



HAL
open science

Déni de grossesse : quelle prise en charge pour les patientes ?

Angélique Loudenot

► **To cite this version:**

Angélique Loudenot. Déni de grossesse : quelle prise en charge pour les patientes ?. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01394055

HAL Id: dumas-01394055

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01394055>

Submitted on 8 Nov 2016

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.

ACADEMIE DE PARIS
ECOLE DE SAGES-FEMMES SAINT ANTOINE
UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE-FACULTE DE
MEDECINE
MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

DENI DE GROSSESSE

Quelle prise en charge pour les patientes ?

LOUDENOT Angélique

Née le 03 octobre 1992 à Meaux (77)

Nationalité : Française

Directeur de mémoire : **Ahmed TIGAIZIN**

Année universitaire 2015-2016

ACADEMIE DE PARIS
ECOLE DE SAGES-FEMMES SAINT ANTOINE
UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE-FACULTE DE
MEDECINE
MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

DENI DE GROSSESSE

Quelle prise en charge pour les patientes ?

LOUDENOT Angélique

Née le 03 octobre 1992 à Meaux (77)

Nationalité : Française

Directeur de mémoire : **Ahmed TIGAIZIN**

Année universitaire 2015-2016

Remerciements

A Ahmed Tigaizin, mon directeur de mémoire, sans qui ce mémoire n'aurait pu aboutir. Merci pour sa présence, son investissement, son soutien, et ses encouragements tout au long de ce projet.

Aux femmes ayant donné de leur temps pour me rencontrer, et ayant permis de mener à bien ce mémoire.

A Mehrnoosh Yazdanbakhsh, et à Caroline Franz, pour leur gentillesse et leur aide à tout moment.

A mes parents, mes frères et mes belles-sœurs, pour avoir toujours su me tirer vers le haut, pour m'avoir fait confiance, pour m'avoir soutenu et encouragé sans cesse.

A Josselin, pour avoir toujours été présent, et pour avoir toujours trouver les mots justes.

A Samantha, Giulia, Julie pour toutes ces années passées ensemble.

A mes amis, qui m'ont permis de mener à bien ce mémoire et qui ont toujours été là pour moi.

A toutes les sages-femmes enseignantes de l'école Saint-Antoine pour leur disponibilité.

Table des matières

PREAMBULE.....	1
PREMIERE PARTIE.....	2
INTRODUCTION	3
I – LE DENI DE GROSSESSE	4
1.1 – L’historique du déni de grossesse	4
1.2 – Les principales études sur le déni de grossesse.	5
1.3 – Aspect physique et psychique du déni de grossesse.	6
1.3.1 – Aspect physique.....	6
1.3.2 – Lien entre les étapes psychologiques d’une grossesse connue et le déni.	8
1.4 – La découverte de la grossesse.	9
II – LA PRISE EN CHARGE D’UNE FEMME EN DEMANDE	11
2.1 – L’annonce anténatale	12
2.2 – La prise en charge habituelle d’une grossesse.	13
2.3 – L’accompagnement d’une grossesse déniée.	13
2.4 – La prise en charge de l’accouchement d’une grossesse normale.....	14
2.5 – L’accompagnement de l’accouchement d’une femme en déni.....	14
2.6 – Une relation mère – enfant fragilisée ?	15
DEUXIEME PARTIE	16
I – PRESENTATION DE L’ETUDE.....	17
1.1 – Objectifs de l’étude	17
1.2 – Hypothèse(s)	17

II – METHODOLOGIE.....	17
2.1 – Nature de l'étude.....	17
2.2 – Outil de l'enquête.....	17
2.3 – Population de l'étude	18
2.4 – Lieux de l'enquête.....	19
2.5 – Durée de l'enquête.	19
2.6 – Modalités de l'enquête.....	19
III – PRESENTATION DES RESULTATS.	20
3.1 – Description et caractéristiques de la population.	20
3.1.1 – Généralités :.....	20
3.1.1.2 – La méthode contraceptive	21
3.2 – Les besoins et les ressentis des femmes face à l'annonce :	23
3.3 – Les besoins et les ressentis face au suivi de grossesse.....	25
3.4 – Les besoins et les ressentis face à l'accouchement.	27
3.5 – La prise en charge des professionnels à l'annonce de la grossesse	28
3.6 – La prise en charge des professionnels face au suivi de grossesse.....	29
3.7 – La prise en charge des professionnels à l'accouchement.....	30
3.8 – La mise en place de la relation mère/enfant.....	32
TROISIEME PARTIE	34
I – Discussion.....	35
1.1 – Discussion méthodologique : limites et avantages.	35
1.1.1 – Les limites et difficultés de l'étude.....	35
1.1.2 – Les points forts de cette étude.	36
1.2 – Discussion & analyse des résultats	37
1.2.1 – Profils des femmes.....	37
1.2.2 – Validité des hypothèses.	38

II – Propositions.....	43
2.1 - Vers une prise en charge des femmes déniaient leur grossesse.....	43
2.2 - Pour tous les professionnels de la périnatalité.....	47
2.3 - Favoriser le soutien et la reconnaissance des femmes déniaient leur grossesse.....	49
CONCLUSION	50
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	53
BIBLIOGRAPHIES	56
ANNEXES	58
GLOSSAIRE	77

PREAMBULE

Le déni de grossesse est un évènement auquel chacun des professionnels de santé de périnatalité sera confronté un jour ou l'autre. Il représente un à trois cas pour mille naissances, ce qui en fait un évènement fréquent. En France, le déni de grossesse représente 800 à 2400 cas par an [1]. En effet, pour avoir un ordre d'idée, le risque de la trisomie vingt-et-un est d'environ 1 sur 700, fausses couches spontanées incluses.

Il existe des articles professionnels datant du XVIIème siècle qui mentionnaient déjà la notion du déni de grossesse, mais qui le désignaient comme méconnaissance de la grossesse, donc une non-représentation de celle-ci [1]. Aujourd'hui, cet évènement reste peu connu, et c'est pourquoi j'ai eu envie d'y consacrer mon mémoire de fin d'études.

Les différents stages réalisés au cours des études de sage-femme m'ont permis de m'intéresser plus à cet évènement. Certaines femmes n'ont pu concevoir, dans leur esprit, un fœtus en devenir, contrairement au déroulement d'une grossesse connue. Un déni de grossesse malmène donc tout le cheminement psychologique menant à l'acceptation de l'enfant et à sa représentation aussi bien physique que psychique [3]. C'est un évènement traumatisant pour la femme, quel que soit le moment de la levée du déni.

A partir de mon expérience personnelle, j'ai pu m'apercevoir que les professionnels de santé du domaine périnatal, à savoir des obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, infirmières, et auxiliaires de puériculture, sont pris au dépourvu lors de l'annonce de la grossesse qui était jusque-là méconnue, ou bien lors de la prise en charge de celle-ci. Aux vues des difficultés qu'ils rencontrent, nous pouvons nous demander comment accompagner et prendre en charge au mieux les femmes déniaient leur grossesse à partir de leur propre point de vue. Nous allons donc, à travers ce mémoire, tenter d'identifier les différentes prises en charge de ces femmes, et tenter de permettre aux professionnels de santé de reconnaître le déni de grossesse donc de soutenir les femmes et s'adapter à leurs besoins. Pour cela, nous définirons en première partie le déni de grossesse et sa prise en charge. Dans une seconde partie, nous présenterons l'étude et ses résultats, avant de les analyser et de les discuter.

PREMIERE PARTIE

La découverte du déni de grossesse et la prise en charge d'une femme.

INTRODUCTION

Comment une femme pourrait-elle ne pas prendre conscience de son état de grossesse ? Cette question interpelle toute personne. Depuis le XVIIème siècle, cette question a traversé les siècles, les termes utilisés étant différents selon les époques.

Le déni de grossesse est fréquemment assimilé à un trouble psychologique, ou bien à une grossesse cachée. Afin, de lever toute ambiguïté, il est nécessaire d'utiliser une définition précise pour cette situation spécifique. Le déni est la « non reconnaissance d'une grossesse au-delà du premier trimestre de grossesse et qui peut se prolonger jusqu'à l'accouchement et recouvrir ce dernier » [4]. Il y a différentes formes de déni de grossesse, allant de la découverte d'un fœtus pendant la grossesse, à la découverte du nouveau-né lors de l'accouchement, mais le déni peut également recouvrir l'accouchement.

Cet évènement, incompréhensible pour beaucoup de professionnels de santé, laisse donc des questions en suspens quant au vécu de la femme et à ses besoins immédiats. Nous comprenons donc que la femme se trouve à un moment où sa fragilité psychique atteint un niveau important et où l'équipe de professionnels de santé devrait réussir à instaurer une relation de confiance, et assurer une prise en charge non agressive psychologiquement et physiquement.

Afin d'en comprendre davantage sur cet évènement, il est nécessaire de nous informer sur le côté historique du sujet, d'en étudier les avancements.

I – LE DENI DE GROSSESSE

1.1 – L’historique du déni de grossesse

Au XVII^{ème} siècle, le déni de grossesse était déjà connu. Des articles de cette époque évoquaient une méconnaissance de la grossesse, c’est-à-dire une femme qui ne se reconnaissait pas enceinte [1]. La grossesse n’était pas dissimulée sciemment. Cependant, des amalgames entre ces deux phénomènes avaient lieu. Par la suite, le gynécologue François Mauriceau explique que des saignements menstruels sont présents lors d’une grossesse méconnue. Louis-Victor Macé, quant à lui, distingue clairement les grossesses cachées des grossesses ignorées, et décrit des cas cliniques dans son ouvrage. A cette époque, il assimile ces grossesses à une pathologie mentale constamment, telle que la psychose [5]. Ensuite, selon Ambroise Tardieu, il est nécessaire de remettre en cause les femmes en affirmant qu’elles dissimulent leur grossesse, et en sont donc conscientes : ce ne sont que des grossesses cachées. Enfin, en 1898, George Milbry Gould utilise le terme de grossesse inconsciente et mènera une enquête sur douze cas, qui lui permettra de conclure que les femmes sont « exemptes de pathologies mentales ». Pour finir, Hélène Deutsch, en 1949, décrit et observe des cas cliniques de déni, mais ne fera pas de conclusion quant à ses observations. L’utilisation du terme de déni de grossesse date de 1976, et apparaît dans la littérature psychiatrique (Bécache 1976) [6].

Le déni de grossesse est alors un sujet controversé, définit différemment par les auteurs. Certains le pensent lié à des pathologies psychiatriques comme Slayton ou Bécache, d’autres affirment que les femmes se savaient enceintes donc que la grossesse est dissimulée comme Brezinka ou Milstein. Enfin, certains annoncent qu’il est possible de faire un déni de grossesse sans aucun facteur de risque particulier, comme Berns, Finnegan ou bien Milstein. [6] [7] [8] [9] [10].

Au cours des dernières décennies, des études ont été menées et continuent de mettre en opposition différentes hypothèses. A partir des années 1980 et 1990, Berns, Finnegan, Milstein et Strauss rapportent des études de cas où le déni de grossesse semble être un événement isolé de tout autre antécédent psychiatrique [9]. En 1991, Laura J. Miller et Coll. différencient le déni de grossesse psychotique et non psychotique [11]. En 2006, Klaus Beier et Coll expliquent que le déni de grossesse est un mécanisme de défense archaïque. C’est un mécanisme de défense et une grande ambivalence à l’égard de la grossesse [12].

Ainsi, selon de nombreux auteurs, le déni de grossesse n'est pas lié à des troubles psychiatriques importants, mais est reconnu comme un évènement qui n'est pas dissimulé désormais. Aucune relation systématique avec des troubles psychiques n'a été prouvée puisque de nombreux cas sans trouble psychiatrique ont été décrits et observés. Ces multiples travaux ont donc permis entre autre la création de l'Association Française de Reconnaissance du Déni de Grossesse ou AFRDG en 2004 avec le premier colloque français concernant ce sujet sous la direction d'un médecin de santé publique. C'est donc un véritable enjeu de santé publique, concernant la femme ainsi que l'enfant [13].

Nous allons, par la suite, faire un point sur les études les plus importantes qui ont été réalisées dans les dernières décennies. Celles-ci nous permettront d'avoir un aperçu global du déni de grossesse et de savoir s'il existe des relations entre ces femmes déniaient leur grossesse.

1.2 – Les principales études sur le déni de grossesse.

Les principales études recherchent la fréquence des cas de dénis de grossesse, représentée dans le tableau 1 annexé [14].

Nous remarquons que la proportion de cas de dénis de grossesse partiels est plus importante. Il concerne donc 1 grossesse sur 475, contre 1 grossesse sur 2500 pour un déni total.

Selon l'étude de Brezinka, une étude autrichienne menée par des psychiatres de 1987 à 1990, il est décrit 27 femmes ayant fait un déni de grossesse, dont la situation a été étudiée. 20 femmes ont alors présenté des états de choc, d'insécurité, de peur et des «*sentiments dépressifs pour une courte période*» [7].

L'étude de Pierrone, menée sur 7 ans, a été réalisée dans les maternités de Denain et Valenciennes. Elle a permis de faire émerger 56 cas de déni de grossesse sur 2550 grossesses. Selon cette étude, les cas de déni partiel et de déni total sont quasiment à égalité. De plus, il a remarqué que des femmes de tous milieux sociaux y sont confrontées. A noter que près de la moitié de ces femmes sont multipares. De plus, il a été montré que les pères étaient présents dans 86% des grossesses découvertes à l'accouchement, et dans 50% lors de la levée d'un déni de grossesse partiel [16].

L'étude prospective de Wessel, qui a duré 1 an dans les maternités de Berlin et des alentours, a permis de valider les fréquences d'autres études, c'est-à-dire 1 cas pour 475 grossesses pour les dénis partiels et 1 cas pour 2455 pour les dénis totaux. 62 femmes ont dénié leur grossesse mais aucune caractéristique spécifique n'a été retrouvée [17].

L'étude de Friedman a distingué les grossesses cachées des grossesses déniées (au nombre de 61). Son étude n'a pas permis d'associer un profil à ces femmes, puisque les résultats sont en discordance avec l'étude de Wessel. Cependant, les résultats obtenus montrent que les femmes concernées ne vivent pas seules pour la majorité d'entre elles : 46% vivent avec leur mère, 20% vivent seules et 13% avec leur conjoint [17] [18].

Ainsi, concernant les caractéristiques des femmes, il n'y a aucun milieu social qui soit épargné. Ni la parité, ni l'âge (allant de 15 ans à 44 ans, et dont la moyenne est de 27 ans), ni la situation maritale n'interviennent et ne constituent des facteurs de « risque ». Les femmes ont, en règle générale, un emploi stable, et ont fait des études supérieures et n'ont pas de pathologie particulière, que ce soit au niveau physique ou psychique. Les données épidémiologiques ne montrent aucune caractéristique spécifique : les auteurs concluent donc qu'il n'y a pas de profil « type » de femme pouvant faire craindre un déni de grossesse. De plus, il est important de notifier que dans 95% des cas, les femmes n'ont aucun trouble mental, ni d'antécédent psychiatrique rapportés [1] [19] [20].

Comme évoqué précédemment, aucun signe précurseur ne peut nous faire envisager que la femme dénie sa grossesse. Comment est-ce possible ? N'y a-t-il pas de maux sympathiques de grossesse ? Il est nécessaire de relever les différentes possibilités de découverte de la grossesse afin de pouvoir répondre à l'attente des femmes concernant leur accompagnement.

1.3 – Aspect physique et psychique du déni de grossesse.

1.3.1 – Aspect physique.

Comme évoqué précédemment, le déni de grossesse représente la « non reconnaissance d'une grossesse au-delà du premier trimestre de grossesse et qui peut se prolonger jusqu'à l'accouchement et recouvrir ce dernier » [4]. Il se définit donc comme le fait pour une femme enceinte de ne pas se reconnaître comme tel, de ne pas être consciente de son état. Il faut donc différencier le déni de grossesse d'une grossesse cachée, laquelle est dissimulée sciemment par la femme enceinte [21].

Plusieurs formes sont alors décrites, comme le sous-entend la définition. Tout d'abord, il y a le déni de grossesse partiel. Dans ce cas, la découverte de la grossesse se fait au cours de la grossesse, donc avant l'accouchement, et ce déni partiel concerne trois quarts des femmes. Puis, le déni de grossesse total, où la femme n'a pas conscience de son état de grossesse, et ce, jusqu'à l'accouchement même [22].

Beaucoup se demanderont comment font ces femmes pour ne pas se reconnaître comme étant enceintes. Il n'y a pas de signes sympathiques de la grossesse, ou du moins, ils ne sont pas reconnus comme tels. 46% des femmes ont des saignements régulièrement, celles-ci pouvant aller jusqu'à un stade très avancé de la grossesse : certaines continuent de prendre une contraception orale (environ 15%) d'où les saignements réguliers. D'autres n'ont aucune contraception, mais trouvent des explications les confortant (leurs menstruations sont irrégulières) [14]. Pour beaucoup de femmes, elles ne sentent pas le fœtus se mouvoir : certaines évoqueront des troubles digestifs et trouveront une possible cause à ce symptôme ; cependant un pourcentage important de déni partiel se lève suite à la perception des mouvements fœtaux. Les états nauséux du début de grossesse, les vomissements peuvent être présents, mais selon la femme, des causes sont supposées : des aliments non frais, une fatigue depuis ces derniers temps. En effet, ces maux sympathiques de la grossesse n'appartiennent pas qu'à la grossesse. Un diagnostic de grossesse ne peut être posé seulement sur la venue de nausée, ou bien d'un trouble digestif. Chacun des symptômes précédemment décrits peut être le résultat du mode de vie de la femme (asthénie, aliments...). Ainsi, le déni de grossesse est « contagieux » et cet état de non-conscience ne concerne pas seulement la femme mais aussi l'entourage proche, le médecin de famille, le conjoint, aucune de ces personnes ne s'aperçoit d'une éventuelle grossesse [16]. Environ 38% de ces femmes ont consulté un médecin généraliste au cours de la grossesse ignorée, qui n'a pas fait le diagnostic de la grossesse. Enfin, la prise de poids reste fréquemment modérée et expliquée par la femme [12].

Ainsi, le mécanisme du déni de grossesse amène à la négation, au déni, à la banalisation ou à la rationalisation des signes subjectifs et inconstants de la grossesse. Mais pour comprendre ce phénomène, il faut revenir sur les étapes psychologiques et physiques de la grossesse.

1.3.2 – Lien entre les étapes psychologiques d'une grossesse connue et le déni.

Pour faire un lien entre un déni de grossesse et une grossesse souhaitée, il est nécessaire de se remémorer les évènements psychologiques qui ont lieu durant une grossesse. C'est une période de fragilité psychologique. En effet, trois étapes dans la construction psychologique de la grossesse sont à décrire.

Tout d'abord, le premier trimestre est l'ouverture de la femme sur un état d'être enceinte. Elle accepte cet évènement, mais ne se représente pas encore le fœtus, ne l'assimile pas comme un être. C'est l'état de grossesse qui l'interpelle. La grossesse propulse la parturiente vers ses origines et fait des liens avec des modes de fonctionnement qui lui ont été transmis inconsciemment [23].

Puis, le second trimestre permet à la femme de se représenter l'enfant et d'être dans un état d'attente, avec désormais l'échographie. Ceci entraîne un lien fantasmatique et un lien imaginaire de liaison avec l'enfant. La femme enceinte peut alors inscrire son fœtus dans la lignée familiale et le reconnaître comme en faisant partie intégralement.

Enfin, le dernier trimestre est destiné à l'attente de l'enfant dans une représentation de son altérité, qui sous-tend des représentations de séparation. La femme se prépare à celle-ci grâce aux différents rythmes de vie entre elle et le fœtus. Fréquemment, le fœtus bouge lorsque la femme est calme [24].

Ainsi, il est compréhensible que chaque période de la grossesse soit à risque lors d'une grossesse connue. Si une des étapes ne s'est pas correctement passée, alors il se peut qu'il y ait des retentissements psychologiques sur la grossesse, voir après l'accouchement. Il pourrait y avoir une non-reconnaissance de l'altérité de l'enfant c'est-à-dire quand l'image de séparation entre la mère et le fœtus n'a pas pu se faire, ce qui entraîne un état de choc, d'angoisse, un désintéressement du nouveau-né par sa mère, une altération du lien mère-enfant surtout quand il y a une faille dans la seconde représentation au deuxième trimestre [25].

Le déni de grossesse ne permet aucun voyage émotionnel de la femme autour de l'arrivée de l'enfant, et est un trouble grave de la représentation. En effet, si ce voyage n'est pas possible, alors rien ne permet le temps de construction d'un lien avec le fœtus, et la parturiente ne pourra donc pas reconnaître le fœtus comme faisant partie de la lignée familiale. C'est une altération de la représentation de l'enfant, donc une inexistence de la grossesse psychique dans la majorité des cas. Il n'y a pas de préoccupation parentale. Dans ce

cas, nous pourrions parler de « prématurité psychique » comme le réfère Sophie Marinopoulos [21], et donc de grossesse à risque puisque le voyage émotionnel et psychique est écourté. Cela nous amène donc à penser que l'interruption temporaire psychique de la grossesse est un risque majeur pour l'enfant à naître, et également un risque de décompensation psychologique de la mère [23] [24] [25] [26].

1.4 – La découverte de la grossesse.

En règle générale, 45% des femmes faisant un déni de grossesse consultent pour des symptômes répétés et incessants, en allant chez leur médecin généraliste, aux urgences gynécologiques, voire générales. Les symptômes ont de nombreuses origines et peuvent être divers : douleurs abdominales répétées qui seraient des contractions utérines, métrorragies, douleurs lombaires, voir des signes de pré-éclampsie avec toutes ses complications dans des cas extrêmes [14] [27].

Fréquemment, ces grossesses non attendues sont authentifiées comme des grossesses non déclarées et non suivies [14]. Ainsi, un déni de grossesse, donc sans suivi médical adapté, peut engendrer une grossesse à risque aussi bien pour la mère que pour le fœtus. Ceux-ci concernent le domaine médical, psychologique, allant d'une normalité à une pathologie gravissime. Aucun suivi n'a été réalisé, ce qui signifie qu'aucun examen n'est à jour, qu'aucune information concernant le fœtus n'est connue. Tout ceci laisse entendre que la découverte de la grossesse peu importe le terme de celle-ci peut fortement faire culpabiliser la mère quant à son mode de vie jusqu'au jour de la découverte. Pour ces femmes, la prise en charge doit être spécifique et non invasive.

Fréquemment, l'annonce d'une grossesse se fait par le médecin généraliste, consulté pour des symptômes courants de la vie quotidienne, ou bien à l'hôpital lors d'une consultation aux urgences, après avoir réalisé des examens complémentaires tels que des prélèvements sanguins de béta-hCG, échographie, test urinaire [14]... Plus rarement, la découverte a lieu lors de l'accouchement imminent de la femme. Les mots employés diffèrent selon la situation et les professionnels de santé, mais cherchent, fréquemment, à intégrer la femme à une réalité qu'elle n'a pas pu choisir de son plein gré. Ces derniers, pris au dépourvu, n'ont d'autres réactions que d'ancrer cette femme dans la réalité : « vous êtes enceintes de 6 mois » ou « vous êtes sur le point d'accoucher », et de venir observer la femme, surtout lors d'un accouchement imminent. Ainsi, le nombre de personnes normalement présents ; c'est-à-dire deux personnes dont la sage-femme, se multiplie rapidement. Nous comprenons donc qu'il

est nécessaire d'employer des mots adaptés, recherchés afin de déculpabiliser la femme et de l'amener à accepter cet état nouveau. [30]

Ainsi, les femmes ont besoin d'échanger sur cet évènement, que ce soit lors de la grossesse au moment du levé du déni, ou après l'accouchement. La plupart des personnes, dans une situation comme le déni de grossesse, ont un besoin important de partager leurs sentiments, leurs appréhensions, leurs angoisses, et de comprendre les évènements vécus. Elles ont besoin de discuter, d'être interrogées, et, en tant que professionnel de santé, cela permet de vérifier que le fait d'avoir passé sous silence la grossesse n'est pas un symptôme d'une maladie mentale et n'engendrera pas de décompensation de celle-ci. Dans d'autres cas, il est nécessaire de proposer un espace restreint et rassurant [22]. Il est important que les professionnels de santé n'émettent aucun jugement de valeur, ce qui n'est actuellement pas le cas. Bien souvent, la femme est dans un état de panique, de sidération, voire d'incompréhension après l'accouchement, puis il y a un état de culpabilité, se basant sur le mode de vie avant l'accouchement, et surtout la non-reconnaissance du fœtus. Elles se sentent dans un état de « tentative de survie », abandonnée par leur propre corps. [21] [30]

Il convient alors de faire un point sur l'accompagnement d'une personne afin de prévenir au maximum toute décompensation ou tout risque pour la mère ou le futur nouveau-né. La prévention par l'accompagnement, la prise en charge est alors un point clé, en ce qui concerne le déni de grossesse.

II – LA PRISE EN CHARGE D’UNE FEMME EN DEMANDE

La nécessité d’adapter ses perspectives d’accompagnement est indéniable. Tout être est singulier, d’où la nécessité de prendre en compte les variables entre les personnes, comme leurs besoins, leurs ressentis. [34]. La prise en charge d’une patiente concerne aussi bien le profil physique, psychique que social [42]. Nous comprenons donc que la prise en charge est un tout qui englobe particulièrement la notion d’accompagnement.

Certaines définitions sont alors nécessaires afin d’aborder ce chapitre :

- ❖ L’accompagnement, c’est « un accompagnement dans la situation existentielle momentanément donnée, un accompagnement qui entend assurer une présence pour encourager la persévérance au sein de tel ou tel type d’activité, de tel ou tel statut, dans la mesure où ce statut ou cette activité sont menacés de précarité, voire de disparition » [33]. En outre, cette définition explique que l’on se soucie de l’autonomie de la personne adulte, laquelle doit être respectée
- ❖ Le besoin recouvre l’ensemble de tout ce qui apparaît « être nécessaire » à un être, qu’il soit conscient ou non.
- ❖ Enfin, le ressenti, c’est éprouver vivement dans son esprit l’effet d’une cause extérieure (chagrin, émotion, peine, tristesse, plaisir ou autre).

Ainsi, la communication constitue un outil des plus importants et passe, évidemment, par le langage, mais également par la gestuelle physique, par le regard. Il est possible d’établir un contact physique ou visuel afin de créer une réassurance de la patiente. Cependant, chaque personne est unique, d’où la nécessité d’apprendre à ressentir les besoins d’une personne. Certaines femmes n’auront, au contraire, aucun besoin physique [36].

En effet, les relations humaines sont compliquées : chaque personne doit trouver sa place dans le rapport à l’autre. De plus, il est nécessaire de comprendre que les réactions des interlocuteurs dépendent des effets que peuvent produire leurs passés sur eux (des effets plus ou moins positifs), de l’influence du lieu (un lieu calme, propice aux échanges ou au contraire bruyant, peu sécurisant), du moment de l’évènement, de l’image sociale, ainsi que du niveau de maturité affective, psychologique et culturelle. Les relations humaines sont donc modifiées par de nombreux critères [37] [38]. En tant que professionnels de santé, il faut donc prendre en compte tous ces marqueurs et faire au mieux pour réunir les critères les plus positifs afin d’entrer dans une relation de confiance mutuelle.

En résumé, il est nécessaire selon le cas de déni de grossesse, qu'il soit partiel ou total, de conserver la bienveillance que tout praticien doit avoir envers ses patients.

Ces notions sont prioritaires, et se recoupent, puisqu'elles constituent des points essentiels pour réaliser une prise en charge optimale d'une femme déniait sa grossesse. Que ce soit au moment de l'annonce, au moment du suivi de grossesse, ou bien à l'accouchement, les professionnels de santé se doivent de prendre en compte ces variables, qui constituent une personne unique.

2.1 – L'annonce anténatale

Les annonces anténatales sont inévitables, et bien évidemment elles concernent également le déni de grossesse, puisque, dans la majorité des cas, celui-ci est levé au décours de la grossesse. Elles représentent un important choc émotionnel, un ressenti très intense, à prendre en considération.

Initialement, ces annonces sont normalement liées à la surveillance organisée des grossesses dont le bénéfice maternel et fœtal est indéniable en termes de sécurité et de qualité des soins. Cependant, le cas d'une femme déniait sa grossesse est particulier puisqu'elle n'est pas suivie. Dans un cas, l'annonce concernera des pathologies rencontrées lors du suivi de la grossesse, et dans l'autre cas, l'annonce ne se basera que sur la présence inattendue d'un fœtus [35]. Comment annoncer à une femme qu'elle est enceinte ? Comment savoir si la femme est prête à accueillir un enfant ? Il n'y a plus de possibilité de réaliser l'interruption volontaire de grossesse.

En outre, la plupart des professionnels de santé ne savent pas comment réagir pour prendre en charge ces femmes déniait leur grossesse, ne s'y attendant pas. Il s'agit avant tout d'apprendre à communiquer, de considérer l'interlocuteur comme prioritaire sur l'information à délivrer. Ce sont des évènements qui nécessitent une présence indéniable des professionnels de santé auprès de la patiente, et donc du temps à consacrer à celle-ci.

Ainsi, l'annonce d'une information, peu importe son importance, dépend en quasi-totalité du contexte, et de la façon dont celle-ci est transmise par le professionnel. Toute personne a besoin d'une phase de préparation psychologique : il faut qu'elle prenne conscience de ce qu'il se passe, puis l'orienter avec des mots sérieux, choisis, mais rassurants [35]. Il est nécessaire de mettre en place un lien de confiance, et ceci en créant un lieu calme, préservé, propice à un échange en toute sécurité entre la femme et le professionnel [35].

2.2 – La prise en charge habituelle d’une grossesse.

Afin de réaliser un lien avec les risques engendrés par la découverte inopinée d’une grossesse tardive, faire un point sur le déroulement habituel d’une grossesse semble être un point primordial.

Premièrement, il existe actuellement 7 consultations médicales obligatoires. Celles-ci peuvent être pratiquées soit par un médecin, soit par une sage-femme. Une consultation de pré-anesthésie est également à faire. 3 échographies au rythme d’une par trimestre sont proposées. De plus, 8 séances de préparation à la naissance peuvent être organisées. Ces dernières sont réalisées par une sage-femme et comprennent l’entretien prénatal précoce. Enfin, des examens biologiques obligatoires sont nécessaires pour suivre l’évolution fœtale. Tout ceci vise à améliorer la santé, la qualité d’accès aux soins et la qualité de prise en charge par le système de santé afin d’adapter le suivi en conséquence [44].

2.3 – L’accompagnement d’une grossesse déniée.

La découverte d’un enfant inattendu propulse la femme dans un état psychologique d’incompréhension. Les effets produits sur les femmes et les professionnels de santé sont loin d’être anodins. Une confusion peut alors apparaître à la femme : non-conscience de l’état de grossesse, refus de celle-ci ou refus de l’enfant. L’enjeu est majeur, car l’absence de connaissance du déni de grossesse rend la tâche difficile à ceux qui accueillent et accompagnent les enfants, les mères touchés par le déni [43].

Comme le souligne Michel Libert, « Le premier risque, pour ces dénis partiels, est de banaliser en faisant comme si ces patientes avaient rejoint la trajectoire « normale » de la grossesse consciente ». C’est à ce moment que le suivi de grossesse organisé par les professionnels de santé doit être bien pensé et doit s’adapter à la patiente. Une intrusion de leur part, c’est-à-dire demander à une femme de se faire suivre correctement, d’introduire des consultations et des examens supplémentaires, reviendraient à leur demander des « comptes ». Cela ne permet, à priori, pas un déroulement optimal de la suite de la grossesse [43].

Nous comprenons donc que les difficultés sont en premier lieu d’ordre psychologique, et d’autant plus importantes lors de l’accouchement.

2.4 – La prise en charge de l'accouchement d'une grossesse normale.

La prise en charge du travail et de l'accouchement est réalisée par la sage-femme en dehors de toute pathologie. Cette dernière réalise une surveillance de la parturiente : clinique, para-clinique, psychologique et également de l'analgésie obstétricale. Ceci permet entre autre une surveillance accrue de l'apparition de complications gravissimes [46].

2.5 – L'accompagnement de l'accouchement d'une femme en déni.

L'accouchement est donc une période critique, dans le sens où il est à risque de décompensation. Dans certains cas, il se réalise dans la sidération, l'incompréhension, le rejet. Les professionnels se retrouvent pris au dépourvu, beaucoup d'éléments leur manquant. La prise en charge est alors plus compliquée, puisque dans l'urgence. A ce moment, les principaux risques sont donc d'ordre psychologique pour la femme. La prématurité (ainsi que les effets liés à celle-ci) ainsi que le décès néonatal (représentant un tiers des cas), ou le retard de croissance intra-utérin peuvent être retrouvés en cas de déni total [40].

Ainsi, que le déni soit partiel ou total, lorsque l'état néonatal le permet, il ne faut pas forcer à l'accouchement les liens avec le bébé. Laisser les stimulations sensorielles prendre place est essentiel. Il existe des équipes de psychopathologie périnatale dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, qui ne sont que très peu sollicités [29] [41] surtout en région parisienne (voir annexe 2).

L'accompagnement par une psychologue n'est pas toujours nécessaire. Il est probable que, la présence, la bienveillance, l'écoute d'un professionnel de santé comme la sage-femme ayant suivi le travail et/ou l'accouchement de la femme, soit considérée comme un besoin de la patiente, de même pour le conjoint de la femme. La nécessité d'une adaptation rapide aux ressentis, à l'état émotionnel de la patiente semble être un point des plus importants. En effet, Michel Libert l'énonce : « *Il est incontournable d'effectuer un travail de prise de recul par rapport à nos représentations préalables du déni, où se mêlent rationnel et irrationnel, et à ce traumatisme qui, de la mère, se propage en nous. Il nous faut dépasser une certaine paralysie de la pensée, pour retrouver des ressources efficacement thérapeutiques* » [43].

2.6 – Une relation mère – enfant fragilisée ?

Ce sont des soins psychiques, plus que physiques qui sont nécessaires à l'établissement d'un lien mère-enfant. Le post-partum est une période à risques surajoutés pour la dyade mère – nouveau-né. Nous comprenons bien que la mère n'a pas eu le temps d'investir dans cette grossesse et de se représenter psychiquement son enfant. Le choc psychologique ressenti par les femmes peut alors être très important. Le lien n'est alors pas créé, et dans certains cas, très rares, cela peut conduire à une difficulté d'établissement du lien mère-enfant, à remettre son enfant à l'adoption, à accoucher sous X, à nier totalement cette grossesse et donc à mener jusqu'au néonaticide. Dans les cas de déni de grossesse partiel, la femme, selon le terme de la révélation de la grossesse, doit s'adapter rapidement à cette découverte et n'aura pas vécu le voyage émotionnel qu'ont les femmes connaissant leur grossesse précocement [23]. Même si les professionnels ont tendance à penser que la grossesse est bien acceptée, cela représente tout de même un risque à la naissance [41]. Un suivi adapté à la femme n'est alors donc pas à « négliger » [43].

Actuellement, aucun consensus n'est affirmé concernant la difficulté éventuelle de l'établissement d'un lien mère-enfant. Les études concernant ces situations ne sont pas nombreuses, ce qui n'a pas permis d'établir des « protocoles » de prise en charge et d'accompagnement des femmes, nouveau-nés, vivants cet évènement.

Dans ce chapitre, nous avons tenté de définir le déni de grossesse ainsi que l'accompagnement, d'explicitier leurs variations de sens et leurs conséquences. Aucune étude faite à partir du point de vue subjectif des femmes n'a été réalisée pour le moment.

Si l'on considère que le déni de grossesse est une situation à risque psychologique et physique aussi bien pour la femme que pour le fœtus, alors nous devons nous demander **comment accompagner et prendre en charge au mieux les femmes déniaient leur grossesse ?**

DEUXIEME PARTIE

Etude et méthodologie

I – PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1 – Objectifs de l'étude

Nous avons vu précédemment qu'il nous semblait important d'envisager comment accompagner et prendre en charge au mieux les femmes déniaient leur grossesse. Ainsi, l'objectif principal de notre étude est **d'identifier les besoins et ressentis** des femmes déniaient leur grossesse à travers leurs attentes sur le plan psychologique et médical. L'objectif secondaire serait de rapporter **les prises en charge** réalisées par les professionnels de santé.

1.2 – Hypothèse(s)

Pour trouver les réponses à notre question de recherche, nous avons posé deux hypothèses :

- Hypothèse 1 : **les femmes n'ont pas une prise en charge adaptée de leur grossesse.**
- Hypothèse 2 : **les femmes déniaient leur grossesse expriment des ressentis, des besoins en terme de prise en charge médicale étant similaires.**

II – METHODOLOGIE

2.1 – Nature de l'étude

Il a été primordial de mener une étude qualitative multicentrique afin d'inclure le plus de cas possibles. L'enquête sous forme **d'entretiens semi-directifs** est alors apparue comme un outil adéquat à la réalisation de l'étude.

2.2 – Outil de l'enquête

Nous avons décidé d'effectuer cette enquête à l'aide **d'entretiens individuels semi-directifs**. Ainsi, les patientes ont ainsi pu s'exprimer librement, il était important qu'elles aient cette liberté d'expression et que l'on puisse analyser leurs propos par la suite.

L'implication personnelle a été primordiale. En effet, les entretiens n'ont pu être menés qu'après l'accord des coordinatrices organisationnelles, du chef de service et de la psychologue. Plusieurs rendez-vous ont été nécessaires afin de présenter l'étude à chacun des professionnels. Le temps et la volonté consacrés à ce projet ont donc été très importants.

L'élaboration de la trame d'entretien a été créée avec l'aide de différentes psychologues. En effet, cette trame d'entretien a été formulée suite à la rencontre de différentes psychologues de service. La grille d'entretien (annexe 3) est composée de 23 à 27 questions primordiales, selon le cas de déni de grossesse, pour obtenir nos résultats les plus importants ; lesquelles abordent les thèmes suivants :

- Les besoins et les ressentis des femmes à l'annonce de la grossesse, au cours du suivi de grossesse et à l'accouchement.
- La prise en charge réalisée concernant l'annonce de la grossesse, le suivi de grossesse et l'accouchement.
- L'établissement du lien mère-enfant.

Afin de respecter la neutralité des questions à poser, la trame a été testée, puis validée par chacune des psychologues de maternité que nous avons rencontrées. En effet, leur apport personnel a permis l'élaboration d'une trame d'entretien exploitable pour les femmes ayant vécu une situation de déni de grossesse.

Afin de faciliter la réception des réponses données par les femmes, nous avons pris soin de diviser la trame en plusieurs thématiques ce qui nous permet de repérer plus facilement ce qui a été oublié au cours de l'entretien et ce qui nous permet de rebondir sur ces questions auxquelles aucune réponse n'a été donnée. En effet, cette trame a été créée comme un support et non pas comme un guide à suivre, permettant aux femmes de parler librement.

2.3 – Population de l'étude

En raison de la faible prévalence du déni de grossesse, à savoir 1 à 3 cas pour 1000 grossesses, et pour être sûre de rendre l'étude dans les délais impartis, nous avons choisi des critères d'inclusion les plus larges possibles.

Voici les différents critères retenus :

- **Femmes majeures sans condition de gestité ou de parité** ce qui facilite les démarches administratives et éthiques.
- Femmes **parlant français** couramment afin que l'entretien soit compréhensible. Cela permet un dialogue efficace, dynamique.
- Femmes dont la découverte de la grossesse a été faite **au-delà de 20 SA**.
- **Entretien à réaliser quel que soit le terme de la grossesse.**

Les rencontres avec les femmes ont donc été menées entre 28 SA et après l'accouchement. Ainsi, le délai entre la découverte de la grossesse et l'entretien a été variable, entre 2 mois et 3 mois.

2.4 – Lieux de l'enquête.

L'étude que nous menons nécessite la participation de plusieurs maternités. Sur une douzaine de maternités contactées, 5 ont participé : la maternité de **Jossigny**, la maternité des **Diaconesses**, la maternité de **Trousseau**, la maternité de **Meaux**, la maternité de **Bondy**. La **Protection Maternelle et Infantile** de Meaux a également été un centre recruté.

2.5 – Durée de l'enquête.

L'étude s'est déroulée sur **7 mois** de septembre 2015 à mars 2016 afin d'avoir toutes les chances de trouver des cas de déni de grossesse.

2.6 – Modalités de l'enquête.

Les accords de la coordinatrice organisationnelle du service, du chef de service ainsi que de la psychologue de service ont été nécessaires pour lancer l'étude dans les maternités. Pour respecter les conditions d'anonymat et de secret médical, le **premier contact** auprès de la femme s'est fait oralement par le biais des **cadres de maternité**. Par la suite, des feuilles de consentement et d'informations écrites leur ont été transmises.

Secondairement, nous avons décidé, avec les maternités, de réaliser des entretiens lors des éventuels rendez-vous prévus pour ces femmes afin de leur éviter des trajets supplémentaires et ainsi d'augmenter nos chances de recrutement.

III – PRESENTATION DES RESULTATS.

Au cours de cette étude :

- **4 entretiens ont été réalisés.**
- 7 femmes n'ont pas pu être incluses
 - 3 femmes ont donné leur consentement, mais n'ont pas été rencontrées car la mise en place d'un entretien n'a pu aboutir.
 - 1 femme a été rencontrée, mais l'entretien n'a pas pu être exploitable puisqu'il s'agissait d'une dissimulation de grossesse.
 - 3 femmes n'ont pas été incluses à cause de la barrière de la langue.

Pour faciliter la lecture des résultats, les femmes seront identifiées comme « madame F1 », « madame F2 », « madame F3 » et « madame F4 ».

3.1 – Description et caractéristiques de la population.

3.1.1 – Généralités :

3.1.1.1 – L'âge des femmes :

Les patientes rencontrées ont respectivement : 24 ans, 25 ans, 30 ans et 34 ans.

La moyenne d'âge retrouvée dans cette enquête est de 28 ans et 3 mois. L'âge minimal retrouvé était de 24 ans. L'âge maximal était de 34 ans.

3.1.1.2 – L'activité professionnelle :

Parmi toutes les femmes rencontrées, toutes exercent une activité professionnelle, selon les catégories socio-professionnelles de l'INSEE : étudiante, artisan, technicienne, employé de commerce.

3.1.1.3 – Origine géographique :

2 femmes interviewées sur 4 sont françaises et les 2 autres sont d'Afrique du nord et d'Afrique subsaharienne.

3.1.1.4 – Situation maritale et d'habitation :

Parmi les 4 femmes interrogées :

- F1 habite au domicile parental avec sa fille de 5 ans. Elle est actuellement célibataire pour la grossesse déniée et n'a pas de nouvelle du procréateur.
- F2, F3, et F4 habitent en couple dans leur propre logement. F3 et F4 sont mariées. F2 vit en concubinage.

3.1.1.5 – Les antécédents obstétricaux :

	Gestité	Parité
F1	4 - 2 IVG - 1 fille de 5 ans	1
F2	4 - 3 IVG - 1 enfant après grossesse déniée	0
F3	5 - 3 garçons de 8 ans, 6 ans, 1 an. - 1 FCS	3
F4	2 - Un garçon de 9 ans	1

Pour des raisons de simplification de lecture des résultats, le tableau précédent ne prend pas en compte la grossesse déniée, qu'elle soit partielle ou totale pour la parité.

3.1.1.2 – La méthode contraceptive

La question de la contraception a été posée aux femmes afin de savoir si elle était utilisée avant la prise de conscience de leur grossesse, et également pour pouvoir obtenir des informations générales quant à leur déni de grossesse.

F1 et F2 utilisaient la contraception orale.

Selon les femmes qui prenaient la pilule, l'utilisation de celle-ci a été faite selon les recommandations : à des heures régulières, et sans oubli. L'une d'entre elles nous a fait part d'un seul et unique oubli d'un des comprimés sans avoir eu de rapport sexuel aux alentours de cet oubli. Chacune d'entre elles a, à priori, notion des risques de grossesses en cas de mauvaise observance de la contraception.

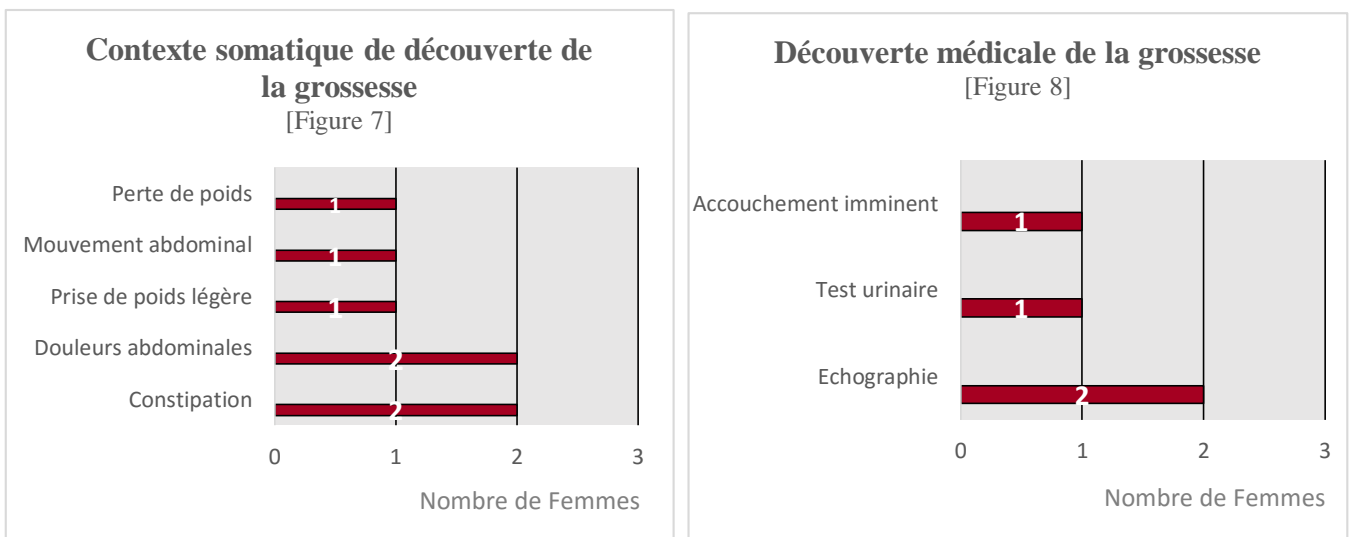
Pour les 2 autres femmes de l'étude, les moyens de contraception ont été : l'implant sous-cutané pour F4, et le dispositif intra-utérin (au cuivre) pour F3.

3.1.1.3 – Contexte du déni de grossesse

Découverte de la grossesse [Figure 6]

	<i>Terme de découverte</i>
<i>F1</i>	≅ 32 SA
<i>F2</i>	≅ 35 SA
<i>F3</i>	≅ 24 SA
<i>F4</i>	≅ Accouchement

Nous nous apercevons alors que le terme de découverte de la grossesse est tardif pour toutes les femmes interrogées. Le terme minimal étant de 24 SA (environ). Le terme maximal est à l'accouchement.



Dans la figure 7, deux symptômes physiques, que sont la constipation et les douleurs abdominales, sont récurrents. Seule F3 a signalé une perte de poids importante les mois précédents la découverte de sa grossesse ainsi qu'une sensation de mouvement abdominal (croyant que cela était ses menstruations). F1 et F4 ont signalé des douleurs abdominales. F2 et F4 rajoutent le fait d'avoir été constipées. Enfin, seule, F2 a pris du poids. Aucune n'a commenté le fait de ne plus avoir de saignements.

Dans la figure 8, nous avons pris soin de discerner la découverte de la grossesse et la découverte du terme de la grossesse. En effet, F1 a découvert sa grossesse à la suite d'un test urinaire. Ensuite, F2 a découvert sa grossesse à la suite d'une échographie obstétricale faite pour une constipation chronique. Madame F3 a réalisé un prélèvement sanguin qui s'est

révéle positif, puis elle a pris connaissance du terme de la grossesse à la suite d'une échographie. Enfin, F4 a découvert sa grossesse au moment de son accouchement.

De plus, dans ce contexte du déni de grossesse, aucune des femmes n'avait émis une pensée de grossesse. Toutes possédaient des explications diverses : absence de partenaire depuis plusieurs mois, observance de la contraception, constipation chronique.

3.2 – Les besoins et les ressentis des femmes face à l'annonce :

Nous nous sommes intéressés à connaître les besoins et les ressentis des femmes au moment de l'annonce. En effet, toutes les femmes interrogées de notre étude ont expliqué que l'annonce a été faite par un professionnel de santé à savoir : échographiste, gynécologue obstétricien et sage-femme. De même, elles ont toutes évoqué l'état de choc qui les a envahi à ce moment-ci et y compris, l'impossibilité de se penser enceinte. Par ailleurs, deux femmes ont également bénéficié des examens complémentaires pour le diagnostic de grossesse.

En matière du suivi médical et d'accompagnement de la femme plusieurs éléments ont été mis en évidence :

❖ Examens complémentaires :

L'échographie obstétricale a été priorisée par la majorité de notre population interviewée. En ce sens Madame F1 a expliqué que *« on pourrait [lui] faire plus d'échographies et me proposer des trucs »*, également madame F2 a souhaité *« quelques jours où [elle] aurait pu réfléchir et réaliser que oui, [elle] était enceinte et du coup qu'on reporte une autre échographie à quelques jours pour que je puisse vraiment le regarder quoi, pour l'assimiler à mon ventre »*.

❖ Présence du conjoint :

La présence du conjoint est le second facteur pris en considération par la plupart des femmes. En fait, Madame F3 a exprimé que *« Moi, je pense que ça aurait été bien qu'il soit là, on l'aurait appris ensemble »*, de plus, Madame F2 a décrit que *« et puis c'est surtout mon conjoint qui m'a manqué à ce moment-là ! Je sais qu'il l'aurait pas pris comme moi, je pense qu'il aurait été content et ça aurait pas été autant un choc que ça en fait »* En fin madame F4 a rajouté que *« heureusement. La présence de mon conjoint ça a tout fait. Je sais pas comment j'aurais fait sinon. Je pense que c'était le plus important »*.

Cependant, madame F1 a évoqué que « *Non, franchement je pense pas. J'étais déjà sous le choc, alors vous imaginez je serais venue avec ma mère et on m'apprend je suis à 7 mois ? Elle m'aurait engueulé devant le médecin. Et puis mon ex, bah je suis plus avec et puis je pense que ça se serait mal passé aussi s'il avait été là. Moi j'aurai été sous le choc et il m'en aurait voulu je pense* ».

❖ Comportement du professionnel :

Toutes les femmes interrogées ont été très réceptives aux comportements des professionnels au moment de l'annonce et elles ont été sensibles à ce sujet.

Effectivement, Madame F1 a traduit le comportement du professionnel par un « *manque de compassion [...] j'avais l'impression d'être une folle. J'avais pas l'impression d'être soutenue en fait [...] on voit quand on peut se permettre de dire ou demander des choses ou pas avec des gens. Lui je pouvais pas* ». Madame F2 quant à elle, a exprimé « *je pense qu'il a été autant choqué que moi en fait. [...] Il a écarquillé les yeux et puis il m'a dit ça directement* » « *vous êtes enceinte [...] Comme j'ai dit avant, franchement niveau humanité c'est zéro pour lui. Donc ça déjà, on peut l'améliorer* ». Elle a ajouté « *il a été trop direct [...] Quand on s'y attend pas c'est vraiment brutal quoi ! [...] j'ai eu l'impression qu'il me prenait de haut avec son air du genre, « non mais comment c'est possible que vous ne vous en êtes pas rendue compte* ». En outre, madame F4 a dénoncé que « *la sage-femme a crié, j'ai une tête entre les jambes, elle va accoucher, c'est un déni* ». Madame F4 a rajouté « *le plus important c'est ça. LA FAÇON d'annoncer !* »

Toutefois, Madame F3 a donné un retour positif de l'annonce et le comportement professionnel, en effet elle explique que « *l'échographiste a vraiment été bien. Elle était très humaine. Une bonne prise en charge je trouve* ».

3.3 – Les besoins et les ressentis face au suivi de grossesse.

Le suivi de grossesse ne concerne pas F4 qui a découvert sa grossesse à l'accouchement.

Les résultats de l'étude concernant le suivi médical de grossesse nous ont amené à constater qu'aucune des femmes interrogées n'avait rencontré les mêmes professionnels de santé, à savoir des échographistes, des médecins gynécologues obstétriciens, des psychologues, des sages-femmes hospitalières et des sages-femmes libérales.

En termes de besoins et de ressentis des femmes face à la prise en charge médicale et l'accompagnement, nous avons pu discerner :

❖ Rencontre avec des femmes ayant dénié leur grossesse :

Pour l'une des femmes rencontrées, le besoin d'être mise en contact avec des femmes ayant vécu une situation similaire a été mise en évidence. En effet, madame F1 a expliqué que *« à priori je suis pas la seule dans ce cas et puis je pense que ça m'aurait fait plaisir d'avoir été mise en contact avec des femmes qu'ont été dans le même cas que moi, parce que mes copines elles comprennent pas »*.

❖ Séances de préparation à la naissance et à la parentalité :

A travers les entretiens menés, un besoin essentiel a été priorisé et a concerné le fait d'avoir recours à des séances de PNP. Initialement, madame F1 a exprimé : *« je me dis qu'à ma première, j'avais pas fait de séances pour l'accouchement, et là, au contraire, ç'aurait peut être été bien ? »*. Ensuite, madame F2 nous a raconté que *« Et puis pareil, à la fin quand j'accouchais, il y a une sage-femme qui me dit «Vous avez une idée pour pousser ? », moi j'ai dit «non »... En même temps c'est mon premier ! Et elle m'a parlé de cours pour l'accouchement ! Moi j'aurai bien aimé faire ça franchement, j'étais perdue, j'avais peur ! »*. Enfin, madame F3 nous a annoncé : *« On m'a pas proposé de cours à la naissance ou quoi [...] Faudrait que j'apprenne à me détendre, faudrait que je voie si de l'hypnose ou des trucs comme ça ça marcherait »*.

❖ Examens paramédicaux supplémentaires :

Des examens paramédicaux supplémentaires ont été considérés comme importants pour deux femmes. En effet, madame F1 a déclaré que *« j'ai loupé 7 mois de grossesse, on pourrait me faire plus d'échographies et me proposer des trucs je sais pas [...]. On m'a pas fait beaucoup d'examens. Je me dis pendant les échographies on m'a pas montré le bébé*

quasiment » et madame F2 a rajouté que « *j'ai eu 1 consultation avec un médecin, j'ai été une fois au monitoring et j'ai eu une échographie à l'hôpital pour voir le poids du bébé, mais c'est tout en fait* ».

A l'inverse, madame F3 n'a pas émis de besoins particuliers concernant la nécessité d'examens supplémentaires et a informé que les professionnels de santé « *savent qu'il faut me faire une prise en charge un peu délicate* ».

❖ Rencontre avec une psychologue :

Pour la majorité des femmes interviewées, l'accompagnement réalisé par un psychologue a représenté un des facteurs principaux. En ce sens, madame F1 a indiqué que « *je la vois toutes les deux semaines et ça fait du bien. Elle me juge pas au moins* ». En ce qui concerne madame F2, elle a évoqué que « *On a besoin de parler quand on vit ça [...]. On aurait pu me proposer de voir une psychologue régulièrement non ?* ».

Néanmoins, madame F3 a révélé que « *On m'a conseillé d'aller voir une psychologue [...]mais je m'y suis faite [...]Non, pas besoin, voilà. Et puis en plus j'attends une fille. Je crois que ça m'a rassuré en plus, sinon j'aurai pas été aussi rapide à accepter je pense aussi*».

❖ Le suivi de grossesse :

Généralement, les femmes ont mis en évidence l'importance du suivi médical et de l'accompagnement par un même professionnel de santé. Effectivement, madame F1 a déclaré que « *Bah j'étais perdue. En même temps j'avais envie d'être dans le même sac que tout le monde, mais j'avais envie aussi qu'on s'occupe de moi plus que les autres* ». Ensuite, madame F2 a enchéri que « *Peut-être que c'est moi qui exagère comme j'ai jamais eu d'autres bébés, mais j'ai pas eu l'impression d'avoir été vraiment suivie totalement en fait ou pas assez tout simplement [...]Et puis j'ai vu des personnes différentes à chaque fois en fait. Fin, tout le monde est au courant de ma vie en fait* ».

Cependant, madame F3 a exprimé que « *j'ai un suivi rapproché à cause des bébés que j'ai fait aussi [...] J'ai même pas à leur expliquer quelque chose ou quoi. [...]. Ils ont bien agi [...]. Une bonne prise en charge je trouve* ».

3.4 – Les besoins et les ressentis face à l'accouchement.

Ici, seules F2 et F4 sont concernées par cet item : F4 ayant découvert sa grossesse à l'accouchement, et F2 ayant été rencontrée après son accouchement même si le déni de grossesse était partiel.

Diverses priorités ont été démontrées par les 2 femmes concernées pour ce sujet.

❖ Présence du conjoint :

La présence du conjoint est un élément récurrent pour les femmes. En effet, madame F2 a mentionné rapidement le fait que *« j'étais perdue, j'avais peur. Heureusement que mon copain était là »* et madame F4 a exprimé que *« il a essayé de me rassurer, de nous rassurer. Sans lui, je sais pas comment j'aurais fait.[...] Je sais pas si j'aurais réussi à accepter le bébé en fait »*.

❖ Comportement des professionnels :

Le comportement des professionnels a été, pour l'ensemble de notre population, un des facteurs les plus importants. Tout d'abord, madame F2 a décrit qu'elle n'a *« même pas vu [son bébé] quasiment. En plus ça allait, il a crié et tout. Elles ont été faire ses soins je crois. Mais j'ai pas pu en profiter les premières secondes [...] Et j'aurai aimé qu'on m'explique avant le moment d'accouchement comment je devais pousser par exemple »*. Enfin madame F4, quant à elle, a expliqué que *« j'étais tellement mal que y'a des choses qui se disent pas comme ça quoi « j'ai la tête entre les jambes » [...] alors déjà quand il y a 2 personnes, comme à mon premier, j'étais pas forcément la plus à l'aise possible, mais alors là, tout le monde était entre mes jambes à regarder [...] Bah sur le coup, j'étais pas bien, c'était l'incompréhension [...] tout le monde me criait dessus »*.

❖ Prise en charge de la douleur :

Pour toutes les femmes, la douleur est un élément les ayant marqué, et dont la prise en charge est vivement racontée. Effectivement, madame F2 a révélé que *« Je savais plus comment faire pour plus avoir mal [...] Je gérais pas du tout et puis j'ai attendu trop longtemps pour avoir la péridurale »* et madame F4 a rajouté que *« j'aurai bien voulu qu'on me mette quelque chose qui soulage, même la péridurale. J'ai trainé aux urgences générales pendant un petit moment quand même, et on aurait pu me soulager un peu »*.

3.5 – La prise en charge des professionnels à l’annonce de la grossesse

Le positionnement des professionnels de santé est un élément majeur mettant en jeu la prise en charge réalisée. Comme évoqué précédemment, l’annonce de la grossesse, pour toutes les femmes, a été faite par un professionnel de santé, étant échographiste, gynécologue-obstétricien, ou sage-femme.

❖ Comportement professionnel :

Le comportement des professionnels est relaté par les femmes selon leur point de vue, qui ne peut qu’être subjectif. La nécessité de prise de conscience de l’attitude des professionnels de santé face à une annonce de grossesse découverte tardivement est importante. En premier lieu, madame F1 a fait état que « *Comme j’ai dit avant, franchement niveau humanité c’est zéro pour lui. Donc ça déjà, on peut l’améliorer* » et madame F2 a expliqué que « *je pense qu’il a été autant choqué que moi en fait* ». Ensuite, madame F4 a raconté que « *Après du coup elle m’a mis dans une salle pour accoucher et on est passé devant ses collègues et elle leur a crié « j’ai une tête entre les jambes, elle va accoucher, c’est un déni »* ».

❖ Examens complémentaires réalisés avant l’annonce du terme de la grossesse :

Initialement, la moitié des femmes entretenues a réalisé des examens complémentaires leur permettant un diagnostic de grossesse. En effet, madame F1 a expliqué que « *La semaine d’après il m’avait donné un rendez-vous, et puis le gynécologue m’a donné un test de grossesse à faire. Ca m’avait même pas effleuré franchement. Ca fait des mois que j’ai pas eu de relation moi* » alors que madame F3 a évoqué que « *Et donc, ma sœur elle me dit « juste pour te rassurer va faire une prise de sang ». Du coup le lendemain à 7h je vais faire une prise de sang* ».

❖ Prise de conscience du terme suite à une échographie :

Pour la majorité des femmes, l’échographie a été l’examen permettant de prendre conscience du terme de la grossesse. Effectivement, madame F1 a raconté que « *après le rendez-vous avec le gynéco, j’ai du aller aux urgences à l’hôpital. Et c’est comme ça que j’ai su, il m’a fait une échographie* », madame F2 a expliqué que « *il m’a prescrit une échographie, il pensait que j’avais un problème aux intestins du genre un ulcère ou je sais pas quoi* » et madame F3 décrit que « *ils m’ont donné le numéro d’un centre qui fait des échographies en urgence* ».

Quant à madame F4, l'annonce s'est faite à l'accouchement même, sans examen complémentaire.

			F1	F2	F3	F4
ANNONCE	EXAMENS COMPLEMENTAIRES	Prélèvements sanguins			X	
		Test urinaire	X			
	ECHOGRAPHIE	Echographiste centre		X	X	
		Echographiste hospitalier	X			
	TOUCHER VAGINAL	Sage-femme				X
	BESOINS EVOQUES	Présence du conjoint	0	X	X	X
		Comportement professionnel	X	X		X
		Examens supplémentaires (échographie)	X	X	X	0

X : ce qui a été fait 0 : ce qui n'est pas souhaité

Tableau 2 – Résumé de la prise en charge effectuée face à l'annonce de la grossesse.

3.6 – La prise en charge des professionnels face au suivi de grossesse.

Madame F4 n'ayant pas vécu sa grossesse, elle n'est pas concernée par cet item.

En ce qui concerne la prise en charge réalisée par les professionnels face au suivi de grossesse, il est constaté que les femmes ont toutes rencontrées des professionnels différents, à l'instar de ce qui est exposé précédemment.

- ❖ Aucune prise en charge particulière proposée au suivi d'une femme ayant dénié sa grossesse :

Au cours de la grossesse, les femmes ont énoncé la prise en charge réalisée pour leur situation. En effet, madame F1 a raconté que « *on m'a proposé d'aller voir la psychologue mais c'est tout[...] j'ai vu un gynéco seulement en plus, et j'ai fait une autre échographie [...] la psychologue et c'est tout* ». Après, madame F2 a décrit que « *on m'a donné quelques rendez-vous [...] mais c'est tout en fait [...] j'ai quasiment pas vu de médecin ou de sage-femme [...] j'ai eu une consultation avec un médecin, j'ai été une fois au monitoring et j'ai eu une échographie pour voir le poids du bébé [...] et la psychologue* ».

Néanmoins, madame F3 quant à elle, a expliqué que « *j'ai eu une consultation avec la gynéco et une consultation avec la sage-femme. Après c'est les sages-femmes qui viennent à la maison toutes les semaines [...] et les échographies. [...] J'ai beaucoup de rendez-vous, c'est rassurant quand même* ».

			F1	F2	F3
SUIVI DE GROSSESSE	PROFESSIONNEL DE SANTE	Echographiste	X	X	X
		Sage-femme hospitalière	X	X	X
		Sage-femme libérale			X
		Gynécologue obstétricien		X	X
		Psychologue	X	X	0
	BESOINS EVOQUES	Rencontre avec des femmes ayant dénié leur grossesse	X		
		Séances de PNP	X	X	X
		Suivi plus important par une psychologue	X	X	0
		Examens supplémentaires	X	X	0
		Prise en charge plus importante (même professionnel de santé)	X	X	0

X : ce qui a été fait - 0 : ce qui a été proposé par les professionnels mais non souhaité

Tableau 3 – Résumé de la prise en charge effectuée face au suivi de grossesse.

3.7 – La prise en charge des professionnels à l'accouchement.

Concernant la prise en charge réalisée par les professionnels de santé face à l'accouchement, nous nous sommes intéressés à connaître quelles étaient les différentes prises en charge réalisées. Les 2 femmes concernées par cet item exposent alors ce qui a été fait.

❖ Prise en charge réalisée.

Concernant la prise en charge réalisée, madame F2 évoque que « Et à l'échographie, on m'a dit que j'avais un petit bébé » ainsi que « *on m'a fait l'examen du col et puis on m'a fait une échographie et une prise de sang je crois. Mais c'est tout [...] ils m'ont laissé avec le cœur du bébé super longtemps* » lors de son arrivée aux urgences. Par rapport à la prise en charge en salle de naissance, elle rajoute également que « j'ai pas pu profiter de lui sur le moment », « La péridurale ! [...] J'ai attendu trop longtemps ». Par la suite, madame F4 déclare que « je

dirais au moins 6 personnes [...] Une vraie bête de foire en fait [...]c'était pas nécessaire je pense. Franchement. Ils étaient trop nombreux ». Puis, elle a expliqué également que « j'en pouvais plus, j'avais besoin d'être soulagée [...] J'étais tellement mal que y'a des choses qui se disent pas comme ça quoi » et aussi « Je suis pas trop du genre à aller voir une psychologue. J'aime pas trop ça... J'étais juste choquée. Quand on est choquée, on n'arrive pas à écouter, on n'arrive pas à écouter des conseils ou voilà [...] ils auraient pu m'en parler avant ». Par rapport à la prise en charge du nouveau-né, elle a rajouté que « Non pas [de mise en contact] sur le moment... [...]. Ils l'ont emmené dans une salle et ils se sont occupés d'elle un peu [...] Et là, je l'ai vu avec un bébé dans les bras, dans un drap ». Pour finir, les examens réalisés ont été mis en évidence par « il y a une sage-femme qui a examiné le col [...] On m'a piqué et on m'a mis un cathéter [...] j'ai eu un monitoring oui, mais je crois que c'est tout en fait...»

			F2	F4
ACCOUCHEMENT	PROFESSIONNELS DE SANTE	Sage-Femme	X	X
		Auxiliaire de puériculture	X	X
		Psychologue	0	X
		Autres professionnels	0	X
	EXAMENS REALISES	Examen obstétrical complet	X	0
		Echographie	X	0
		Monitoring fœtal	X	X
		Prélèvement sanguin	X	X
	BESOINS EVOQUES	Présence du conjoint	X	X
		Prise en charge de la douleur	X	X
		Comportement professionnel	X	X
		Ne pas forcer la relation mère/enfant		X

X : ce qui a été fait - 0 : ce qui n'a pas été fait

Tableau 4 – Résumé de la prise en charge effectuée ou non à l'accouchement.

3.8 – La mise en place de la relation mère/enfant.

La mise en place de la relation mère/enfant est traitée dans cette étude, et met en évidence des réponses identiques pour toutes les femmes. Effectivement, les 4 personnes rencontrées ont fait part du choc de l'annonce où des sentiments tels que « le choc, la panique, l'incompréhension » se sont mêlés, puis ont évoqués rapidement des sentiments positifs à savoir « l'état de bien-être, la joie ».

❖ Appréhension positive de la grossesse.

Tout d'abord, les questions posées aux femmes l'étaient dans le but de connaître la façon dont a pu s'établir la relation avec le fœtus. Initialement, madame F1 a expliqué que « *moi, j'ai fini par le sentir bouger, prendre sa place dans mon ventre [...]. Ca a pas mis très longtemps, mais une fois le coup passé d'apprendre ça, j'étais vraiment contente* ». Similairement, madame F2 a raconté que « *ca s'est fait vite fait, assez naturellement. Je faisais tout pour le sentir bouger et puis quand il bougeait je trouvais ça génial ! Ca me faisait plaisir en fait* ». Et puis, madame F3 a décrit que « *je l'ai sentie bouger, et puis après quand j'ai vraiment bien pris en compte la grossesse [...], elle bougeait encore plus et puis on reprend les habitudes de se toucher le ventre et d'être contente de la sentir bouger en fait [...]. J'ai mis peu de temps pour me dire que voilà c'est là et je fais avec [...]. Et puis à ce moment-là, elle s'est mise à bouger énormément* ».

Différemment, madame F4 a déclaré que « *ca a été rapide, vraiment rapide. Je pense qu'en l'espace d'une ou deux heures ça s'est fait. Il fallait quand même que ça se construise après mais je l'ai accepté. Je pouvais pas lui en vouloir d'être venue* ».

❖ Expression de peur.

Les 4 femmes entretenues ont toutes mis en évidence le ressenti de peur face à leur grossesse, face à l'arrivée d'un nouveau-né. En réalité, madame F1 nous a appris que « *J'avais juste peur de ce que ma mère allait dire quoi. Et puis mes amis aussi* ». Ensuite, madame F2, dans un même sens, a formulé que « *Qu'est-ce que j'allais dire à tout le monde ? « j'ai un bébé qui arrive dans 1 mois mais je savais pas »* ». Enfin c'était pas possible sur le coup ». Et puis, madame F3 a émis que « *« j'ai quelques voisins qui savent, mais pas tous. Je suis jamais dehors, tout le temps à la maison. Les autres grossesses, on me voyait. Là, j'en ai marre de me justifier. J'ai l'impression que je dois me justifier [...]. Même dans mon entourage, il n'y a que quelques amis qui sont au courant mais pas beaucoup. C'est différent. [...]. J'ai juste pas envie de continuer à parler, à m'expliquer* ».

Cependant, madame F4 a rajouté que « *je me suis juste demandée comment on allait faire pour acheter des habits, le matériel pour elle... On avait plus rien* ».

❖ Gestuelle envers l'enfant.

Pendant chaque entretien, l'observation des femmes et de leur relation avec l'enfant a été faite. En premier lieu, 2 participantes à l'étude ont touché régulièrement leur ventre en faisant des caresses sur celui-ci à savoir madame F1 et madame F3. Par la suite, madame F2 et madame F4 ont toutes deux été très présentes pour leur nouveau-né ; le touchant et le regardant fréquemment.

TROISIEME PARTIE

Analyse et Discussion

Propositions

I – Discussion

1.1 – Discussion méthodologique : limites et avantages.

1.1.1 – Les limites et difficultés de l'étude.

Tout d'abord, l'étude réalisée manque de puissance, cela étant lié à la taille de l'échantillon (au nombre de 4) du fait de la rareté de la population cible. Ainsi, les résultats obtenus ne peuvent pas être extrapolés à la population générale.

Secondairement, le temps nécessaire à l'organisation des entretiens était chronophage.

La principale difficulté rencontrée a concerné la participation des maternités. En effet, la méthodologie suivie supposait une disponibilité des coordinatrices organisationnelles de maternité, ainsi que des psychologues. Certaines maternités ont refusé d'emblée de participer à l'étude après que nous nous étions rencontrés, d'autres n'ont pas donné suite malgré des relances. Ceci est également valable pour les femmes, qui, après les avoir contactées, se sont montrées favorables pour participer à l'étude. Cependant, leur inclusion n'a jamais pu être faite, car elles déplaçaient régulièrement les rendez-vous donnés. Pour des questions morales personnelles, et après les avoir relancées à plusieurs reprises, nous n'avons pu les intégrer à notre étude.

Par la suite, il existe un biais de mémorisation chez nos femmes. Le délai entre la découverte de la grossesse et la réalisation de l'entretien n'était pas identique pour toutes les femmes. Nous pouvons donc penser que cela pourrait influencer les réponses des femmes et par conséquent les résultats obtenus. Nous avons donc du faire un choix afin d'avoir un maximum de cas à présenter dans cette étude. C'est pourquoi nous avons choisi des critères larges d'inclusion.

La variable parité pourrait également influencer les réponses, car les femmes multipares ont plus de connaissances quant à la prise en charge de la grossesse. Ainsi, le vécu de l'accompagnement lors de la grossesse déniée est probablement différent d'une femme étant nullipare.

Il était nécessaire de s'organiser de façon à ce que la psychologue du service puisse être disponible pour assister à l'entretien, si besoin. Sa présence n'était pas toujours obligatoire. La psychologue elle-même jugeait si sa présence était nécessaire ou non lors de l'entretien. Si cela n'était pas nécessaire, il nous était possible de la contacter en cas de besoins. Sur 4 entretiens, 3 n'ont pas nécessité la présence de celle-ci.

Enfin, il semble difficile d'établir une véritable relation de confiance avec la femme en un seul entretien. En effet, même si les femmes ont accepté de participer à l'étude, il est difficile d'accéder à leur véritable ressenti, à leur univers intime. Les questions posées sont relativement ouvertes et supposent une argumentation de la femme, ainsi, il peut être nécessaire de faire des relances. D'ailleurs, il était possible quelques fois que je ressentie une certaine gêne lors de l'entretien. La question du déni de grossesse est un sujet pouvant être douloureux, culpabilisant même. Il était donc nécessaire de bien choisir ses mots afin de montrer toute la bienveillance que nous avons. Je pense donc qu'il aurait été plus facile et plus agréable (aussi bien pour les femmes que pour moi) de réaliser plusieurs entretiens avec la même patiente afin que nous puissions nous étendre davantage sur certains sujets, certaines révélations sans craindre de les incommoder.

1.1.2 – Les points forts de cette étude.

Un des principaux points forts de cette étude a été la participation d'un seul acteur : moi-même. Les entretiens ont ainsi tous été réalisés de manière identique. Cela augmente donc la fiabilité des résultats.

Le choix de la méthode, des entretiens semi-directifs ont été un point positif. En effet, les femmes participant ont été ravies d'échanger avec nous et également de pouvoir s'exprimer librement. Lors de ces rencontres, il était possible de formuler des phrases différemment afin d'obtenir les réponses nous étant nécessaires. De plus, les femmes ayant accepté d'être enregistrées, cela a permis de mémoriser fidèlement leurs propos. Ce face à face avec les femmes a permis une grande richesse, et a facilité la compréhension de leurs vécus, de leurs nécessités et de leurs besoins. Toutes les questions de la grille d'entretien n'ont alors pas été posées puisque nous retrouvions les données recherchées dans les propos des femmes.

De plus, la disponibilité d'un local neutre afin d'effectuer les entretiens a certainement été un avantage indéniable. En effet, utiliser un endroit calme, propice à une discussion et à l'établissement d'une relation de confiance a certainement permis aux femmes de s'exprimer d'autant plus facilement. Ceci a été réalisé.

Enfin, toutes les conditions de prise en charge psychologique avaient été prévues en amont et si la femme semblait en situation de détresse, alors il était possible de la réorienter.

Même si notre étude ne concerne qu'un petit échantillonnage, de nombreux points communs entre ces femmes ont pu être dégagés, nous permettant de nous faire une idée des besoins et des ressentis des femmes qui vivent cette situation.

1.2 – Discussion & analyse des résultats

1.2.1 – Profils des femmes.

Les résultats que nous avons pu tirer des entretiens concernant les généralités ont été :

- Une moyenne d'âge d'environ 28 ans.
- Une activité professionnelle pour toutes.
- Aucune des femmes ne vit seule.
- Une contraception en place.
- La rencontre avec 3 femmes ayant fait un déni de grossesse partiel et 1 femme dont le déni était total.

Certains points cités précédemment sont en accord avec les résultats obtenus par des études de plus grande ampleur [1] [16] [17] [18] [19] [20]. Tout d'abord, il a été montré dans la 1^{ère} partie, que les caractéristiques des femmes concernées sont différentes. La moyenne d'âge retrouvée par les études est de 27 ans. Dans l'étude menée ici, la moyenne d'âge est de 28 ans ce qui est quasiment équivalent. De plus, l'étude de Friedman montre que, pour la majorité, les femmes ne vivent pas seules. Ici, c'est également ce que nous avons pu trouver : pour les 4 femmes, toutes sont : soit avec leur conjoint, soit chez leur mère. Par la suite, il a été prouvé que les femmes ont en règle générale une activité professionnelle, étudiante compris comme l'expose l'INSEE, ce qui est en accord avec nos résultats. Concernant la contraception utilisée chez les femmes déniaient leur grossesse, les études réalisées et exposées en première partie montrent qu'environ la moitié des femmes ont des saignements réguliers, mais aucun pourcentage n'est mis en évidence pour la prise de contraception [14]. Ici, toutes les femmes avaient une contraception.

Comme évoqué, nous avons pu rencontrer 4 femmes, dont 3 ayant fait un déni de grossesse partiel et 1 femme ayant fait un déni total. Nous remarquons ainsi que la proportion est en accord avec celles des études [14][16] [17].

En conclusion, les variables recherchées sont identiques et représentatives à celles écrites dans la littérature.

1.2.2 – Validité des hypothèses.

Pour répondre à la question de recherche, nous avons émis 2 hypothèses pour lesquelles nous allons maintenant énoncer les éléments de réponse :

➤ **Hypothèse 1 : Les femmes déniaient leur grossesse expriment des ressentis, des besoins globaux étant similaires.**

- Besoins et ressentis des femmes face à l'annonce.

Les ressentis des femmes sont complexes et nécessitent une bonne appréhension de la part des professionnels de santé. En effet, l'individualité des femmes rend la prise en charge plus complexe.

L'étude met en évidence que le diagnostic de grossesse a été réalisé par un professionnel de santé avec, pour toutes, la réalisation d'examens paramédicaux [14], ce qui est en accord avec les informations obtenues dans la première partie. Ces examens ont été ressentis comme bénéfiques. L'échographie, notamment, permet un investissement positif du fœtus par les femmes. Cependant, aucune donnée concernant ce besoin d'examens complémentaires n'a été trouvée pour le moment face à l'annonce de la grossesse. Il est constaté également que les femmes ont exprimé un état de choc important ce qui est en concordance avec les études, notamment celle achevée par Brezinska [7] [21] [30]. Par ailleurs divers besoins ont été exprimés par ces femmes tant sur le suivi médical que sur l'accompagnement. En ce sens, la réalisation des examens complémentaires permet de mieux investir leur grossesse.

En matière d'accompagnement, la présence du conjoint reste l'un des éléments le plus important, en réalité il représente un appui, un soutien psychologique et enfin une réassurance pour partager l'annonce, voire acceptation de son état au moment de l'annonce. Dans notre étude, seule une des femmes rencontrées était accompagnée de son conjoint au moment de la levée du déni, c'est à dire à son accouchement. En effet, l'étude de Pierronne expose le fait que plus de 8 femmes sur 10 faisant un déni total de grossesse était accompagnée, contre 1 femme sur 2 pour un déni partiel de grossesse [16].

Le comportement professionnel est le second facteur cité par les femmes. Après analyse des verbatims les mots suivants sont dégagés à savoir le manque de compassion, la brutalité de l'annonce et le manque d'asepsie verbale. De façon générale les femmes ne se sont pas retrouvées en sécurité, les professionnels n'ont pu établir une relation de confiance leur permettant de prendre conscience de l'état de grossesse. Ainsi, il est important de mettre en évidence ces différentes nécessités qui concernent principalement le comportement professionnel [30] [35]. Nous comprenons donc toute l'importance qu'il faut accorder à la façon d'aborder certains sujets, à la façon de les dire. Le choix des mots employés doit être réfléchi [30] [36].

- Besoins et ressentis des femmes pendant la grossesse.

Concernant l'accompagnement de la grossesse, la possibilité de rencontrer des femmes ayant vécu une situation similaire a été évoquée. Ceci facilite le vécu de la grossesse et engendre un sentiment bénéfique pouvant permettre à la femme de déculpabiliser et également d'accepter la grossesse. Dans la même optique, l'accompagnement réalisé par une psychologue semble nécessaire pour la majorité des femmes, leur permettant d'avoir un échange rassurant avec le professionnel concernant d'éventuelles peurs et l'exacerbation de leur ressentiment. Cependant, il est nécessaire de prendre en compte les variables psychologiques et physiques des femmes afin d'envisager ou non la perspective d'un suivi psychologique. La nécessité d'un interlocuteur rassurant avec qui échanger est alors mise en avant, ce qui concorde avec les données [21] [22] [23] [30].

Dans le cas de la prise en charge médicale d'une grossesse, certains besoins sont dégagés par les femmes. Les séances de PNP exposées précédemment mettent en évidence l'importance que les femmes donnent à leur grossesse tardivement découverte. En fait, elles semblent réceptives aux informations pouvant leur être transmises. En outre, ceci peut faciliter la préparation aussi bien physique que psychologique des femmes à l'arrivée de l'enfant. Ensuite, des examens supplémentaires tels que l'échographie, les monitorings, ou bien les consultations aident à l'investissement positif de la grossesse et à l'importance que les professionnels de santé donnent aux femmes. Toutes les femmes rencontrées ont émis cette importance, cependant il est ressorti des informations trouvées que toutes n'ont pas forcément de besoins particuliers et qu'il est nécessaire de s'adapter aux femmes et à leurs attentes comme l'explique Sfez [36]. Aucune donnée concernant la prise en charge médicale n'est traitée.

- Besoins et ressentis des femmes à l'accouchement.

Concernant l'accouchement, il est fondamental de discuter sur la nécessité d'accompagnement par une psychologue. En effet, nous avons vu dans la première partie que celle-ci n'est pas toujours nécessaire et qu'il ne faut pas forcer la relation de la femme avec une psychologue. Le sentiment d'intrusion pourrait alors être perçu par la femme, qui pourrait également se sentir « attaquée » [43]. Dans les données de la littérature retrouvées chez Dayan et Bernard, la possibilité d'avoir recours à des équipes de psychopathologie périnatale est un thème abordé et semble être intéressante [41]. Cependant dans notre étude, nous n'avons pu mettre en évidence la présence de celles-ci.

Par la suite l'accompagnement réalisé et le comportement des professionnels au moment de l'accouchement sont importants. En effet, les femmes ressentent le besoin de réassurance de la part des professionnels et donc d'avoir un minimum de personnes lors de l'accouchement. L'effet des mots choisis ainsi que leur intonation ont un impact puissant sur l'état, donc le ressenti des femmes. Les résultats de notre étude concernant ces sujets sont en concordance avec les données de la littérature trouvées [21] [30] [36]. En second lieu, nous retrouvons également que les femmes souhaitent la présence de leur conjoint, car celle-ci permet l'élaboration d'une relation mère-enfant. De plus, l'une des femmes nous a interpellé sur les bienfaits de ne pas forcer les liens avec le nouveau-né, ce qui concorde avec les dires Dayan, Chaulet et Bernard [29] [41].

En matière de prise en charge médicale, le principal besoin concerne la prise en charge de la douleur, laquelle leur permet alors d'être dans un état d'esprit de bien-être, de soulagement. Ceci engendre donc particulièrement un état où la femme, passé l'état de douleur, sera apte à prendre en considération les propos tenus par les professionnels de santé. Aucune étude trouvée n'a pu établir l'importance accordée par les femmes déniaient leur grossesse à la prise en charge de la douleur.

- Mise en place de la relation mère/enfant.

Les résultats de notre étude mettent en évidence que toutes les femmes entrevues ont été dans un état de choc face à la nouvelle de leur grossesse qui est concorde avec l'étude de Brezinska [7]. En effet, pour illustrer ces résultats, madame F1 avait raconté que « *J'étais choquée [...] je m'y attendais pas, mais alors pas du tout du tout. C'était carrément pas imaginable* ». Dans le même sens madame F2 a évoqué que « *j'ai cru que c'était une blague. [...] j'étais choquée [...]. J'y croyais pas du tout* ». Similairement, madame F3 a expliqué que

« *C'est pas possible [...]. Après j'étais sous le choc, je me disais « mais non, c'est pas possible* ». Enfin, madame F4 a émis que « *Ca a été la panique, le choc, le déni mais vraiment. J'ai jamais autant « pas cru » à quelque chose que ce jour-là en fait* ». Ceci est irrévocablement dû à la découverte tardive de celle-ci et donc au fait qu'elles ne se pensaient pas enceintes, ainsi aucun voyage émotionnel au cours de la grossesse n'a pu être réalisé [23]. Par la suite, ces femmes ont pu investir positivement et rapidement leur grossesse grâce aux mouvements actifs fœtaux ressentis et/ou également à la vision du nouveau-né. La reconnaissance du fœtus psychique de la femme est en relation avec la reconnaissance physique de celui-ci. De plus, nous pouvons faire valoir l'importance de la gestuelle. En effet, toutes se sont montrées réceptives au fœtus/au nouveau-né après la découverte de la grossesse, de part leurs sens : le toucher et la vision sont primordiales. Ces résultats sont tirés de notre étude mais n'ont pas été mis en évidence dans la littérature.

Enfin, nous comprenons également l'influence d'éventuelles peurs sur la relation avec le fœtus/nouveau-né. En effet, l'anxiété ressentie par les femmes évoque la nécessité d'intégrer celui-ci dans la lignée familiale. Les femmes ont évoqué deux types de peurs : celle du jugement d'autrui et celle matérielle.

- Concernant le comportement des professionnels.

Selon les divers articles parcourus, l'un des points principaux concerne le comportement des professionnels. Effectivement, celui-ci est perçu à plusieurs reprises par les femmes comme subi et non bienveillant. La nécessité de créer une relation de confiance semble indispensable pour permettre aux femmes d'une part d'investir le fœtus/nouveau-né, et d'autre part de pouvoir s'exprimer sans retenue. Ainsi, comme le soulignait Mirless, au moment de l'annonce, l'importance du dialogue avec la femme est indéniable. De plus, la relation peut être plus facilement créée en un lieu calme et rassurant pour elle [22][35]. Nous ne retrouvons pas ceci dans les résultats que nous avons pu avoir. Ensuite, toujours concernant le comportement des professionnels, celui-ci semble remis en doute par les femmes également lors du suivi de grossesse. En ce sens, la nécessité de mettre en place un suivi régulier par un même professionnel semble fondamentale. Michel Libert expose la nécessité d'adapter le suivi aux femmes [43].

La 1^{ère} hypothèse semble validée, car nous avons pu mettre en évidence des besoins et des ressentis similaires, communs entre les femmes.

➤ **Hypothèse 2 : les femmes n'ont pas une prise en charge optimale de leur grossesse.**

Premièrement, l'annonce de la grossesse a été faite à la suite d'examens complémentaires réalisés à la demande d'un professionnel de santé. Dans la littérature, les médecins généralistes sont les professionnels étant les plus fréquemment exposés à l'annonce d'une grossesse, après avoir demandé des examens complémentaires tels que des tests urinaires, prélèvements sanguins [14]. Ici, les résultats obtenus à la suite de notre étude exposent la présence des échographistes face à l'annonce dans la majorité des cas. En effet, ces derniers ont une place importante et se doivent de choisir leur mot afin de contenir le bouleversement que les femmes peuvent ressentir comme le souligne Bayle dans son ouvrage [47].

Concernant l'accompagnement des professionnels et plus particulièrement leur comportement face à l'imprévu, nous avons pu constater que l'état de choc des professionnels ne permet pas une prise en charge optimale de la patiente et qu'elle ne permet pas un état de réassurance de la patiente, lequel serait bénéfique à la femme. Ceci est également retranscrit dans la littérature. En effet, la nécessité d'une bienveillance professionnelle est un bénéfice certain exposé par les femmes rencontrées [35] [43] [44]. Ainsi, nous pouvons comprendre que l'accompagnement qui a été proposé ici n'est pas optimal et n'est pas adapté aux besoins et aux ressentis des femmes.

L'étude met aussi évidence qu'aucune prise en charge particulière au déni de grossesse n'a été mise en place. Un bénéfice certain d'une prise en charge spécifique est à évoquer puisqu'elle permet un investissement plus facile de la grossesse et donc un impact sur le comportement de la femme, laquelle se sent soutenue. Le sentiment de suivi global normal d'une grossesse semble être le principal sentiment à éviter [43].

Les femmes, ayant besoin de se sentir unique, évoquent dans ce qui leur a été proposé une prise en charge non optimale. Ainsi, nous mettons en avant la nécessité d'un suivi médical plus rigoureux. Ainsi, lors du suivi de grossesse, le besoin d'une prise en charge unique et personnalisée est primordial : il ne faut pas basculer dans une prise en charge « normale » de la grossesse, élément confirmé par Michel Libert [43]. Une prise en charge spécifique facilite le vécu de la grossesse et engendre un sentiment bénéfique pouvant permettre à la femme de déculpabiliser et également d'accepter la grossesse : la mise en contact avec d'autres femmes ayant vécu une situation similaire, la personnalisation de la grossesse via des cours de PNP, l'accompagnement par une psychologue, la réalisation d'examens complémentaires sont autant d'éléments pouvant être facilitants pour l'acceptation de cette grossesse.

Par conséquent, notre étude montre qu'aucune de ces femmes n'a été prise en charge de la même façon, et que tout dépend de leurs antécédents.

La 2^{ème} hypothèse est donc validée, puisque toutes les femmes estiment qu'il est nécessaire de prendre en charge de façon personnalisée une grossesse d'une femme la déniait. Nos résultats montrent donc l'importance d'un suivi global adapté à la personne, et plus précisément à la situation des femmes.

A partir des besoins que nous avons pu identifier, nous pouvons proposer une prise en charge particulière.

II – Propositions.

2.1 - Vers une prise en charge des femmes déniait leur grossesse.

A travers les divers résultats que nous avons pu obtenir, nous avons perçu toute la différence dans la prise en charge effective des femmes de notre étude. Il serait alors intéressant de concevoir une prise en charge spécifique des femmes à différents moments : l'annonce, le suivi de la grossesse, et l'accouchement, et ce à partir des besoins et des ressentis évoqués par les femmes et en s'appuyant sur les bénéfices qu'elles-mêmes ont mis en évidence les bénéfices que celles-ci ont pu mettre en évidence.

1. Au moment de l'annonce de la grossesse.

❖ **mettre en évidence la présence d'une grossesse, par la réalisation d'une échographie en l'expliquant.**

En effet, les femmes accordent de l'importance à la visualisation du fœtus, celle-ci leur permet de développer l'investissement du fœtus et également de réaliser et de comprendre la situation. Ainsi, permettre aux femmes concernées de découvrir le fœtus jusque-là non pensé, pourrait être ressenti comme bénéfique. Par la suite, il serait intéressant de prévoir une seconde échographie rapprochée de l'échographie « découverte », afin de permettre à la femme d'intégrer sa grossesse. Donc, faire une annonce en deux temps semble convaincante et avantageuse, afin d'augmenter considérablement la possibilité d'investissement de la grossesse.

❖ **Conseiller la présence d'une tierce personne lors d'un échange sur la situation de déni de grossesse.**

Avant toutes propositions, il est nécessaire que les professionnels de santé établissent un recueil de données afin d'établir une certaine relation avec la patiente à savoir l'âge, les conditions d'habitation ainsi que la situation maritale. Ceci permettrait au professionnel en charge de l'annonce de prendre en considération l'unicité de la femme. Ceci pourrait aboutir à 2 situations : soit la femme est apte à prendre en compte la grossesse, soit celle-ci a besoin d'un soutien évident de la part d'un proche avant d'intégrer toute la situation.

Dans notre étude, nous avons pu faire ressortir que la présence du conjoint a été fortement souhaitée par ces femmes. Elles ont estimé ce soutien fondamental et bénéfique.

En effet, comme les femmes ont pu l'évoquer précédemment, l'importance de la présence du conjoint est, pour plusieurs des femmes, mise en évidence. Il serait donc intéressant d'intégrer celui-ci, ou une tierce personne souhaitée par la patiente, à un échange avec un professionnel. Ceci pourrait concerner aussi bien le déni de grossesse et ses informations, que la grossesse en elle-même.

2. Pendant le suivi de grossesse.

Concernant le suivi de grossesse, des manques ont été mis en évidence, et leur résolution permettrait la mise en place d'une relation mère/enfant plus solide.

Certes, le suivi d'une grossesse déniée devrait être personnalisé. Toutefois, la mise en place d'un « parcours spécifique » pourrait permettre aux professionnels de santé de ne pas être dépourvu face aux besoins des femmes en situation de déni. L'avantage serait donc de permettre à la femme de se sentir dans une situation sécurisante. De plus, elle n'aurait pas à expliquer à maintes reprises l'anamnèse de sa découverte de grossesse.

Cette personnalisation comporte les points suivants :

- ❖ **Réaliser un suivi plus fréquent avec le même interlocuteur (consultations, échographies supplémentaires, monitoring à domicile) selon le terme de découverte de grossesse via le moins de professionnels de santé possible afin de nouer une relation de confiance avec la femme.**

Ainsi, la prise en charge optimale pourrait concerner un échographiste hospitalier (sage-femme ou médecin) qui suivrait également la femme en consultation obstétricale, une sage-femme libérale, et un psychologue selon la situation.

- ❖ **Proposer la rencontre avec la psychologue.**

Cette proposition tend à laisser le choix à la femme. Celle-ci ne doit pas se voir imposer la présence d'une psychologue. En effet, l'importance d'un suivi psychologique permettrait des bénéfices certains concernant une relation d'investissement à l'enfant.

- ❖ **Suggérer la participation à des séances de PNP.**

En effet, les femmes ont pu mettre en évidence l'absence de séances de préparation pour leur accouchement. L'importance de s'adapter à leur besoin est alors principal. Il serait donc intéressant de réaliser des séances dans un temps restreint, et dans un temps plus rapide.

- ❖ **Offrir la possibilité d'assister à des groupes de paroles avec des femmes ayant vécu une situation de déni de grossesse.**

Certaines femmes ont insisté sur la nécessité d'échanger. En effet, il serait intéressant d'inclure des femmes à des groupes de paroles où le déni de grossesse n'est pas un sujet difficile à aborder et où cette situation a été comprise. Ainsi, ceci pourrait constituer une seconde alternative à la psychologue de service, qui, dans quelques cas, est encore assimilée à des désordres psychologiques. Les femmes pourraient, peut-être, se sentir plus en sécurité.

3. A l'accouchement.

L'accouchement peut se révéler être une période à risque pour l'établissement d'un lien avec le nouveau-né quel que soit le degré d'acceptation. Ainsi, plusieurs critères transmis par les femmes elles-mêmes auraient leur importance dans une prise en charge globale de l'accouchement.

Au préalable, un bénéfice est apporté quand il y a présence du conjoint.

❖ **Prendre en charge le couple et non la femme seule.**

L'importance est de permettre au conjoint de trouver sa place au sein d'une salle de naissance, aux côtés de sa femme. Dans ce sens, le professionnel devra adapter son comportement à cette situation inhabituelle. Nous prendrons en considération surtout le cas d'une femme ayant fait un déni total.

❖ **Former les professionnels de santé face à un couple ayant dénié totalement la grossesse.**

Nous pouvons discuter de la réserve professionnelle. En effet, selon les femmes, il est nécessaire que les professionnels de santé ne soient pas nombreux à l'accouchement. Cela entraîne, entre autres, un sentiment de panique de la femme, se sentant submergée par les événements. De plus, il est mis en évidence qu'il ne faut pas impliquer la présence d'un psychologue sans en avoir discuté auparavant avec le couple. L'une des femmes a expliqué son sentiment d'oppression quand le psychologue lui a été imposé.

❖ **Accueil du nouveau-né.**

Le cas d'un déni total de grossesse peut être à fort risque psychologique comme nous l'avons vu précédemment. En effet, l'enfant n'ayant pas été pensé, il semble nécessaire de ne forcer en aucun cas les liens avec la mère lors de la naissance. Ce sujet a été relaté par une des femmes que nous avons rencontrée. Elle a expliqué qu'il ne fallait pas forcer les relations avec le nouveau-né. Le choc ne permet pas d'investir immédiatement l'enfant. Ainsi, il est nécessaire que les professionnels adaptent leur prise en charge à l'accouchement. Tout d'abord, un bénéfice a été perçu si le contact corporel avec l'enfant n'est pas forcé. Par la suite, l'investissement du conjoint semble important pour permettre l'établissement d'une relation.

❖ **Prendre en charge la douleur.**

Les femmes ont évoqué le retard de prise en charge de la douleur. Ainsi, l'importance d'une réaction quasi-immédiate de la part des professionnels de santé serait à envisager. Ceci, comme évoqué précédemment, pourrait être avantageux quant à la compréhension de la situation par la femme et/ou le couple, et également par rapport à l'investissement d'une relation avec le nouveau-né.

❖ **Prise en charge globale.**

Enfin, concernant la prise en charge complète à partir des urgences obstétricales, il serait intéressant de mettre en place des examens ressentis comme non-invasifs par la femme. Selon le cas de déni, qu'il soit partiel ou total, nous pouvons penser que, selon l'état d'urgence il n'est pas toujours possible de réaliser un examen obstétrical complet (comprenant les questions usuelles posées, la mesure de la hauteur utérine etc).

Dans une situation comme celle-ci, il semble primordial d'inciter les professionnels à faire la part des choses et à prioriser les examens nécessaires, les actes, les gestes pour l'accouchement. L'importance est donc de ne pas engendrer de stress à la femme.

2.2 - Pour tous les professionnels de la périnatalité.

❖ **Proposer une formation à tout professionnel de santé.**

Toutes les femmes ont raconté les avantages pouvant être attendus via le comportement des professionnels. Ainsi, nous pouvons premièrement **inciter les professionnels de santé à une bienveillance**, à un soutien auprès des femmes ; que ce soit des sages-femmes, des gynécologues obstétriciens, des médecins traitants, ou des échographistes, et ceci à tout moment, que cela soit à l'annonce de la grossesse, pendant la grossesse et même à l'accouchement. La nécessité de prendre en compte les personnes dans leur individualité est primordiale. Il est également essentiel de mettre des mots sur la situation que vit la femme.

En ce sens, il ressort des résultats que la nécessité d'échange avec les professionnels permet une relation de confiance avec ceux-ci. Ainsi, la formation pourrait comprendre différents points clés, à savoir des informations sur le déni de grossesse à transmettre aux femmes, des déclarations « types » permettant d'intégrer la femme à la réalité et en minimisant les risques psychologiques, des protocoles « types » afin de permettre aux professionnels de ne pas se sentir démunis face à la situation.

❖ **Prévoir des cours dédiés aux étudiants.**

Des cours plus importants concernant cet évènement semblent être indéniables et nécessaires. Le phénomène qu'est le déni de grossesse, est encore peu connu par la population générale ainsi que la population médicale. La plupart des personnes pensent, à tort, que le déni de grossesse est une situation concernant les femmes en situation de précarité, jeunes.

❖ **Mettre en place des congrès et des séminaires de gynécologie-obstétrique concernant le déni de grossesse.**

Dans la même optique que précédemment, permettre aux professionnels de prendre connaissance du déni de grossesse serait un avantage. En effet, les femmes ayant vécu cette situation sont fragiles et nécessitent une attention particulière portée par les professionnels de santé. Ainsi, mettre en place des congrès et/ou des séminaires, pourraient permettre une meilleure appréhension de la situation.

❖ **Organiser des staffs de parentalité.**

Les professionnels de santé de la périnatalité comme les sages-femmes, les gynécologues-obstétriciens, les pédiatres, les infirmières puéricultrices, les auxiliaires de puériculture sont en première ligne. Ainsi, organiser des staffs de parentalité avec ces professionnels permettrait :

- De staffer les dossiers des femmes connues pour un déni de grossesse.
- D’élaborer une stratégie de prise en charge spécifique.
- D’impliquer tous les professionnels de suivi face à cet évènement.

❖ **Proposition de réalisation d’un dépliant à l’usage des professionnels.**

Enfin, il serait intéressant de transmettre aux divers professionnels de santé un dépliant comprenant des informations générales sur le déni de grossesse, et également des données concernant la prise en charge de celle-ci. Nous avons trouvé intéressant de créer un dépliant, comme outils de base, facilement consultable par les professionnels [annexe 6].

2.3 - Favoriser le soutien et la reconnaissance des femmes déniaient leur grossesse.

Toutes les femmes ont fait part de leur pensée d'angoisse face aux réactions d'autrui, aux critiques, aux incompréhensions et face aux jugements blessants, voire agressifs, de leur entourage. Il serait alors nécessaire de **généraliser la situation de déni de grossesse, auprès de tous**, afin de limiter au maximum les retentissements engendrés par une méconnaissance du déni de grossesse, via des campagnes publicitaires.

- Dans le cas d'un déni total de grossesse :

La femme n'a pas pu penser son enfant. La présence des professionnels doit alors être conséquente pour permettre de favoriser au mieux l'établissement du lien avec le nouveau-né. L'une des femmes interviewées ayant vécu une situation de déni total nous a fait part de son angoisse : rien n'était prévu pour l'accueil, matériel puériculture lors du retour à domicile. Ainsi, il serait intéressant d'orienter **les femmes vers les réseaux de périnatalité et des associations afin d'optimiser le retour à domicile.**

CONCLUSION

La maternité est un évènement auquel la majorité des femmes accédera à un moment de sa vie. Cependant, la situation engendrée par un déni de grossesse, qu'il soit partiel ou bien total, peut causer diverses complications touchant aussi bien les professionnels de santé, quant à la prise en charge, que les patientes, concernant leur ressenti, l'évolution de la relation avec l'enfant à venir. Ainsi, un lien entre la prise en charge réalisée par les professionnels et le vécu de la femme peut être mis en évidence. L'importance est donc d'optimiser l'investissement du fœtus/ nouveau-né.

L'objectif de ce travail était d'identifier les ressentis et les besoins des femmes déniaient leur grossesse, afin de permettre une meilleure prise en charge de celles-ci. Il est ressorti de l'étude que les femmes concernées sont fortement demandeuses d'une prise en charge plus conséquente par les professionnels, laquelle aurait des conséquences quant à l'investissement de la relation avec l'enfant à venir, selon la manière dont elle a été menée. Donc, les femmes peuvent avoir besoin de verbaliser leurs ressentis à tout moment de la grossesse, et/ou de l'accouchement. C'est pourquoi il est nécessaire d'optimiser la prise en charge des femmes déniaient leur grossesse.

En formant des professionnels de santé au sujet du déni de grossesse, les femmes pourront être mieux entendues, exprimer leurs besoins, leurs questionnements que cela concerne l'annonce de la grossesse, le déroulement de celle-ci, l'accouchement ou même des informations relatives à l'évènement qu'elles viennent de vivre. Cette démarche contribue principalement au dépistage de situations vulnérables que ce soit concernant les femmes elles-mêmes, ou la relation à l'enfant à venir. Il serait donc souhaitable pour cela que les professionnels de santé en prennent conscience afin d'optimiser la prise en charge. Différents moyens peuvent être mis en place afin d'améliorer le vécu de ces femmes et de diminuer le risque de complications.

Les sages-femmes ont alors un rôle primordial dans les contextes de déni de grossesse. En effet, leur présence en maternité les amène à côtoyer les femmes régulièrement, que cela soit au cours de la grossesse ou bien à l'accouchement même. Permettre aux femmes de consulter régulièrement le même professionnel de santé leur permettrait de nouer une relation de confiance avec celui-ci.

Ainsi, avec seulement quatre entretiens, de nombreux éléments et demandes ont déjà été mis en évidence. Ces rencontres nous ont montré la nécessité pour nous, professionnels de santé, d'avoir un regard et une approche bien différente de celle que nous avons actuellement

lorsque la grossesse est connue très précocement. En effet, il semble primordial d'adapter la prise en charge lors d'un déni de grossesse; nous avons obtenu dans notre étude des premiers éléments pour optimiser cette PEC, mais une étude similaire à plus grande échelle permettrait de confirmer les résultats et de faire ressortir d'autres informations estimées nécessaires par des femmes ayant dénié leur grossesse.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Seguin S, Golse B, Apter G, Denis et négations de grossesse. La psychiatrie de l'enfant. Janvier 2013 ; 56 :267-92.
- [2] Rousseau T, Amar E, Ferdynus C, Thauvin-Robinet C, Gouyon J-B, Sagot P. Variations de prévalence de la trisomie 21 en population française entre 1978 et 2005. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. 2010 ; 4(39) ; 290-6.
- [3] Marinopoulos S, Le déni de grossesse et ses manifestations psychiques. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2010 ; 39 :159-68.
- [4] Grangaud N. Déni de grossesse : description clinique et essai de compréhension psychopathologique. Thèse de médecine, Paris, 2001.
- [5] Marce L-V, Traité de la folie des femmes enceintes. Baillères ; 1858.
- [6] Bécache A, Bécache S, Un déni de grossesse : aperçus psychodynamiques. Lyon médical. 1976; 235(1): 39-45.
- [7] Brezinka C, Biebl W, Kinzl J. Denial of pregnancy: obstetrical aspects. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 1994; 15:1-8.
- [8] Berns J, Denial of pregnancy in single women. Health soc work; 1982; 7; 4; 314-9.
- [9] Finnegan P, Mckinstry E, Erlick Robinsen E, Denial of pregnancy and chilbrith; Can Journal Psychiatry. 1982; 27; 672-4.
- [10] Slayton RI, Soloff P, Psychotic denial of third trimester pregnancy. Journal Clinical of psychiatry. 1981; 42; 12; 471-3.
- [11] Miller L-J. Maladaptative denial of pregnancy. The American Journal of psychiatry. 1991; 148(8): 1108.
- [12] Beier KM, Wille R, Wessel J. Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: a proposal for international classification systems. Psychosom Res 2006; 61:723-30.
- [13] Bayle B, Négations de grossesse et gestation psychique. 1^{er} colloque français sur le déni de grossesse organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse. Edition Universitaires du Sud, 2009.

- [14] Lansac J, O'Byrne P, Masson J-M, Le déni de grossesse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Collège Nationale de Gynécologues et Obstétriciens Français, 2010 ; 39; 1-342.
- [16] Pierrone C, Delanoy MA, Florequin C, Libert M. Le déni de grossesse. A propos de 56 cas observés en maternité. *Perspectives psychiatriques* 2002 ; 41 :182-8.
- [17] Wessel J, Endrikat J, Buscher U. Frequency of denial pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstet Gynecol Scand*. Nov 2002; 81(11):1021-7.
- [18] Friedman SH, Heneghan H, Rosenthal M. Characteristics of women who deny or conceal pregnancy. *Psychosomatics* 2007; 48:117-22.
- [19] Jenkins A, Millar S, Robins J. Denial of pregnancy – a literature review and discussion of ethical and legal issues. *Journal of the royal society of medicine*, 2011, 104(7): 286-91.
- [20] Jenkins A, Millar S, Robins J. Denial of pregnancy: a literature review and discussion of ethical and legal issues, *JR Soc Med* 2011; 104:286-91.
- [21] Marinopoulos S, Nisand I, Elles accouchent et ne sont pas enceintes. 1^{ère} ed. Brignon : Les gens qui libèrent ; 2011.
- [22] Marinopoulos S, Le déni de grossesse. Edition Yakapa, 2007.
- [23] Marinopoulos S, De l'impensé à l'impensable en maternité : le déni. *L'esprit du temps* ; 2009 ; 53 :19-34.
- [24] Marinopoulos S, Le déni de grossesse et ses manifestations psychiques. Fayard 2008 :159-67.
- [25] Pereira de Oliveira C, Le déni de grossesse : une entité clinique valide ? *L'esprit du temps* ; 2013 :189-207.
- [26] Chaulet S, Le déni de grossesse. *Annales médico-psychologiques*.2011 ; 220.
- [27] Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse, *Déni de grossesse, 99 histoires vécues*. Edition Amalthée, 2009.
- [28] Government of South Australia, *Concealed or denied pregnancy, South Australian Perinatal Practice Guidelines*. 2011.

- [29] Chaulet S, Juan-Chocard A, Vasseur S, Le déni de grossesse : étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse. *Annales médico-psychologiques*. Décembre 2013 ; 171(10) :705-9.
- [30] Bayle B, Les négations de grossesse: dissimulation, dénégation et déni. Edition ERES : *L'enfant à naître* ; 2005 :169-204.
- [31] Lestienne C, Dubruille P. L'accompagnement dans une société à la recherche de sens. Edition L'Harmattan. *Savoirs* : 2009 ; 20 : 79-83.
- [32] Paul M. Chapitre I. L'accompagnement, ou la traverse des paradoxes, in Jean-Pierre Boutinet et al. *Penser l'accompagnement adulte*. Presses universitaires de France « Hors collection », 2007, 251-274.
- [33] Paul M. *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. L'Harmattan. Paris. 2004.
- [34] Boutinet J-P. *Vulnérabilité adulte et accompagnement de projet : un espace paradoxal à aménager*. Paris : PUF. 2007 :27-49.
- [35] Mirlesse V, Les annonces anténatales. *Médecine et hygiène*. 2007;19:223-41.
- [36] Sfez L. *La communication*. Presses universitaires de France. *Que sais-je?*. 2010. 128.
- [37] Dejours C. Incidences de l'analyse théorique et épistémologique des présupposés de la recherche sur le modèle de l'homme dans les conceptions du facteur humain. Edition *Que sais-je ? Presses Universitaires de France*. 2014. (6) ; 128.
- [38] Chappuis R. *La psychologie des relations humaines*. Edition *Que sais-je ? Presses universitaires de France*. 2011. (9) ; 128.
- [39] Paul M. Ce qu'accompagner veut dire. *Carriérologie, revue française internationale*. 2003 :9(1).
- [40] Byldowski M. Comment expliquer le déni de grossesse ? Edition *sciences humaines*. 2010 ; 32 :114.
- [41] Dayan J, Bernard A, *Déni de grossesse, infanticide et Justice*. *Annales médico-psychologiques*. Août 2013 ; 7(171) :494-8.
- [42] Karasoglu M. *La prise en charge globale : notion fédératrice du projet de soin : quelle stratégie pour le directeur de soin ?* Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique. 2002.

[43] Libert M. À propos de l'inconcevable du déni de grossesse, de la profusion de ses représentations et de la nécessité de définir des conduites à tenir. Eres. 2016. 123-48.

[44] Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mai 2007.

[45] Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Mars 2014.

[46] Haute Autorité de Santé. Certification des établissements de santé. Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance. Mars 2014.

[47] Bayle B, Apter G, Auer J, et al. Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique. La vie de l'enfant. Eres. 2016.

BIBLIOGRAPHIES

Wessel J, Endrikat J, Buscher U. Elevated risk for neonatal outcome following denial of pregnancy: results of a 1-year prospective study compared with control groups. J Perinat Med. 2003;31(1):29-35.

Tronche A-M, Villemeyre-Plane M, Brousse G, Du déni de grossesse au néonaticide : hypothèse diagnostiques autour d'un cas. Annales médico-psychologiques. Novembre 2007 ;9(165) :671-5.

Struye A, Zdanowicz N, Ibrahim C, Reynaert C. Can denial of pregnancy be a denial of fertility? A case discussion. Psychiatria Danubina 2013; 25:113-7.

Jacob Alby V, Quaderi A, Védie C, Le déni de grossesse relève-t-il d'une maladie mentale? Annales médico-psychologiques. Juillet 2014 ; 172 : 382-6.

Navarro F, Delcroix M, Godeau E, Déni de grossesse à l'adolescence. La revue de santé scolaire et universitaire. Mai 2013 ;4(21) :14-7.

Seigneurie A-S, Limosin F, Déni de grossesse et néonaticide : aspects cliniques et psychopathologiques. La revue de médecine interne. Novembre 2012 ; 33(11) :635-9.

Derzelle M, Le déni de la complexité en douleur chronique : la part psychique maltraitée. Annales médico-psychologiques. Mars 2014 ;172(2) :136-8.

Bardou H, Vacheron-Trystram M-N, Cherf S, Le déni en psychiatrie. *Annales médico-psychologiques*. Mars 2006 ;164(2) :99-107.

Janati-Idrissi M, Dany L, Libert M, Représentations sociales du déni de grossesse chez des professionnels et futurs professionnels de maternité de la métropole lilloise. Juin 2014,62(4) :195-202.

Bonnet C, Maternités impossibles et accouchement sous X; *La lettre du gynécologue*. 1999 ; 238 ; 75-7.

Thouvenin D. L'accès au corps humain et à l'embryon humain : une tentative d'arbitrage des intérêts contradictoires par les lois bioéthiques. *L'esprit du temps : champ psychosomatique*. 2009 ; 55(3) ; 39-62.

Papageorgiou M. Etranger du ventre, étranger du transfert. Presses Universitaires de France. *Revue française de psychosomatique*. 2004 ; 26 : 53-71.

Gourand L. L'échographiste et l'accès au ventre. Presses Universitaires de France. *Revue française de psychosomatique*. 2004 ; 26 : 71-83.

Fellous M. Explorer le ventre fécond de la mère. Presses universitaires de France. *Revue française de psychosomatique*. 2004 ; 26 : 83-97.

Poizat A. Quels rites pour les maternités d'aujourd'hui ? ERES. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. 2003 ; 40 : 127-33.

Garret-Gloanec N., Brun-Rousseau H., Bétrémieux M., « Rapport Couty, Secteur et psychiatrie infanto-juvénile. », *L'information psychiatrique* 6/2009 (Volume 85), p. 549-57.

ANNEXES

Annexe 1 - Principales séries de déni de grossesse publiées.

<i>Auteur</i>	<i>Nb de cas</i>	<i>Déni total</i>	<i>Déni partiel</i>	<i>Accouchement à domicile</i>	<i>Néonaticide</i>
<i>Brezinka 1994</i>	27	11 (41%)	16 (59%)	1	0
<i>Pierrone 2002</i>	56	29 (52%)	27 (48%)	-	-
<i>Wessel 2002</i>	62	24 (39%)	38 (61%)	4	-
<i>Friedman 2007</i>	61	7 (11%)	55 (89%)	-	-

Annexe 2 – Taux de recours aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000.



* Inférieur ou supérieur de 0,5 écart-type.
Source : rapports annuels de secteurs 2000.

Annexe 3 - *Formulaire d'information et de consentement transmis aux femmes ayant dénié leur grossesse.*

Le 19 / 06 / 2015.

Madame,

Bonjour,

Actuellement étudiante sage-femme en 5^{ème} et dernière année d'étude, j'ai choisi de réaliser mon mémoire de fin d'étude sur la découverte tardive de la grossesse et l'accompagnement auprès des femmes.

Pour cela, je cherche à entrer en contact, avec des femmes qui, comme vous, sont actuellement à l'hôpital et ont vécu cet évènement (que vous soyez enceinte ou ayez accouché).

Si vous acceptez de participer à cette étude, je serai disposée à vous recontacter afin de convenir d'un rendez-vous, et ce, tout en conservant votre anonymat (aucune donnée concernant votre identité ne sera révélée). L'échange sera basé sur un questionnaire préparé à l'avance, et guidé selon vos envies.

Je serai amenée à prendre des notes ou bien à enregistrer les conversations à l'aide d'un dictaphone (si vous êtes d'accord).

Pour cela, j'aurai besoin de votre autorisation afin de pouvoir venir vous solliciter et échanger avec vous.

Angélique LOUDENOT

Ecole de sages-femmes – Hôpital Saint-Antoine

Université Pierre et Marie Curie

Faculté de Médecine Paris VI

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A L'ETUDE

Comment accompagner et prendre en charge au mieux les femmes découvrant tardivement leur grossesse à partir de leur point de vue subjectif ?

Je soussignée donne mon consentement pour que mes réponses soient exploitées de façon anonyme dans le cadre du mémoire de fin d'études de sages-femmes sur l'accompagnement des femmes ayant découvert tardivement leur grossesse.

J'accepte de participer à un entretien enregistré à l'aide d'un dictaphone d'une vingtaine de minutes, et ce, de manière totalement anonyme, au moment qui me conviendra le mieux.

J'accepte également d'être contactée au numéro de téléphone suivant :

....., si j'accepte de participer à l'étude et que j'accepte de convenir d'un rendez-vous.

J'ai bien conscience que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude et que je suis libre d'interrompre ma participation à tout moment sans donner de raison et sans conséquence.

Fait à :,

Le

Annexe 4 – Trame d’entretiens utilisée pour l’étude.

Ce que je veux savoir	Comment je demande
<p><u>Questions générales :</u></p> <p>Je commencerai par me présenter à la patiente et lui confirmerai que l’entretien est strictement anonyme, et que je respecterai la confidentialité.</p> <p>Grâce à des questions basiques pour débiter l’entretien, je vais pouvoir établir une certaine relation de confiance avec la patiente: âge, parité, situation maritale, situation professionnelle, précarité, des antécédents quelconques (médicaux, gynécologique, familiaux ou personnels).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quel âge avez-vous ? Etes-vous en couple ? Travaillez-vous ? Habitez-vous dans un appartement ? • De quelle origine êtes-vous ? • Avez-vous des enfants ? avez-vous déjà été enceinte auparavant ? • Avez-vous des antécédents particuliers ?
<p><u>Questions concernant la grossesse :</u></p> <p>Ces questions me permettraient de savoir ce que la femme a ressenti à ce moment-là et même avant.</p> <p>Si elle avait un désir de grossesse ou d’enfant.</p> <p>A quel terme elle a appris son état de grossesse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Racontez-moi la façon dont vous avez appris que vous étiez enceinte et par qui ? • A quel moment de la grossesse avez-vous appris que vous étiez enceinte? • Comment avez-vous réagi au moment où on vous a annoncé votre grossesse ? Qu’en avez-vous pensé ? • De quoi auriez-vous eu besoin à ce moment précis ? • Auriez-vous souhaité quelque chose de particulier concernant la prise en charge et les examens faits à ce moment ? • Qu’est-ce qui vous a manqué à ce moment ?

Questions concernant son ressenti quant à la prise en charge/l'accompagnement par les professionnels de santé :

Ces différentes questions (reformulées pour certaines de différentes façons) sont nécessaires pour avoir des renseignements par rapport à l'accompagnement par les professionnels de santé qui a été fourni, et l'accompagnement que la femme aurait souhaité.

Cela me permettra par la suite de comprendre ce qui a manqué à la femme lors de son suivi, ce qu'elle a éventuellement ressenti, et ce qui a été fait concernant sa prise en charge.

Accompagnement par un proche :

Savoir si la présence d'un proche ou d'un conjoint leur semble nécessaire lors de l'annonce de la grossesse ou de l'accouchement. Savoir si le principal sentiment ne serait pas de « cacher » ce déni de grossesse à ses proches.

- Au moment où vous avez appris que vous étiez enceinte :
 - **Comment avez-vous ressenti cette annonce ?**
 - **Que vous a-t-on dit ? Pensez-vous que la façon dont on vous a dit les choses vous a été bénéfique ? Pourquoi ?**
 - **Auriez-vous eu besoin des gestes, de paroles, ou d'actes pour vous accompagner ?**
 - **Souhaiteriez-vous quelque chose de particulier concernant cette prise en charge ?**

Si déni partiel :

- **Par quel professionnel avez-vous eu l'annonce de la grossesse ? Comment vous l'a-t-il annoncé ?**
- Avez-vous pu poser les questions qui vous semblaient importantes ?
- **Vous-a-ton proposé une prise en charge particulière lors du suivi de la grossesse ? des examens complémentaires ? des rendez-vous avec des spécialistes ?**
- **Auriez-vous eu besoin que les professionnels adaptent leur suivi ? Comment ?**
- **Comment votre grossesse a-t-elle été suivie ? Combien de consultations ont été réalisées ? Lesquelles ?**
- Que pensez-vous de la façon dont votre grossesse a été suivie par la suite ?
- **Quels sont les différents professionnels que vous avez pu rencontrer au cours de votre grossesse ? Cela a-t-il été bénéfique ?**
- Vous ont-ils proposés des choses différentes ? Particulières ?

Si déni total :

- **Qui et comment vous-a-ton annoncé l'accouchement ?**

- Un proche / votre conjoint vous-a-t-il accompagné lorsque vous avez pris connaissance de la grossesse ?
- **Pensez-vous que la présence d'une personne vous était nécessaire ?**

<p><u>Gynécologie :</u></p> <p>Savoir si la femme avait connaissance de l'effet des contraceptifs, des possibilités d'être enceinte.</p> <p><u>L'accouchement :</u></p> <p>Ces questions permettent de prendre connaissance des besoins et des ressentis de la femme ainsi que de la prise en charge réalisée par les professionnels de santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aviez-vous une contraception ? Laquelle ? • Aviez-vous un suivi régulier ? • Comment avez-vous réagi quand vous avez accouché ? • Quelque chose vous semblait-il nécessaire à ce moment ? • Qu'auriez-vous voulu personnellement ? • Pensez-vous que les professionnels ont réagi comme vous le souhaitiez ? Leur présence vous-a-t-elle été bénéfique ? • D'après vous, y-a-t-il quelque chose à revoir ? • Aujourd'hui comment auriez-vous envisagé votre accouchement ? • Quelque chose vous-a-t-il manqué ? • Quand vous êtes arrivées à la maternité, vous-a-t-on fait des examens complémentaires ? Lesquels ? Pourquoi ?
<p><u>Etablissement d'une relation mère-enfant :</u></p> <p>Ces questions apportent des informations quant à la façon dont elles ont accepté (ou non) le fœtus et/ou le nouveau-né. Elles nous permettent par la suite de faire une relation avec la prise en charge de la mère.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comment avez-vous accueilli la grossesse ? • Au moment où vous avez appris votre grossesse, quels ont été vos premiers sentiments ? Par la suite ? • Comment s'est passé cette nouvelle relation ? • Combien de temps cela a-t-il pris pour que vous preniez en compte réellement la grossesse ? • Quelles ont été vos pensées ? Aviez-vous des peurs particulières ? • Souhaiteriez-vous rajouter quelque chose concernant cette relation ?

Conclusion :

Ces questions me permettent de relancer la femme sur une globalité de la prise en charge, de ses ressentis et de faire le point sur les éventuelles choses/examens/etc qui lui auraient manqué.

Si la femme n'a pas beaucoup explicité :

- Estimez-vous nécessaire d'envisager une prise en charge spécifique par les professionnels de santé ?
- En résumé : y-a-t-il des effets bénéfiques de ce qui a été réalisé ? Pensez que certains points sont à revoir ? Lesquels ?
- Qu'auriez-vous voulu, vous, personnellement ?
- Aujourd'hui pensez-vous qu'il y aurait eu une façon particulière de vous annoncer la grossesse ?

Annexe 5 – Entretien.

Certaines parties de l'entretien était hors sujet et donc, sans intérêt particulier pour l'étude. Elles n'ont pas été notifiées dans l'entretien retranscrit. De plus, la retranscription a été faite mot par mot : la grammaire et le vocabulaire utilisés sont ceux des femmes. Ainsi, le français n'est pas parfaitement correct.

Pour finir, les questions ont été posées dans le désordre, selon ce que disait la femme.

GENERALITES

Madame F3 a été interrogée le 29 mars 2016 à l'occasion d'un rendez-vous fixé après avoir eu un contact téléphonique avec elle.

- ❖ Age : 30 ans.
- ❖ En couple depuis 10 ans.
- ❖ Activité : assistante logistique.
- ❖ Habite en maison avec son mari.
- ❖ Antécédents : HTA gravidique.
- ❖ Cinquième geste, troisième pare (1 IVG).
- ❖ Suivi gynécologique régulier.
- ❖ Contraception : dispositif intra-utérin au cuivre.
- ❖ A pris connaissance de son état de grossesse aux alentours de 24 SA.

ENTRETIEN

Vous ne travaillez plus maintenant ?

J'ai arrêté de travailler déjà par rapport à mon fils, c'est un grand prématuré en fait de 26 semaines. Et comme c'est un grand prématuré, il peut pas vivre en collectivité pendant la première année déjà et puis la période hivernale aussi. Après sa sortie il nous a fait des frayeurs. Il avait arrêté de respirer à la maison, avec une grosse bronchiolite qu'il a pas supporté et tout ça. Donc l'hiver c'est assez compliqué pour lui. Donc j'étais déjà en congé de présence parentale. Il grandit à son rythme maintenant, il a eu un bon parcours, parce que pour un bébé de 26 semaines... Il est sorti en février, il a fait le malaise en avril. En avril il a fait le malaise. Donc du coup voilà.

Vous avez des enfants à ce que j'ai compris. Vous avez 3 garçons du coup ? Vous pourriez m'en dire un peu plus sur eux ?

Ils sont tous nés prématurés. Le premier 33 semaines il a 8 ans, le deuxième 30 semaines il a 6 ans et le dernier 26 semaines il a 1 an. Je fais que des prématurés en fait. Donc là, elle a déjà tenu un peu plus. J'en suis à 31 semaines là.

Vous aviez déjà eu d'autres grossesses avant ?

Non, à part entre le premier et le deuxième. J'ai saigné et c'est tout. J'ai été à l'hôpital, ils m'ont fait des examens et ils m'ont dit que j'avais fait une fausse couche, mais je le savais pas en fait.

Est-ce que vous pourriez me raconter la façon dont vous avez appris votre grossesse ?

Bah la, j'étais en vacances en décembre. Tout le mois de décembre j'étais partie en vacance en Afrique avec les enfants. On est revenu début janvier et puis bah en plus pendant les vacances j'avais perdu du poids comme je faisais un régime. Donc j'avais perdu énormément de poids 10 kilos. Je mangeais pas trop, et en plus avec le soleil j'avais fondu. J'étais toute contente j'avais atteint mon objectif, il faisait beau, il faisait chaud là-bas. Donc j'étais occupée. Comme j'étais occupée je mangeais léger une salade, des oranges. Donc je suis revenue début janvier. Et fin janvier j'ai ressenti des choses bouger en moi. Donc sur le coup je me suis dit c'est pas possible que ce soit ça. Parce que même si c'était ça, c'est pas en début de grossesse qu'on sent ça. Après 3 enfants, je commence à connaître un peu. J'ai dit « non ça doit pas être ça, ça doit être les ovaires ou je sais pas ».

Vous essayiez de trouver une explication en fait.

Ouais voilà, et une semaine après j'en parle avec ma sœur. Et elle m'a dit « mais non on était ensemble ce week-end, t'es toute maigre, c'est pas ça. Et puis sentir quelque chose bouger en toi, c'est pas quelque chose que tu vas sentir au début, dès le début ». Et donc, elle me dit « juste pour te rassurer va faire une prise de sang ». Du coup le lendemain à 7h je vais faire une prise de sang. Elle m'a dit que j'aurai les résultats dans l'après midi. Donc je dis « ok », je consulte et là, le résultat est positif mais le chiffre ne correspond à rien du tout dans le tableau. Y'avait un tableau, mais les chiffres ils correspondaient à rien. Personne savait pourquoi, même au laboratoire, ils savaient pas pourquoi. Et donc je les appelle et ils me disent que c'est positif, mais on peut pas dire à quel terme je suis parce que ça correspond à rien. Donc ils me disent que le mieux c'est de faire une échographie. Donc je lui dis ok. Ils m'ont donné le

numéro d'un centre qui fait des échographies en urgence à *****. Tout ça, ça s'est fait tout début février. La première semaine. Donc j'ai été faire l'échographie le lendemain. Elle m'a demandé pourquoi j'étais là. Donc je lui dis que je sais pas trop, qu'à priori je serai peut être enceinte, mais c'est pas sur parce qu'on comprend pas le résultat. Le résultat était peut-être faux, il y avait peut-être un souci, le résultat était bizarre tout ça. Donc j'étais pas fixée à 100% même si les résultats étaient positifs. Elle me dit « Ah bon ? Bah ok, installez-vous ». Donc je m'installe et elle commence à palper mon ventre et elle dit « Ah votre utérus il est quand même haut ». Moi je dis « Ah bon ? ». Et puis elle me met le gel sur le ventre et elle fait directement l'échographie sur le ventre alors que d'habitude, le début de grossesse c'est par le bas quoi. Donc elle le fait et après elle dit « Ah oui, et bah là vous avez une grossesse qui est quand même bien avancée ». Je dis « comment ça ? ». Je commence à trembler tout ça. Et elle me dit « Calmez vous » parce que je lui avais raconté un peu mes antécédents. Et elle me dit « Là, regardez, je peux même pas vous montrer le bébé en entier, là c'est juste la tête qu'on voit ». Et je dis « Mais comment ça ? C'est pas possible, mais regardez ! Il est où le bébé s'il est gros comme ça ? ». Elle me dit « Bah il est là, il s'était caché ». Après, j'étais sous le choc, je me disais « mais non, c'est pas possible, j'ai mon garçon, il est à la maison, je l'ai laissé avec son papa... ». Et du coup l'échographiste elle me dit « Non, mais vous allez gérer ». En fait, pour moi, c'était fini quoi. Après un épisode comme celui-ci [son dernier enfant], j'en voulais plus.

Oui je comprends, je comprends. Mais sur le coup ? Vous aviez pensé à quoi ? Votre réaction ? Au moment où elle vous l'a annoncé ?

Quand elle me l'a annoncé... Bah j'étais choquée en fait surtout que comme j'étais avancée, il y avait même pas possibilité d'IVG ou quoi.. Donc j'avais pas le choix de toute façon. Je me suis dit « non, là c'est pas possible. J'ai déjà un autre enfant à m'occuper, là c'est pas possible, ça peut pas être ça quoi ». Mais bon après ça a vite été mieux. Elle me dit « vous allez gérer et puis vous avez quoi ? Fille garçon ? ». Moi je dis que des garçons. Et puis elle fait l'échographie et puis elle dit « Oh, bah félicitation c'est une petite fille ». Donc là sur le coup, ça m'a fait un peu sourire.

Ca vous a fait plaisir en fin de compte.

Bah oui voilà. Je l'ai cherché quand même la fille, depuis le premier. Elle est arrivée comme ça quoi. Et donc je l'ai su j'étais à 24 semaines. Et elle m'a dit d'aller à l'hôpital en urgence parce que je risque l'accouchement prématuré encore comme j'ai pleins d'antécédents. J'ai

été à l'hôpital, ils m'ont donné des rendez-vous rapidement. Dans les 3 jours après j'avais déjà des rendez-vous. Elle m'a donné le rendez-vous pour la dernière écho comme j'ai pas les autres. Et j'ai la sage-femme à domicile.

Ah, et elle passe fréquemment ?

Bah ça va oui, elle passe 1 fois par semaine pour me faire un monito, et ma tension. Ca m'arrive de faire l'hypertension et du coup bah j'accouche tôt.

Quand elle vous a annoncé ça l'échographiste, est-ce que la façon dont elle vous a dit les choses vous avez trouvé ça bénéfique ? ou vous pensez qu'il y aurait quelque chose à revoir dans la façon dont on évoque les choses ?

Non. Non non, ça va. Elle a vraiment été bien. Je me dis ça sert à rien que je culpabilise, c'est arrivé, c'est arrivé. Et puis elle m'a pas fait culpabiliser. Non franchement c'est bien. Elle était très humaine.

Pour vous, c'était ce qui vous convenait ?

Oui, elle a été bien, on a pu parler quand même. Une bonne prise en charge je trouve.

Vous avez d'autres examens de prévu ?

Oui, on m'a prévu l'échographie de croissance. J'en ai déjà eu une. Et elle veut m'en faire une avant d'accoucher aussi. Par rapport à la croissance. Mais en fait comme je savais pas que j'étais enceinte, je prenais des médicaments normalement. Je prenais des nurofen flash, j'ai été au Mali, j'ai pris le médicament du Palu pendant 1 mois. Donc voilà, par rapport à tout ça, en fait, du coup, voilà. J'ai un suivi rapproché à cause des bébés que j'ai fait aussi.

Oui, pour le coup, vous avez un suivi assez précis assez important qui vous convient et qui vous réassure aussi ?

Oui, j'ai beaucoup de rendez-vous, c'est rassurant quand même. J'ai vu la sage-femme et tout. En fait, je vois aussi le médecin plus d'une fois par mois. Les rendez-vous avec la gynéco j'ai 1 à 2 fois par mois avec elle. On m'a parlé d'une psychologue, mais je m'y suis faite.

Donc vous pensez que c'était pas forcément nécessaire.

Non, pas besoin, voilà. Et puis en plus j'attends une fille. Je crois que ça m'a rassuré en plus, sinon j'aurais pas été aussi rapide à accepter je pense aussi.

Au niveau sentimental, comment vous pourriez décrire ça ?

C'est choquant, c'est bouleversant. On a d'autres projets, on s'y attend pas. Je commençais à m'organiser pour reprendre le boulot, pour faire garder le petit... Il faut le temps. Je commence à m'organiser un peu.

Donc sur le coup, vous pensez que vous auriez eu besoin de quelque chose ? Des examens ? Des paroles ? Des gestes ? Peu importe ?

Non... Parce que la prise en charge elle a été bien faite. J'ai un gros suivi. En fait, après j'ai été contente. Je m'y suis fait. J'ai pas d'autre alternative. Du coup j'ai pas le choix je m'y fais.

Donc la façon dont elle vous a dit les choses ça a été plutôt bénéfique ? Ca vous a permis de débiter un cheminement « psychologique » pour accepter votre puce en fait ?

Oui, c'est ça. C'est ça !

Au niveau du suivi organisé pour vous, vous trouvez que tout vous a été adapté parfaitement ? Les professionnels de santé ne sont pas trop « présents ». C'est tout fait dans la juste mesure ?

Oui, non ça va. Et puis en plus ils connaissent déjà mon dossier, mes antécédents. Ils ont vu eux-même que j'étais encore enceinte, ils savaient. J'ai même pas eu à leur expliquer quelque chose ou quoi. Ils savent qu'il faut me faire une prise en charge un peu délicate. Donc non non, c'est bien. Ils ont bien agi.

Donc c'est vraiment bien que vous ayez été dans le même hôpital que pour vos garçons ?

Oui c'est ça ! Si ça se trouve au final la prise en charge elle aurait pas été la même que ce qu'elle est aujourd'hui. Et puis ils me suivent bien, c'est adapté.

Vous pourriez me dire toutes les consultations que vous avez eu pour le moment ? Une échographie... ?

Oui, enfin non, j'en ai eu 2 : une pour quand je l'ai su et une écho de croissance. J'ai eu une consultation avec la gynéco et une consultation avec la sage-femme. Après c'est les sages-femmes qui viennent à la maison toutes les semaines. La, j'ai une consultation le 14 et une le 18 février à 34 semaines pour la troisième écho.

Aujourd'hui, vous êtes à peu près à 31 semaines d'aménorrhée c'est ça ?

Oui c'est ça, ça avance bien. C'est une bonne nouvelle. J'espère arriver jusque là. Un accouchement au moins à partir de 34 semaines, ce serait bien. J'ai juste accouché une fois

par en bas pour le deuxième, parce qu'il sortait en fait. Le premier, j'ai fait de l'hypertension donc ils entendaient plus le cœur du bébé donc ils l'ont sorti. Le deuxième il sortait à 30 semaines. Et troisième, j'ai tout fait. Hypertension, césarienne, et hématome rétro-placentaire... J'avais du sang qui coulait, qui coulait et du coup à l'hôpital ils voulaient le sortir.

D'accord, c'est arrivé chez vous, et vous avez été en urgence à l'hôpital...

Oui, c'est les pompiers qui m'ont amené. Ils m'ont même pas ausculté et tout tellement ça saignait. Anesthésie générale et tout ça. C'est à mon réveil que mon mari il m'a dit que j'avais accouché. Sur le coup, moi avant, je pensais à une fausse couche mais non mon mari il m'a dit qu'il était là, il faisait 660g. J'ai dit « quoi ?! ». Donc voilà... Maintenant, à l'hôpital ils le connaissent bien, et ils sont contents quand il le voit.

Il est tout grand maintenant alors. On vous surveille plus plus. Ils vous ont proposé des choses particulières les professionnels que vous avez rencontrés ?

D'aller voir une psychologue. On m'a conseillé d'aller voir une psychologue. C'est tout. On m'a pas proposé de cours à la naissance ou quoi. De toute façon c'est un accouchement qui va être programmé, une césarienne mais bon... Et puis j'ai l'impression que je fais rien comme les autres. J'accouche pas comme les autres. Après les trois, c'est vrai, que moi, si tout se passe bien c'est limite une réconciliation avec la maternité. J'ai été déçue de l'accouchement, de tout. Pour moi, quand on accouche, on est heureux. Moi pour mes trois, j'ai pleuré. Je me retrouve toute seule sans mon bébé. C'est un mauvais souvenir pour les trois. Donc ce serait une première pour nous. Pour et mon mari et moi. Je sais que ça lui fait quelque chose aussi. Il essaie de camoufler mais ça lui fait quand même ça. Pour moi les cours de préparation ça me sert pas. Je pense pas que ça puisse me servir. Mais rien que le fait que je me dise que le bébé pourrait avoir un poids plus « normal », pourrait être avec moi, ce sera déjà énorme, ce sera déjà un grand pas, ce sera quelque chose ! c'est du jamais vu chez nous. On a trois enfants, oui ils vont bien maintenant, mais au début c'est compliqué. On sort de la maternité et on n'a pas fini. Le premier je suis restée 2 semaines avec lui à l'hôpital. Les deux autres, je rentre toute seule et je faisais des allers-retours à la maternité. On a peur, c'est la hantise. Pour le dernier, il était en réanimation pendant 1 mois et demi. On voit les bébés revenir et partir... On se dit pourquoi pas nous ? On en dormait pas. A trois heures du matin, je téléphonais à l'hôpital car j'avais peur de ce qu'on pourrait m'annoncer. Au début en plus on se prononce pas, on attend les examens les radios et tout. Après une fois qu'on passe en soin intensif, on

est content. On se dit « ca y est, c'est bon ». On peut commencer à se projeter avec le bébé quoi.

Oui, c'est sur que la prise en charge des prématurés c'est quelque chose qu'il faut vivre pour comprendre ce que ressentent les parents. C'est assez lourd à gérer.

Mais déjà là je suis rassurée. Je suis à 31 semaines, donc je suis plus à 26 semaines. On est conscient. Du coup, on fait en sorte que ça se passe autrement. Après cette grossesse, y a eu tout ça : au début, on se disait c'est pas possible non. C'est pas possible, on m'annonce que je suis de nouveau enceinte, je peux pas revivre tout ça, c'est pas possible. Déjà, il y a un travail à faire pour accepter la grossesse, parce que quand même, sur le coup c'est un choc. Mais en plus de ça, j'attends 35 semaines en fait. Parce que jusqu'à 35 semaines, c'est la peur, tous les jours.

Je comprends, mais le principal c'est que vous écoutiez votre corps, vraiment.

Oui, et puis même les sages-femmes elles m'ont dit de les appeler si jamais j'ai le moindre doute sur quoi que ce soit. Pour le moment, j'ai pas eu à le faire. Donc je suis assez contente. J'attends du coup. Mais je redoute quand même l'accouchement, j'ai peur de ce qui peut arriver encore. Je me dis j'ai pas envie d'être toute seule et tout, j'espère vraiment que ce sera pas une césarienne en urgence et que mon mari pourra être là. Faudrait que j'apprenne à me détendre, faudrait que je voie si de l'hypnose ou des trucs comme ça ça marcherait. Ma sœur elle m'en a parlé. Et puis, moi, je pense que je pourrais profiter plus et mieux de ma grossesse, même si j'en profite tous les jours mais mieux !

Du coup, ce que je comprends, c'est que vous êtes vraiment proche de votre mari. Il n'était pas présent quand on vous a annoncé votre grossesse. Vous en pensez quoi ?

Non, mais lui non plus il était pas au courant de tout ça. Il y pensait même pas non plus en fait. Moi, je pense que ça aurait été bien qu'il soit là, on l'aurait appris ensemble. Ça aurait été un soutien.

Ça fait combien de temps que vous êtes ensemble ?

Ca fait 10 ans, quasiment 11 même.

Et vous preniez une contraception ? C'était quoi ? Si jamais vous preniez quelque chose ?

J'avais le stérilet ! Celui en cuivre là, sans hormone. Mais la conception du bébé à priori c'était tout juste avant en fait. Vue la date à laquelle je suis, bah c'est que je suis tombée enceinte juste avant de la mettre. J'allaitais mon fils avant et mon médecin il m'a dit de continuer la pilule microdosée. Une fois que j'ai arrêté l'allaitement, j'ai appelé pour mettre le stérilet. Mais j'avais même pas arrêté la pilule, je la prenais tous les jours en plus je la prenais bien à la même heure. Mais en fait, je sais pas... J'ai peut être mal fait. Peut être que je prenais pas pile poil à l'heure, mais dans la demie heure je la prenais en fait. Ils m'ont retiré le stérilet après. En fin février je crois à peu près. 2 semaines après que j'ai su quoi.

Donc c'était une grossesse que vous n'attendiez pas du tout du tout... Vous retenez quoi en règle générale de celle-ci ?

Une surprise. Une grossesse surprise. Une très grosse surprise. Je pensais que ça existait juste dans les films, mais non, ça m'est arrivé.

Sur le coup, le fait d'avoir la grossesse, comment vous avez accueilli cette nouvelle ?

Bah, choquant. Mais soulagement et contente parce que j'attends une petite fille. Dans un premier temps, choquant quand même. Choquant parce qu'on s'y attend pas, c'était pas prévu, parce qu'on a pas programmé ça et puis voilà c'est arrivé. Sur le coup, franchement j'aurai fait l'IVG, mais bon on pouvait plus et puis en fait je suis contente qu'on ne puisse pas la faire.

Oui c'est une surprise comme vous avez dit. Mais pour le coup, vous avez réussi à bien nouer le lien avec elle. Vous pensez que ça s'est fait de quelle façon ?

Bah je l'ai sentie bouger, et puis après quand j'ai vraiment bien pris en compte la grossesse, enfin que je le savais vraiment que j'étais enceinte, que je me le disais, bah elle bougeait encore plus et puis on reprend les habitudes de se toucher le ventre et d'être contente de la sentir bouger en fait. Mais je pense aussi que c'est le fait que je rêvais d'une petite fille... J'ai toujours voulu avoir une fille. Mais bon, ç'aurait été un garçon je l'aurai accepté aussi, évidemment, mais ça fait encore plus plaisir de se dire qu'au final c'est une fille.

Tout ça, ça s'est fait rapidement en fait ?

Oui, j'ai mis peu de temps pour me dire que voilà c'est là et je fais avec. Mon ventre il est sorti en une semaine même. Jour par jour il grossissait. J'ai vu mes sœurs le WE d'avant. Et j'ai envoyé la photo le week-end d'après et ma sœur elle m'a dit « Mais c'est pas possible, c'est pas ton ventre ça ? ». J'ai dit « Bah si ». Et puis à ce moment là, elle s'est mise à bouger énormément.

Oui, en fait, vous vous découvrez mutuellement.

Oui c'est ça. Le fait qu'elle bouge et que maintenant je la vois, c'est un peu comme si on rattrapait le temps perdu. Je dors beaucoup moins, elle bouge vraiment souvent...

Est-ce que vous avez eu des pensées particulières ? Des peurs ? Autres... ?

Non, à part la peur de faire encore un accouchement prématuré, y'a rien qui me fait peur particulièrement.

Vous souhaiteriez rajouter quelque chose par rapport à ça ?

J'espère qu'elle tiendra et qu'elle vienne au monde au moins à 35 semaines en bonne santé. J'ai plus qu'un mois et je sais que le 25 avril je peux ! Je compte. J'ai hâte. Je pourrai souffler maintenant. Elle grandit bien, et la dernière écho début mars le 6 mars je crois, elle faisait déjà 1200g. Donc à priori elle avait un bon poids. Je suis contente déjà !

Oui, faut que ça continue comme ça alors.

Oui, vraiment la bonne santé en fait. Vu qu'il y a quand même des examens que j'ai pas pu faire comme la trisomie tout ça. Y'a pas mal de choses que je découvrirai à la naissance.

Oui, vous auriez voulu faire ça au premier trimestre avec l'échographie du premier trimestre ?

Oui, je l'ai pas vu grandir. Je l'ai pas fait. L'échographie du deuxième trimestre aussi. Mais sinon j'ai assez de suivi maintenant. C'est vraiment les examens du début que j'aurai bien aimé avoir.

Donc en règle générale, les professionnels ont bien adapté leur suivi à votre grossesse. A partir du moment où vous l'avez connu, y'a rien de particulier à refaire ?

Bah, peut être juste la préparation à la naissance, plus pour me détendre en fait. Mais c'est tout je pense.

Donc pour le petit résumé, tout était plutôt bénéfique sur ce qui a été fait, aucun point particulier à revoir.

Oui c'est ça.

Est-ce que vous, personnellement, vous auriez voulu quelque chose ?

Ne pas faire le déni ! C'aurait été plus facile. Beaucoup de gens me disent « c'est génial de savoir ça à la fin de grossesse, t'as passé la plus grosse partie etc ». Mais bon, j'ai quand même pas vécu pas mal de choses en fait.

Vous en avez parlé assez facilement à vos amis ?

Non, pas mes voisins. J'ai quelques voisins qui savent, mais pas tous. Je suis jamais dehors, tout le temps à la maison. Les autres grossesses, on me voyait. Là, j'en ai marre de me justifier. J'ai l'impression que je dois me justifier « comment ça se fait tout ça... ». Mon boulot, j'ai pu les contacter lundi dernier, mais avant, j'appréhendais, j'arrivais pas. Mais au final elle était contente en fait. Je m'y attendais pas à cette réaction. Même dans mon entourage, il n'y a que quelques amis qui sont au courant, mais pas beaucoup. C'est différent. On m'a vu en décembre, j'étais sveltes et là, plus du tout ! Mais j'ai juste pas envie de continuer à parler, à m'expliquer... etc.

Annexe 6 – *Dépliant.*

GLOSSAIRE

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques.

PEC : prise en charge.

PMI : protection maternelle et infantile.

PNP : préparation à la naissance et à la parentalité.

Résumé – Introduction : Le déni de grossesse est une situation encore méconnue par les professionnels de santé, et la population générale. Les complications engendrées peuvent être variées, comprenant généralement une difficulté d'établissement de la relation mère-enfant. **Objectif :** Le but de cette étude est principalement d'identifier les besoins et les ressentis des femmes déniaient leur grossesse, ainsi que la prise en charge réalisée par les différents professionnels de santé qu'elles ont rencontrés. **Méthode :** L'étude a consisté à effectuer des entretiens semi-directifs auprès de 4 femmes ayant dénié leur grossesse. Elle s'est déroulée sur 7 mois de septembre 2015 à mars 2016. Diverses structures ont participé au recrutement des femmes, à savoir la PMI de Meaux et les hôpitaux : Trousseau, Diaconnesses, Jossigny, Bondy, Meaux. **Résultats :** Les entretiens ont mis en évidence le fait que les femmes ayant dénié leur grossesse nécessitent de verbaliser leurs ressentis et leurs besoins. L'importance de réaliser une prise en charge à adapter à la femme et à ses besoins et ressentis est primordiale pour optimiser l'investissement du fœtus. **Conclusion :** Les souhaits des femmes sont multiples et la prise en charge réalisée à leur égard actuellement ne semble pas être adaptée à leurs besoins. La nécessité de formations des professionnels, entre autres, semble primordiale pour favoriser l'investissement du fœtus/nouveau-né et pour permettre aux femmes de sentir soutenues.

Mots-clés : déni de grossesse, besoins, annonces, découverte tardive de grossesse, grossesse.

Abstract - Introduction: The denial of pregnancy is a situation still underestimated by the healthcare professionals, and the global population. Engendered troubles can be varied, generally including a difficulty in son-mother relationship establishment. The purpose of this study is mainly to identify pregnancy denying women needs and feelings, and the medical care realised by different healthcare professionals they have met. **Method :** Semi-directed interviews were carried out by four women who had denied their pregnancies to realise this study. It has been running during 7 months since September 2015 to March 2015. Many different institutions have participated to enroll women, like the maternal and child care of Meaux and the maternities of Trousseau, Diaconnesses, Jossigny, Bondy and Meaux. **Results :** Interviews highlighted the fact that women who had denied their pregnancies were looking for talking about their needs and feelings. It's really important to realise a medical care adapted to the woman needs and feelings in order to optimise fetus investment. **Conclusion :** Women wishes are multiple and the medical care they now receive does not seem suited to their needs. Training for professionals seems to be crucial to encourage investment of the fetus / newborn and to allow women to feel supported.

Key words: denial of pregnancy, needs during pregnancy, pregnancy, complications pregnancy.

Nombre de pages : 52 – Nombre d'annexes : 6 – Nombre de références bibliographiques : 47.