignement ? (plusieurs réponses possibles)

Cours magistraux

TD cas clinique

ARC

Autres...

36) Pensez-vous que cet enseignement soit suffisant ?

OUI

NON

Annexe IV : Annexe de l'Arrêté du 11 mars relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme

ANNEXE

Les titulaires du diplôme d'État de sage-femme exercent une profession médicale autonome à compétences définies et réglementées. Le référentiel de formation s'appuie sur le référentiel métier et compétences des sages-femmes.

Bulletin officiel n°15 du 11 avril 2013

www.enseignementsup-recherche.gouv.fr 5

Le programme de formation défini dans cette annexe permet le développement de ces compétences.

La formation permet l'acquisition de compétences et de connaissances pour :

1. Décider des actions adaptées au soutien, au maintien, et/ou à la restauration du processus physiologique de la maternité allant de la grossesse au post-partum ;
2. Accompagner la femme, le couple et la famille dans le vécu d'une situation ou d'un événement en cours ;
3. Ajuster ses actions dans une démarche éthique et dans le respect des règles juridiques et déontologiques en rapport avec le futur exercice professionnel ;
4. Réguler le rapport au temps et répondre à l'urgence et à ses exigences de délais, d'organisation et de priorités d'actions ;
5. Composer avec l'incertitude et l'inéluctable inhérents à son champ d'activités ;
6. Analyser, de façon pluriprofessionnelle, les causes systémiques des événements indésirables associés aux soins et participer à la prévention de ceux-ci lorsqu'ils sont évitables ;
7. S'engager dans la promotion et la prévention de la santé des femmes, des nouveau-nés et des familles ;
8. Organiser et gérer dans son environnement professionnel les ressources humaines, logistiques, financières et administratives mises à disposition ;
9. Communiquer efficacement dans un contexte pluriprofessionnel ;
10. S'engager dans une démarche de développement professionnel continu, comprenant la transmission de son art.

Afin de garantir l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la profession de sage-femme, les recommandations suivantes peuvent orienter le choix des modalités pédagogiques et didactiques :

- Une approche par compétences et une pratique réflexive à l'aide de présentations et études de cas, d'analyses de pratiques, d'ateliers réflexifs sur la base de situations réelles ou fictives, d'ateliers de simulations cliniques et de retours d'expérience sur les périodes de formations cliniques ;
- Une approche intégrant des données factuelles (données probantes) au moyen de présentations et de revues de la littérature, d'analyses d'articles scientifiques dans le domaine de la maïeutique, de cours dispensés par des chercheurs ou doctorants ou construits sur la base de résultats de recherche et de bibliographies actualisées ;
- Un apprentissage autonome favorisé par une approche centrée sur les besoins de l'étudiant, l'utilisation des technologies appliquées à l'enseignement à distance, la conception et la présentation de travaux de recherche personnels ou collectifs ;
- Des cours magistraux, des enseignements dirigés et pratiques mutualisés permettant notamment aux étudiants des filières de la première année commune aux études de santé de se rencontrer et de travailler sur des thématiques communes des professions de santé ;
- Des pratiques d'encadrement ou d'évaluations formatives et personnalisées.

LES UNITES D'ENSEIGNEMENT THEORIQUE

La formation théorique s'articule autour de trois axes qui se déclinent en regroupements thématiques pluridisciplinaires et permettent l'acquisition des compétences professionnelles.

Le premier axe regroupe les enseignements et dispositifs de formation qui concourent au développement de l'expertise professionnelle des sages-femmes concernant les actions de soutien, de maintien et/ou de restauration du processus physiologique de la maternité allant de la grossesse au post-partum et de la santé génésique des femmes. À l'issue de ces enseignements, le futur professionnel est capable :

- D'observer, diagnostiquer et définir une stratégie de prise en charge dans la limite du cadre légal et selon les normes et les niveaux de risques ;

- D'accéder à l'information utile au développement de son expertise clinique ;
- De prodiguer des conseils efficaces à la patiente et à sa famille concernant les soins, les aspects juridiques, ou l'éducation lors de situations périnatales spécifiques et/ou difficiles ;
- De répondre à l'urgence et à ses exigences de temps, d'organisation et de priorités d'actions ;
- De développer une réflexion avec ses pairs sur les spécificités de son champ professionnel pour dispenser des soins de qualité, ainsi qu'avec les autres professionnels de santé, en particulier les médecins, lors de prises en charge conjointes ou transférées, en particulier dans le cadre pathologique ;
- De développer une réflexion éthique sur les pratiques de soin.

Le deuxième axe regroupe les enseignements et dispositifs de formation concourant à l'acquisition de compétences en communication, en économie, en gestion et en management et forment les futurs professionnels à :

- Exercer ces compétences dans le champ de la promotion et de la prévention de la santé des femmes et des enfants, en apportant des informations claires et accessibles ;
- Promouvoir la collaboration interprofessionnelle et la coopération avec les autres acteurs de santé ;
- Développer des actions en partenariat avec d'autres professionnels de santé et acteurs sociaux ;
- Développer un esprit de concertation avec les différents professionnels et ses pairs ;
- Développer des compétences pour participer à l'encadrement et à l'évaluation des étudiants.

Le troisième axe regroupe les enseignements relatifs au développement professionnel et aux activités qui peuvent y être associées pour :

- Exercer son sens des responsabilités en vue de garantir la qualité des soins ;
- Développer une réflexion et un esprit critique par rapport aux pratiques professionnelles conduisant à l'actualisation des connaissances, à une pratique

autonome basée sur l'évaluation des pratiques professionnelles et au développement professionnel continu ;

- Faire évoluer sa pratique professionnelle par l'acquisition de nouveaux savoirs scientifiques ;
- Participer à des travaux de recherche ;
- Développer des actions collectives (recherche, formation, évaluation, etc.) avec les partenaires institutionnels, économiques et industriels ;
- Participer à l'évaluation de l'activité médicale d'un secteur, de l'élaboration à l'analyse des données.

Ces enseignements se structurent en unités d'enseignement (UE) dans les domaines suivants :

Obstétrique, maïeutique, démarche clinique, diagnostic anténatal et médecine fœtale

Ces UE représentent 14 à 16 ECTS (*ECTS : European Credits Transfer System, système de crédits européens facilitant la lisibilité et la comparaison des cursus de formation*).

Objectifs généraux :

- Assurer la surveillance prénatale de la grossesse physiologique ;
- Assurer l'animation de séances de préparation à la naissance et à la parentalité ;
- Diagnostiquer et suivre le travail, réaliser l'accouchement et surveiller ses suites ;
- Dépister et participer à la prise en charge des patientes présentant des complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches ;
- Acquérir des connaissances permettant l'apprentissage de l'échographie obstétricale ;
- Acquérir les connaissances médicales, juridiques et éthiques sur le diagnostic anténatal et la médecine fœtale.

Principaux objectifs spécifiques en lien avec les compétences attendues :

- Conduire une consultation prénatale ;

- Mener un entretien prénatal précoce :
 - Objectifs de l'entretien prénatal précoce,
 - Les différents temps de l'entretien prénatal précoce ;

- Organiser et animer une séance collective de préparation à la naissance et à la parentalité :
 - Analyse des besoins,
 - Sélection des contenus et planification des séances,
 - Dynamique de groupe et techniques d'animation ;

- Dépister et participer à la prise en charge des pathologies obstétricales :
 - Raisonnement médical, démarche clinique,
 - Signes fonctionnels ,
 - Signes physiques,
 - Pathologies spécifiques de la grossesse,
 - Pathologies et complications du travail, de l'expulsion et de la délivrance,
 - Pathologies des suites de couches ;

- Dépister et participer à la prise en charge des pathologies associées à la grossesse :
 - Influence des principales pathologies préexistantes sur l'état de grossesse,
 - Influence de la grossesse sur l'évolution des principales pathologies préexistantes,
 - Surveillance des pathologies médico-chirurgicales associées à la grossesse ;

- Participer à la prise en charge des urgences médicales rencontrées en obstétrique :
 - Arrêt cardio-respiratoire maternel,
 - États de choc,
 - Embolie amniotique,
 - Embolie pulmonaire,
 - Convulsions ;

- Réaliser la surveillance de situations spécifiques de la grossesse, du travail et de l'accouchement et des techniques obstétricales :

- Maturation et déclenchement artificiel du travail,
 - Présentation du siège : voies d'accouchement, manoeuvres obstétricales, complications,
 - Présentations dystociques : voies d'accouchement, manoeuvres obstétricales, complications,
 - Grossesse gémellaire : différents types de surveillance, complications spécifiques, accouchement gémellaire, manoeuvres obstétricales.
- Prescrire les échographies nécessaires à la surveillance de la grossesse et interpréter les comptes rendus ;
- Réaliser une échographie obstétricale de dépistage (vérification de la présentation, le bien-être fœtal et la localisation placentaire, etc.) :
- Écho-anatomie normale et pathologique,
 - Doppler maternel et fœtal,
 - Anomalies échographiques des annexes ;
- Participer aux activités de diagnostic anténatal et de médecine fœtale :
- Marqueurs sériques,
 - Prélèvements ovulaires,
 - Thérapeutiques anténatales,
 - Interruption médicale de grossesse,
 - Bilan de synthèse : conseil génétique, fœtopathologie.

Néonatalogie - pédiatrie

Ces UE représentent 6 à 10 ECTS

Objectifs généraux :

- Participer à la prise en charge d'un nouveau-né présentant une pathologie ;
- Acquérir les bases de la physiologie néonatale suffisantes sur :
 - L'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né,
 - La physiologie de l'hypoxie néonatale,
 - L'algorithme de réanimation néonatale ;

- Participer à la prise en charge des urgences néonatales ;
- Assurer la surveillance, l'examen et la prise en charge du nouveau-né dans un cadre hospitalier et extrahospitalier.

Principaux objectifs spécifiques en lien avec les compétences attendues :

- Dépister et participer à la prise en charge des pathologies et urgences néonatales ;
 - Reconnaissance et identification des signes cliniques ;
 - Prématurité ;
 - Anomalies de la trophicité ;
 - Principales malformations ;
- Participer à la prise en charge des nouveau-nés affectés par une pathologie maternelle :
 - Influence des principales pathologies maternelles sur le nouveau-né,
 - Surveillance et prises en charge spécifiques,
 - Organisation des transferts ;
- Savoir accueillir un nouveau-né dans les suites d'un accouchement (à la maternité et hors maternité) ;
- Maîtriser les gestes techniques nécessaires à la réanimation néonatale ;
- Assurer efficacement la réanimation d'un nouveau-né et en fonction des situations particulières rencontrées (asphyxie, prématurité, gémellité, inhalation méconiale, malformations congénitales, etc.) ;
- Aspects éthiques.

Gynécologie - sante génésique des femmes et assistance médicale a la procréation

Ces UE représentent 4 à 8 ECTS

Objectifs généraux :

- Informer et conduire une consultation de contraception ;
- Conduire une consultation péri-conceptionnelle ;

- Assurer le suivi gynécologique de prévention et connaître les enjeux de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- Acquérir des connaissances permettant l'apprentissage de la rééducation périnéale ;
- Réaliser une échographie gynécologique de dépistage ;
- Dépister et participer à la prise en charge des femmes présentant une ou des infections et pathologies gynécologiques ;
- Maîtriser les bonnes pratiques de dépistage des IST : indications, prise en charge du partenaire ;
- Pouvoir répondre aux demandes liées au désir d'enfant, à la contraception ou à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ;
- Informer et participer à la prise en charge des femmes ayant recours à l'IVG ;
- Favoriser le dialogue autour de la sexualité et pouvoir répondre ou orienter en cas de plaintes ;
- Offrir un suivi de qualité adapté à la personne en favorisant les conditions d'expression et d'écoute ;
- Connaître le cadre législatif et réglementaire : organisation du dispositif de dépistage et de planification ;
- Acquérir les connaissances médicales, juridiques et éthiques sur l'assistance médicale à la procréation.

Principaux objectifs spécifiques en lien avec les compétences attendues :

- Mener une consultation de suivi gynécologique de prévention :
 - Les différents temps de la consultation gynécologique,
 - Analyse des principaux motifs de plaintes ;
 - Prescription des examens complémentaires de première intention,
 - Connaissance des médicaments utilisés en gynécologie inscrits dans les droits de prescription de la sage-femme ;
- Accompagner ou orienter les femmes dans les périodes pré, per et post-IVG :
 - Entretien pré-IVG analyse de l'échec de contraception,
 - Techniques d'IVG,
 - Surveillance et contraception post-IVG ;

- Dépister et participer à la prise en charge des pathologies gynécologiques :
 - Raisonnement médical, démarche clinique,
 - Reconnaissance et identification des signes cliniques,
 - Pathologies fonctionnelles et organiques des organes uro-génitaux et mammaires,
 - Bilan uro-dynamique ;

- Organiser et animer une séance collective d'information auprès d'adolescents sur la sexualité, la contraception et les infections sexuellement transmissibles :
 - Les spécificités de l'adolescence,
 - Sélection des contenus et méthodes d'animation ;

- Aborder la sexualité lors d'une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention
 - Aspects biopsychosociaux de la sexualité,
 - Principaux motifs de plaintes,
 - Éducation sexuelle ;

- Prévenir et dépister les violences faites aux femmes :
 - Épidémiologie des violences faites aux femmes,
 - Médecine légale et démarches de protection ;

- Participer aux activités d'assistance médicale à la procréation :
 - Infertilité et stérilité du couple : exploration, diagnostic, traitement,
 - Techniques d'assistance médicale à la procréation,
 - Législation,
 - Bioéthique.

Pharmacologie

Cette UE représente 2 à 4 ECTS

Les compétences de la sage-femme en pharmacologie doivent être en lien avec son droit de prescription, l'autorisation à réaliser les examens cliniques et techniques prescrits par un médecin en cas de pathologie maternelle ou fœtale identifiée, et leur

participation au traitement de toute patiente présentant une affection gynécologique, sous la direction d'un médecin.

Objectifs généraux :

L'enseignement de pharmacologie permet l'acquisition de connaissances générales de pharmacocinétique orientées vers la santé gynécologique de la femme, l'obstétrique, la néonatalogie et la pédiatrie. Il doit permettre d'améliorer la qualité et la sécurité de la prescription et de l'optimiser sur le plan économique.

Principaux objectifs spécifiques en lien avec les capacités attendues :

- Connaître et/ou approfondir les bases pharmacologiques des traitements pour chaque pathologie et chaque prévention abordée ;
- Connaître les propriétés pharmacocinétiques des médicaments chez la femme enceinte, le nouveau-né ;
- Connaître les critères de choix d'un médicament pour optimiser un traitement médicamenteux et éviter les accidents iatrogènes ;
- Connaître les bonnes pratiques des prescriptions médicamenteuses ;
- Connaître les éléments de la surveillance thérapeutique médicamenteuse ;
- Appréhender la variabilité de la réponse thérapeutique : notion de terrain, associations médicamenteuses ;
- Connaître les outils d'aide à la prescription, à l'évaluation de l'observance d'un traitement ;
- Connaître les prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses.

Le contenu de cette UE de pharmacologie peut être enseigné de manière transversale dans certaines UE (obstétrique, pédiatrie, santé gynécologique des femmes, etc.). Cette UE fera l'objet d'une évaluation.

Santé publique

Cette UE représente 4 à 6 ECTS

L'enseignement de Santé publique tient compte de la place de la sage-femme dans le système de santé. Il est orienté vers la prévention et l'éducation.

Objectifs généraux :

- Prévenir, informer, éduquer dans les domaines de la maïeutique, de l'obstétrique, de la gynécologie et de la néonatalogie ;
- Dépister les situations à risque médical, psychologique et social ;
- Participer à un réseau de soins.

Principaux objectifs spécifiques en lien avec les capacités attendues :

- Connaître l'organisation des systèmes de santé en Europe ;
- Connaître la situation périnatale en France ;
- Connaître les différentes structures de soins (hospitalières, extra-hospitalières, psychiatriques) ;
- Connaître les grands programmes de prévention et de dépistage en périnatalité (dépistages néonataux, dépistage des cancers de la femme, vaccinations, etc.) ;
- Connaître les démarches éducatives liées aux pathologies rencontrées en périnatalité ;
- Connaître les grandes menaces sanitaires ;
- Connaître et participer à la gestion du risque ;
- Connaître l'évaluation du fardeau des maladies dans les populations :
 - épidémiologie descriptive,
 - apport des registres de pathologie,
 - fréquence des principaux groupes de pathologie,
 - principes de l'intervention en santé publique.

Le contenu de cette unité d'enseignement peut être enseigné de façon transversale dans certaines unités d'enseignement, notamment dans le cadre des enseignements relatifs à l'obstétrique, la pédiatrie, la santé génésique des femmes, etc.

L'unité d'enseignement de santé publique fera l'objet d'une évaluation.

Sciences humaines et sociales - droit, économie, management et langue étrangère

Ces UE représentent 6 à 8 ECTS

Objectifs généraux :

- Développer une réflexivité sur ses pratiques et son développement professionnels ;

- Approfondir ses connaissances sur la psychologie et les affections psychopathologiques du nourrisson et de l'enfant afin de dépister des situations de vulnérabilité et d'orienter la femme ou le couple dans le réseau de périnatalité ;
- 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 ;
- Connaître les bases légales et les priorités de la politique de santé régissant le système de santé français et de protection sociale, ainsi que les principes de son pilotage et ses limites ;
- Connaître les dimensions organisationnelles des professions, l'organisation du travail, les collaborations interprofessionnelles, la gestion et l'administration ;
- Acquérir des connaissances sur l'organisation territoriale du système de santé et des soins (coopérations, contractualisations, etc.) ;
- Acquérir ou approfondir des connaissances de base en économie de la santé ;
- Approfondir ses compétences en langue étrangère.

Principaux objectifs spécifiques en lien avec les capacités attendues :

- Dépister et participer à la prise en charge des troubles psychologiques et psychiatriques :
 - Troubles de la personnalité,
 - Pathologies psychiatriques maternelles,
 - Psychopathologie du nourrisson et de l'enfant ;
- Mettre en œuvre les dispositions législatives et réglementaires liées à la périnatalité et adapter sa pratique en fonction des textes en vigueur et de leurs évolutions :
 - Dispositions législatives et réglementaires liées à la périnatalité et à la protection des personnes vulnérables,
 - Législation professionnelle,
 - Participer à la réflexion éthique sur les pratiques de soin,
 - S'informer et participer aux évolutions de la réflexion bioéthique ;
- Encadrer une équipe soignante et travailler en collaboration :
 - Rapports hiérarchiques et contractuels,

- Gestion et management d'une équipe,
 - Délégation et coordination,
 - Anticipation et gestion des conflits,
 - Conduite de projet,
 - Coordination des projets,
 - Gestion des risques.
- Participer à l'encadrement et à l'évaluation des étudiants :
 - Pédagogie de stages : organisation, diagnostic éducatif, modèle de rôle et supervision clinique,
 - Évaluation des apprentissages ;
- Rechercher en permanence la qualité et la sécurité des soins dans son exercice professionnel ;
 - Connaître les dispositions législatives et réglementaires en matière de qualité et de sécurité des soins ;
 - Connaître les recommandations et outils de bonnes pratiques ;
 - Contribuer au développement d'une culture de sécurité ;
 - Communiquer efficacement pour améliorer la sécurité des soins ;
 - Analyser les causes systémiques des événements indésirables associés aux soins et participer à la prévention conjointe de ceux-ci lorsqu'ils sont évitables (récupération des défaillances et atténuation de leurs conséquences pour les patientes, mise en place de mesures barrières, etc.) ;
 - Connaître les concepts de base en économie de la santé et rechercher en permanence l'efficacité dans son exercice professionnel ;
- Acquérir des notions de base de macroéconomie et de microéconomie dont :
 - Théorie des consommateurs et des producteurs,
 - Équilibres, concurrence pure et parfaite, défaillances de marché et régulation,
 - Comptabilité nationale, croissance,
 - Assurance maladie et maîtrise des dépenses de santé,
 - Comparaisons des divers systèmes de santé des pays développés,
 - Pilotage et contrôle du système de soins.

UE Recherche

Cette UE représente 2 à 4 ECTS

Cette UE permet d'approfondir l'initiation à la recherche dans la continuité des enseignements dispensés au cours du premier cycle des études en sciences maïeutiques.

Principaux objectifs spécifiques en lien avec les capacités attendues :

- Réaliser une recherche documentaire, une revue de la littérature.
 - Consultation de fonds documentaires ;
 - Technique de la recherche documentaire dans les bases de données scientifiques et en sciences humaines et sociales ;
 - Apprentissage d'outils de bibliographie ;
 - Connaissance de l'anglais médical.
-
- Réaliser une analyse critique des données existantes.

Lecture critique d'articles scientifiques et d'information grand public en version originale.

Le parcours personnalisé

Il représente 10 à 20 % des unités d'enseignements soit entre 12 et 24 ECTS.

Ces unités d'enseignements peuvent être suivies dans une université en France comme à l'étranger. Elles sont intégrées dans une formation de niveau master. Ces unités d'enseignement peuvent constituer un parcours proposé par la structure en charge de la formation. Elles peuvent s'intégrer dans la formation théorique et/ou clinique et/ou être inscrites dans « un parcours recherche ».

Dans le cadre du parcours personnalisé peuvent être proposées notamment des unités d'enseignement en droit de la santé, management, éthique et philosophie, informatique, économie de la santé, ingénierie de la santé, etc.

UE Parcours Recherche

Pour les étudiants ayant suivi du 3ème au 6ème semestre de la formation générale en sciences maïeutiques des unités d'enseignement de parcours recherche, un enseignement spécifique peut être proposé pendant le deuxième cycle des études en sciences maïeutiques (cycle de conférences, séminaires de travail, présentations personnelles, travail en groupe des étudiants, journées scientifiques).

Les étudiants n'ayant pas suivi des UE correspondant au parcours recherche au cours de la formation conduisant au diplôme de formation générale en sciences maïeutiques pourront suivre, pendant le deuxième cycle des études en sciences maïeutiques une « UE recherche » parmi des UE librement choisies.

Un stage de recherche d'une durée de quatre semaines minimum nécessaire pour la validation de la première année d'un master à orientation recherche peut remplacer partiellement un stage clinique inscrit au programme de formation approfondie en sciences maïeutiques, sous réserve de l'acquisition par l'étudiant des compétences spécifiques associées au stage clinique.

UNITES D'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

Ces UE représentent 48 à 68 ECTS

La formation clinique a pour finalité :

- Le développement des compétences fondamentales nécessaires à l'exercice de la profession de sage-femme ;
- L'acquisition des compétences spécifiques et transversales décrites dans le référentiel métier et compétences de sage-femme ;
- La maîtrise du raisonnement clinique ;
- La mise en relation et la cohérence entre les enseignements dispensés et les stages;
- L'ouverture vers les différents modes d'exercice de la sage-femme ;
- La réalisation du projet professionnel de chaque étudiant.

Les objectifs personnels de l'étudiant sont liés à son apprentissage et à son projet professionnel. Ils font l'objet d'une concertation avec l'équipe enseignante et doivent

être connus par le référent, maître et/ou tuteur de stage afin de faciliter leur réalisation.

Le référentiel métier et compétences de sage-femme intègre les compétences requises à l'issue de la formation initiale décrites ci-dessous.

Référentiel de compétences

Huit situations types décrivent des situations clés de la pratique clinique de la sage-femme et authentifient les valeurs professionnelles qui leur donnent sens. Elles mettent les principales compétences en exergue, à savoir, la démarche clinique, l'urgence, la prévention et l'éducation. Les situations types retenues ne sont pas exhaustives, mais sont particulièrement représentatives de l'exercice de cette profession. Elles ont été retenues car elles remplissent les critères suivants :

- Faire partie du cœur de métier de sage-femme ;
- Représenter une variété suffisante de situations devant être maîtrisées par tout professionnel compétent ;
- Intégrer un aspect de gestion des risques ou de sécurité des soins.

À l'issue de la formation, l'étudiant est compétent pour :

1. Conduire une consultation prénatale

- En reconstituant l'anamnèse ;
- En réalisant l'examen clinique général et l'examen obstétrical ;
- En évaluant le caractère physiologique ou pathologique de la grossesse ;
- En choisissant les mesures préventives, palliatives et thérapeutiques appropriées ;
- En élaborant et proposant à la femme enceinte une conduite à tenir quant au suivi de sa grossesse ;
- En accompagnant la femme/le couple dans l'élaboration de son projet de naissance.

2. Organiser et animer une séance collective de préparation à la naissance et à la parentalité

- En préparant la séance ;

- En veillant à assurer une bonne qualité d'écoute entre les participant(e)s ;
- En animant les échanges d'informations et d'expériences sur le thème traité ;
- En réalisant des exercices de travail corporel (si pertinent pour le thème abordé) ;
- En vérifiant l'évolution des participantes vers l'autonomie ;
- En repérant les difficultés éventuelles et en donnant les conseils adaptés.

3. Assurer une consultation d'urgence

- En accueillant la patiente ;
- En menant l'interrogatoire : de l'anamnèse à un premier diagnostic ;
- En réalisant l'examen général et l'examen obstétrical ;
- En posant un diagnostic et en faisant une synthèse de la situation ;
- En préparant et en organisant si nécessaire le transfert vers un autre professionnel de santé ou un autre établissement ;
- En réalisant la transmission orale et écrite ;
- En étudiant rétroactivement le dossier pour analyser et améliorer sa pratique, en particulier en vérifiant la pertinence des gestes et décisions (en partenariat avec un autre professionnel) ou selon une méthode de retour d'expérience validée.

4. Diagnostiquer et suivre le travail, réaliser l'accouchement et surveiller ses suites

- En évaluant le niveau de risque de la parturiente pour décider d'une prise en charge optimale pour elle et son enfant ;
- En évaluant l'entrée en travail et le pronostic obstétrical de la patiente ;
- En élaborant une stratégie de surveillance et de suivi du travail, de l'accouchement et de la délivrance d'une patiente à bas risque ;
- En respectant les règles de l'eutocie et les souhaits de la parturiente ;
- En consultant tous les éléments du dossier ;
- En veillant à la bonne mise à disposition du matériel en cas d'urgence ;
- En décidant l'admission éventuelle ;
- En assurant l'accouchement physiologique et son accompagnement ;
- En aidant la femme à gérer la douleur ;
- En prenant des décisions adaptées à la situation ;
- En accueillant et examinant le nouveau-né ;

- En prévenant les accidents hémorragiques de la délivrance par une surveillance optimale au cours du travail et de la période de post-partum immédiat ;
- En réalisant le diagnostic des lésions périnéales et des plaies vaginales ;
- En pratiquant la suture de ces lésions sous anesthésie locale, lorsque celles-ci ne sont pas compliquées, en particulier en cas d'atteintes sphinctériennes ;
- En rédigeant le dossier médical et en participant à l'information du dossier médical personnel.

5. Diagnostiquer et prendre en charge l'hémorragie de la délivrance (quel que soit le lieu et au-delà du post-partum immédiat)

- En accueillant la patiente ;
- En identifiant la gravité du risque hémorragique, en réalisant une anamnèse et un examen général ;
- En mettant en place la prise en charge en cas de confirmation de l'hémorragie ;
- En sollicitant d'autres professionnels ;
- En réalisant les prélèvements sanguins nécessaires ;
- En posant un cathéter intraveineux périphérique et en perfusant le soluté adapté ;
- En veillant au positionnement de la patiente et à la surveillance et au maintien de sa température corporelle ;
- En s'assurant que la patiente a compris la situation et en informant la famille ;
- En veillant à la coordination des différents intervenants ;
- En s'assurant que le professionnel qui prend le relais a bien reçu les informations ;
- En transmettant dans le dossier les données médicales et les gestes effectués pour assurer une transmission écrite ;
- En suivant l'évolution de la patiente et en adaptant les thérapeutiques ;
- En étudiant rétroactivement le dossier pour analyser et améliorer sa pratique, en particulier en vérifiant la pertinence des gestes et décisions (en collaboration avec d'autres professionnels).

6. Assurer un suivi mère-enfant dans les suites de couches jusqu'à la visite post-natale

- En accueillant la mère et l'enfant ;
- En réalisant l'anamnèse ;
- En pratiquant l'examen général de l'enfant ;
- En pratiquant un examen général et gynéco-obstétrical de la mère ;
- En écoutant, questionnant et donnant des conseils d'hygiène, de diététique et d'éducation à la santé ;
- En repérant les situations de vulnérabilité ;
- En vérifiant la mise en place de l'allaitement (maternel ou artificiel) ;
- En prescrivant les éventuels examens complémentaires ;
- En recherchant d'éventuels troubles périnéaux ou sphinctériens et en déterminant leur prise en charge ;
- En recueillant les souhaits de la patiente en matière de contraception et en la prescrivant ;
- En accompagnant le développement du lien mère-enfant ;
- En assurant la transmission ;

7. Réaliser une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention

- En accueillant la femme et éventuellement en l'accompagnant en consultation, en l'informant du suivi gynécologique régulier et en lui proposant de réfléchir à sa contraception ;
- En réalisant l'anamnèse, afin d'identifier d'éventuelles contre-indications ;
- En réalisant l'examen clinique de la patiente ;
- En réalisant, si nécessaire, un frottis cervico-vaginal de dépistage et/ou un prélèvement vaginal ;
- Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement ;
- En présentant les différentes formes de contraception possibles pour éclairer son choix ;
- En prévenant et dépistant toute situation de vulnérabilité de la femme ;
- En participant au dépistage et à la prévention des cancers gynécologiques et des infections sexuellement transmissibles ;

- En prescrivant la contraception et les examens complémentaires en relation avec le suivi gynécologique ;
- En prescrivant si nécessaire d'autres thérapeutiques (vaccins, médicaments dans les droits de prescription de la sage-femme) ;
- En planifiant le suivi gynécologique de la femme ;
- En cas de dépistage de pathologie, en adressant la patiente à un médecin.

8. Réaliser une réanimation néonatale

- En prenant en compte les circonstances de la grossesse, du travail et de l'accouchement ;
- En anticipant sur l'organisation matérielle et la disponibilité des ressources ;
- En examinant l'enfant dès son arrivée ;
- En identifiant le caractère de gravité et d'urgence (score d'Apgar, etc.) ;
- En prévoyant l'appel du pédiatre ;
- En assurant les premiers soins en attendant le médecin (aspiration, ventilation, intubation, massage cardiaque) ;
- En participant à l'accueil optimal du nouveau-né porteur d'une pathologie dépistée dans la période prénatale ;
- En informant le couple en temps réel ;
- En participant à la prise en charge médicale en collaboration avec le pédiatre ;
- En organisant éventuellement le transfert de l'enfant vers un service approprié ;
- En renseignant une feuille de surveillance en temps réel intégrée dans le dossier médical, intégrant les données médicales et les gestes de réanimation effectués pour assurer une transmission écrite ;
- En cas de transfert vers une unité spécialisée, en assurant dans le temps un suivi des informations et en informant régulièrement les parents.

Modalités de stage

Les compétences spécifiques et transversales s'acquièrent au travers de stages cliniques réalisés en établissement de santé et en milieu extrahospitalier : exercice libéral, centre de protection maternelle et infantile (PMI), etc.

Les stages concernent les périodes pré, per-natales d'une part, et d'autre part, les périodes postnatales, le suivi gynécologique et la planification familiale.

La répartition peut s'établir selon le tableau ci-dessous :

1 ECTS de stage équivaut à 30 heures.

	Nombre d'ECTS	Contenu du stage	Terrain de stage
Suivi prénatal	12 à 16 ECTS	Consultations prénatales ; Surveillance de grossesses à haut risques ; Préparation à la naissance et à la parentalité.	Stages hospitaliers et extra-hospitaliers : en établissements de santé public ou privé (structures de consultations prénatales (CNP), services de grossesse à haut risque (GHR), centre d'assistance médicale à la procréation, centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN)...) Cabinets libéraux, maisons de santé, hospitalisations à domicile (HAD), espaces territoriaux.
Suivi perinatal	20 à 24 ECTS	Pratique d'un accouchement eutocique ; Accueil d'un nouveau-né eutrophique à terme ; Suivi d'un accouchement à risque ou pathologique et ses suites immédiates ; Accueil d'un nouveau-né	Stages hospitaliers : établissements publics et privés de santé (Salle de naissances, bloc opératoire, salle de soins post-interventionnelle, urgences obstétricales,

		malade.	réanimation, service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)...
Suivi post-natal	8 à 14 ECTS	Suites de couches physiologiques ; Nouveau-nés ; Nourrissons ; Suites de couches pathologiques ; Nouveau-né malade.	Stages hospitaliers : établissements publics et privés de santé (suites de couches mère et enfant, unités mère-enfant, néonatalogie, unité psychiatrique, consultation post-natale et néonatale...) Cabinet libéral, maison de santé, HAD, espaces territoriaux
Planification, surveillance gynécologique	8 à 14 ECTS	Consultations de contraceptions ; Prévention des IST ; IVG ; Suivi gynécologique de prévention.	Centre de planification conjugale et familiale ; Centre d'orthogénie ; Cabinet libéral ; Etablissement public ou privé de santé : consultation, espace territorial.

La part des stages hors établissements de santé doit être conséquente afin de faciliter l'approche centrée sur le parcours de soin des femmes et des couples mères-enfants.

Des stages en espace territorial et en ambulatoire sont obligatoires. Ils préparent les étudiants à un exercice libéral ou en PMI et à la surveillance nécessaire dans le cadre extrahospitalier.

Un stage de longue durée à temps plein (intégré ou pré professionnel) représentant 24 ECTS est organisé. Le choix du terrain de stage est lié au projet professionnel et

au nombre d'actes réalisés par l'étudiant à la fin de la 1^{ère} année du deuxième cycle des études en sciences maïeutiques.

Validation de stages

La formation clinique est fondamentale dans le développement des compétences des sages-femmes. Les compétences cliniques sont évaluées par l'équipe pédagogique et/ou les professionnels de terrain.

Le raisonnement et la démarche clinique réflexive, les connaissances scientifiques, la prévention et l'éducation pour la santé, la posture éthique sont évaluées dans chaque situation rencontrée par l'étudiant.

La validation des stages tient compte de l'assiduité de l'étudiant et de l'acquisition des compétences spécifiques et transversales du référentiel métier et compétences des sages-femmes.

Un entretien de mi-stage est recommandé pour s'assurer que les objectifs de stage pourront être atteints et éventuellement proposer des réajustements.

Le carnet de stage permet à l'étudiant d'autoréguler son apprentissage.

L'analyse réflexive mise en œuvre par l'étudiant seul ou accompagné, contribue à l'évaluation de ses acquisitions.

Coordination entre l'équipe pédagogique et les encadrants sur les lieux de stages

Le temps de formation clinique doit être utilisé de façon efficiente, impliquant une vigilance particulière à l'égard de la qualité du terrain de stage, de l'accueil et de l'encadrement des stagiaires.

L'équipe pédagogique s'assure de la concordance entre le terrain de stage et les objectifs pédagogiques et personnels de chaque étudiant.

L'équipe pédagogique entretient le lien avec les équipes d'encadrement sur le lieu de stage. Elle favorise la formation des professionnels référents de stage. Elle met en place l'évaluation des lieux de stage par les étudiants.

Coopération interprofessionnelle

Afin de développer l'efficacité de la communication et de la coopération interprofessionnelle indispensable à la qualité et à la sécurité des soins, il est souhaitable de favoriser la mise en commun des travaux sur les lieux de stage entre les étudiants des différentes filières médicales et paramédicales.

Mobilité et échanges internationaux

Une période d'études d'un semestre comprenant un ou plusieurs stages peut être réalisée au sein de l'Union Européenne ou dans un autre État dans le cadre d'un programme d'échange européen ou international.

La validation du stage est réservée à l'établissement d'accueil.

Le certificat de synthèse clinique et thérapeutique

Ce certificat est destiné à vérifier les compétences acquises, la capacité à synthétiser des connaissances et la maîtrise de la démarche clinique, de l'urgence, de la prévention et de l'éducation en obstétrique, néonatalogie et gynécologie.

Ce certificat peut se présenter sous différentes formes :

- une épreuve clinique auprès d'une femme enceinte, d'une parturiente, d'une accouchée et/ou d'un nouveau-né ;
- une épreuve clinique auprès d'une femme lors d'un suivi gynécologique ;
- une épreuve orale associée ou non à l'épreuve clinique ;
- une épreuve écrite associée ou non à l'épreuve clinique.

La ou les épreuves sont évaluées par deux professionnels dont une sage-femme de l'équipe pédagogique de la structure de formation et si possible une sage-femme enseignante d'une autre structure de formation.

L'évaluation porte sur les compétences et les connaissances précisées à l'article 5 du présent arrêté.

La validation du certificat est obligatoire pour l'obtention du diplôme d'État de sage-femme.

UE Mémoire

Cette UE représente 4 à 6 ECTS

Le mémoire requiert une prise de distance critique de la part de l'étudiant et répond à une démarche de recherche problématisée et à des exigences d'objectivation et de conceptualisation.

Le thème est en lien avec la maïeutique, dans le domaine de la périnatalité, de la santé génésique des femmes, pouvant aborder notamment les aspects médicaux, sociaux, psychologiques, juridiques, déontologiques, éthiques, anthropologiques ou historiques. Il s'appuie sur les méthodes et les outils de recherche enseignés.

Objectifs généraux :

Former de futurs professionnels capables :

- d'adopter une attitude réflexive par rapport à leur pratique et leur développement professionnel afin de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins ainsi qu'à l'évolution de la profession ;
- de mettre en place une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles ;
- de fonder leur pratique sur des données probantes.

Objectifs spécifiques du mémoire :

L'élaboration du mémoire vise à développer plusieurs capacités :

- identifier une question pertinente à l'exercice professionnel,
 - situer cette question dans son contexte,
 - conduire une démarche méthodique d'investigation, à l'aide d'outils d'étude et de recherche,
 - analyser les informations recueillies,
 - élaborer des solutions ou des préconisations,
 - formaliser une production écrite et la soutenir oralement ;
- Un mémoire bibliographique fondé sur une analyse critique de la littérature, présentant, par exemple, une recherche fondamentale ou un ou plusieurs cas cliniques ;

- Un mémoire historique consacré, par exemple, à l'histoire d'une pratique professionnelle, de l'évolution d'un courant d'idées, d'une technique diagnostique ou thérapeutique ;
- Un mémoire d'introspection : réflexion sur un vécu s'appuyant sur une recherche bibliographique pour effectuer une auto-analyse ;
- Une analyse de pratiques professionnelles ;
- Un mémoire d'apprentissage à la recherche biomédicale ou en santé publique au sens large (éthique, sociologie, psychologie, etc.) comprenant la rédaction d'un protocole de recherche clinique ou d'une action de santé publique. Il entre alors dans le cadre du parcours recherche.

Le dispositif pédagogique concourant à la réalisation du mémoire comprend :

- La mise en place de groupes d'émergence de thème ;
- La validation du thème et de la méthodologie de l'étude par l'équipe pédagogique ;
- La mise à disposition d'un guide de rédaction précisant notamment le format de présentation et le contenu scientifique ;
- Un soutien méthodologique pour la mise en place du projet du mémoire ;
- Un soutien méthodologique pour la rédaction du mémoire.

Pour chaque mémoire est constitué un comité scientifique qui comprend au minimum :

- Le responsable de la structure ou son représentant ;
- Deux sages-femmes de l'équipe pédagogique ;
- Un expert sur la méthodologie envisagée.

Le comité scientifique propose le sujet du mémoire (problématique, méthodologie employée, faisabilité du sujet, calendrier de travail, etc.) qui est approuvé par le responsable de la structure.

La soutenance comprend un temps de présentation de son travail par l'étudiant et un temps de réponses aux questions et d'échanges avec le jury.

L'évaluation porte à la fois sur le contenu écrit et la soutenance.

Titre et Résumé

Le déni de grossesse est un symptôme qui se caractérise par la non reconnaissance de la grossesse par la femme et son entourage. Sa fréquence est estimée à 1 cas sur 500 accouchements. Il a pour effet des risques de morbidité et mortalité infantile dont le néonaticide. Certaines de ces femmes/adolescentes peuvent être des victimes de violences conjugales, de violences sexuelles telles que l'inceste pour lesquelles des mesures de protection doivent être mises en place. Les sages-femmes ont un rôle fondamental dans cette prise en charge. Notre étude, réalisée au moyen d'entretiens semi-directifs auprès des sages-femmes des hôpitaux Jean Verdier et Lariboisière, a cherché à connaître les savoirs des sages-femmes sur le déni de grossesse, leurs ressentis et leurs prises en charge. La complexité d'établir le diagnostic, de dépister l'inceste et d'autres violences, de prévenir le néonaticide sont les principales difficultés révélées par nos résultats. Il est indispensable de mettre en place une formation le plus rapidement possible afin d'améliorer la prise en charge de ces femmes très vulnérables.

Mots-clés : déni, grossesse non désirée, profession de sage-femme, gestion des soins aux patients, infanticide, femmes victimes de violences, inceste

Title and Abstract

Pregnancy denial is a symptom, which is characterized by the non-recognition of pregnancy by woman and her entourage. The frequency is estimated at one case of pregnancy denial in 500 births. The consequences of pregnancy denial are the risks of neonatal morbidity and mortality, in particular the risk of neonaticide. Some of these women/teenagers may be survivors of domestic violence, sexual abuses in childhood like incest that need to make decision of protective measures. Midwives are playing a major role in setting up those. Our study was conducted with semi-directive interviews of midwives in Jean Verdier and Lariboisière maternity hospitals. The purpose was to explore the midwife s' knowledge about pregnancy denial issues, their feelings of how to face and to offer a follow up. The complexity of making a diagnosis, screening incest and other violence and preventing neonaticide are the main difficulties revealed by our results. It is vital to set up training as soon as possible for improving the management of these very vulnerable women.

Keywords: denial, pregnancy, unwanted, midwifery, patient care management, infanticide, battered women, incest.