

Le déni de grossesse appréhendé par les sages-femmes en 2012 : étude qualitative auprès de sages-femmes réalisée entre le 15 juillet et le 31 août 2012 au sein de CH et de la PMI du département du Finistère

Andréa Copy

► **To cite this version:**

Andréa Copy. Le déni de grossesse appréhendé par les sages-femmes en 2012 : étude qualitative auprès de sages-femmes réalisée entre le 15 juillet et le 31 août 2012 au sein de CH et de la PMI du département du Finistère. Gynécologie et obstétrique. 2013. <dumas-00861330>

HAL Id: dumas-00861330

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00861330>

Submitted on 16 Sep 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ECOLE DE SAGES-FEMMES
UFR de médecine et des sciences de la santé
BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
ANNEE 2013

Le déni de grossesse appréhendé par les sages-femmes
en 2012.

Etude qualitative auprès de sages-femmes réalisée entre le 15 juillet et le 31
août 2012 au sein de C.H. et de la P.M.I. du département du Finistère.

Présenté et soutenu par :

Andréa Copy

Née le 27 février 1989

Directeur de Mémoire : Madame Le Docteur Geraud-Welby

Président du Jury : Monsieur Le Professeur Collet

Sommaire

<u>INTRODUCTION.....</u>	<u>3</u>
<u>1. LE DENI DE GROSSESSE : ETUDE DE LA LITTERATURE.....</u>	<u>5</u>
1.1. Théories du vécu d'une grossesse, concept de la maternité psychique.....	5
1.2. Le déni de grossesse.....	6
1.2.1. Historique et définition.....	6
1.2.2. Aspects sémiologiques.....	7
• Signes sympathiques de grossesse	
• Aménorrhée	
• Prise de poids et périmètre abdominal	
• Les mouvements fœtaux	
• Maintien du train de vie et un déni contagieux	
1.2.3. Epidémiologie.....	8
1.2.4. Levée du déni, annonce.....	9
• Le déni partiel	
• Le déni total	
• Annonce	
1.2.5. Conséquences du déni.....	10
• Conséquences pour la mère et la relation mère-enfant	
• Abandon, accouchement sous X	
• Néonaticide	
• Maltraitance	
1.2.6. Prise en charge adaptée.....	12
• Rôle des professionnels	
• Recommandations	
<u>2. RECHERCHE MENÉE SUR LE TERRAIN.....</u>	<u>14</u>
2.1. Objectifs et hypothèses de recherche.....	14
2.1.1. Objectifs.....	14
2.1.2. Hypothèses de recherche.....	14

2.2. Méthodologie de recherche.....	14
2.2.1. Type d'étude.....	14
2.2.2. Construction des outils d'enquête.....	15
2.2.3. Choix de la population et organisation de la recherche.....	15
2.3. Résultats et analyse.....	16
2.3.1. Résultats et analyse des questionnaires.....	16
2.3.1.1. Représentations.....	16
2.3.1.2. Connaissances.....	19
2.3.1.3. Prise en charge.....	19
2.3.2. Résultats et analyse des entretiens.....	20
2.3.2.1. Présentation de la population.....	20
2.3.2.2. Représentations et connaissances en matière de déni.....	20
2.3.2.3. Prise en charge.....	23
• Présentation des patientes ayant vécu un déni.....	23
• Situations concrètes d'annonce.....	23
• Prise en charge proposée.....	27
2.4. Discussion.....	29
2.4.1. Limites de l'étude, points forts, points à améliorer.....	29
2.4.2. Discussion et validation des hypothèses de recherche.....	30
2.4.3. Propositions d'amélioration.....	36
<u>CONCLUSION.....</u>	<u>38</u>
<u>REFERENCES.....</u>	<u>40</u>
<u>BIBLIOGRAPHIES.....</u>	<u>43</u>
<u>ANNEXES.....</u>	<u>47</u>

Introduction

Le déni de grossesse se définit par la non-reconnaissance par une femme de son état gravide au-delà du 1^{er} trimestre. Il peut être difficile de concevoir qu'une femme ignore qu'elle est enceinte et cela parfois jusqu'à l'accouchement. En effet, la grossesse est de nos jours un événement en général attendu, voire programmé du fait des progrès en matière de contraception, de techniques de contrôle de la procréation... Cette opposition à la « sacralisation » de la grossesse marque la première difficulté de compréhension du phénomène (1).

Ce phénomène de déni de grossesse est encore assez méconnu et difficile à comprendre pour la population. Les femmes issues d'une classe sociale défavorisée, les adolescentes ont longtemps été perçues comme les seules femmes pouvant vivre une expérience de déni de grossesse. Cependant, les études s'intéressant à ce sujet depuis quelques décennies ont montré que des femmes de tout âge, ayant déjà vécu des grossesses ou non, issues de tout milieu social pouvaient vivre cela.

D'autres *a priori* ont été véhiculés par le biais des médias. Ces derniers ont contribué à faire connaître le phénomène de déni de grossesse lors des affaires de néonaticides telles que l'affaire Courjault (2), le double infanticide en Corrèze (3) ou le récent double infanticide dans l'Oise (4). Des sentiments de doute par rapport à la véracité du déni sont alors exprimés à l'égard de ces femmes et le déni est souvent associé dans l'inconscient collectif à ces dénouements dramatiques (5).

Les sages-femmes possèdent des compétences liées à la grossesse, au per-partum et au post-partum ; c'est pourquoi elles peuvent à tout moment être amenées à prendre en charge ces femmes. Dans ce contexte, il nous a semblé important d'étudier les représentations des professionnels afin de savoir ce qu'ils connaissent et pensent du déni de grossesse. Il est également intéressant d'analyser la prise en charge proposée et mise en place pour ces patientes en 2012, afin de déterminer s'il existe des possibilités d'amélioration.

Avant d'aborder le phénomène de déni de grossesse, il est indispensable de définir les remaniements psychologiques de la grossesse.

Nous évoquerons ensuite le déni, en développant plus particulièrement l'annonce de la grossesse, les conséquences de ce phénomène et le type de prise en charge recommandée afin de prévenir la survenue de complications.

En seconde partie, nous présenterons la méthodologie de l'étude ; puis sur la base de nos questionnaires et entretiens, nous analyserons les représentations et les connaissances en matière de déni. Nous évoquerons également la prise en charge proposée de nos jours.

La discussion nous permettra d'infirmer ou de confirmer les hypothèses de ce travail. Enfin nous proposerons des possibilités d'amélioration dans ce domaine.

1. Le déni de grossesse : étude de la littérature

1.1. Théories du vécu d'une grossesse, concept de la maternité psychique

Le temps de la grossesse est un temps d'adaptation, avec des remaniements psychologiques très importants qui passent par une acceptation de l'état gravide. Dès le milieu du 19^e siècle, le Dr Marce sera le précurseur dans l'étude de ces processus ; Winnicott, Racamier, Bydlowski ... compléteront ces analyses (6).

Le désir d'enfant, bien que considéré comme tout à fait naturel et spontané, est déjà un ensemble de processus complexe renvoyant à l'histoire que l'on a eu avec ses propres parents. De plus, l'arrivée concrète d'un enfant n'aboutit pas toujours naturellement à l'accès au statut de parent, un travail important de remaniements psychiques doit avoir lieu.

La grossesse demande en effet de passer du statut de « *fillette* » au statut de « *mère* », des problématiques de l'enfance peuvent resurgir et engendrer d'importants « *conflits psychiques* » (1).

Afin de se préparer à s'occuper de l'enfant à venir, la femme va avoir une sensibilité exacerbée qui lui permettra d'être extrêmement attentive aux besoins de son enfant, c'est ce que Winnicott décrit sous le terme de « *préoccupation maternelle primaire* », qu'il nomme aussi « *folie normale* » (7).

La grossesse est une période de développement psychoaffectif complexe, les processus psychiques mis en œuvre ont été désignés par le psychiatre Racamier par le terme de « *maternité* » (7). En plus de son hypersensibilité la femme enceinte se confie beaucoup, aborde parfois des sujets qu'elle n'aurait jamais abordés d'habitude, en effet « *l'inconscient est comme à nu, il ne rencontre pas la barrière du refoulement* » (B. Bayle), cette caractéristique bien spécifique de la grossesse a été décrite par M. Bydlowski sous le terme de « *transparence psychique* » (8).

« *Une nidification psychique* » (8) est aussi essentielle pour la femme enceinte afin d'accepter la présence d'un être à l'intérieur d'elle et les changements physiques engendrés.

Cet important travail psychique s'étend habituellement sur les trois trimestres de la grossesse et prépare les futurs liens mère-enfant. Or, lors d'un déni de grossesse, ce temps de remaniements psychiques est écourté ou annulé, nous pouvons donc facilement imaginer les difficultés rencontrées par ces femmes pour s'adapter et l'enjeu pour la relation mère-enfant.

1.2. Le déni de grossesse

1.2.1. Historique et définitions

Freud a défini le déni comme la « *non considération d'une partie de la réalité* ». En effet, en psychanalyse, le déni est considéré comme « **un mécanisme de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante** » (9).

Le déni de grossesse est reconnu dès la fin du 19^{ème} siècle : de nombreux obstétriciens ont rapporté des grossesses pour lesquelles les femmes se défendaient de connaître leur état. Le terme de « *grossesse inconsciente* » a été introduit par Gould. En 1898, il observa 12 femmes enceintes où une « grosseur » au niveau de l'abdomen était prise pour une tumeur, elles interprétaient les contractions de début de travail comme des désagréments d'origine lombaire (6).

Le déni apparaît dans la littérature psychiatrique dans les années 1970.

Le déni de grossesse touche des femmes sans troubles psychiatriques (sauf cas particulier des schizophrènes). Ces femmes enceintes ne sont pas conscientes de leur état au-delà du premier trimestre de grossesse.

Soit la grossesse est découverte avant le terme et nous parlons alors de déni partiel soit la grossesse est découverte au moment de la mise en travail, de l'accouchement, il est alors question de déni total.

Pour mieux comprendre le phénomène de déni de grossesse, il est important d'aborder les différents niveaux de non reconnaissance de la grossesse :

- Tout d'abord nous avons déjà vu que lors d'un déni, la femme est complètement ignorante de son état et cela à tous les instants, le déni s'inscrit dans un type de mécanisme de défense.
- Pour d'autres femmes, les symptômes de grossesse sont reconnus mais non attribués à une grossesse, elles affirment l'impossibilité qu'elles soient enceintes, ce phénomène marque un véritable conflit intra-psychique, nous parlerons alors de dénégation de grossesse.
- Enfin, certaines femmes sont conscientes de leur état et le cachent à leur entourage pour des raisons sociales, économiques ou familiales, il s'agit de la dissimulation (7).

Dans les années 90, certains auteurs ont proposé que le déni de grossesse soit classifié en tant qu'entité nosographique dans le DSM-IV (version IV du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux par l'Association Américaine de Psychiatrie) mais cela n'a pas abouti.

1.2.2. Aspects sémiologiques

- Signes sympathiques de grossesse

Les signes sympathiques de grossesse tels que nausées, vomissements, douleurs mammaires, asthénie sont le plus souvent absents chez ces femmes ; certaines d'entre elles peuvent toutefois présenter des signes minimes et les attribuer à une autre cause.

- Aménorrhée

Un nombre relativement important de femmes vivant un déni de grossesse ne sont pas en aménorrhée. L'étude de Brezinka et al. de 1988 (« *étude autrichienne menée entre 1987 et 1990 par des psychiatres qui s'intéressent aux aspects obstétricaux du déni de grossesse* ») démontre que 20 femmes sur 27 femmes de son « échantillon » gardaient des saignements persistants (10).

Certaines de ces femmes conservent donc des menstruations persistantes tout au long de la grossesse qu'elles soient sous pilule contraceptive (ce sont alors des « règles de privation ») ou non (6). La perception de ménorrhée pendant la grossesse est vraisemblable puisqu'une persistance de saignements plus ou moins réguliers, dûe à une dégradation d'une partie de la muqueuse utérine, est possible.

D'autres femmes n'ont pas l'habitude d'avoir des cycles réguliers et ne s'étonneront pas de cette absence de règles. Enfin, il y a les femmes qui expliqueront cette aménorrhée par un stress plus important, un changement radical dans leur vie...

- Prise de poids et périmètre abdominal

Ces femmes ne prennent pas de poids, ou seulement quelques kilos. De plus, l'entourage devient « complice » du déni et ne remarque rien. Les quelques kilos supplémentaires sont parfois interprétés comme des kilos persistants après une

grossesse relativement récente, ou du fait d'une baisse de l'activité physique, ou d'un poids habituellement fluctuant...

Le fœtus devient un véritable « *passager clandestin* ». En effet, le gynécologue Israël Nisand explique comment le fœtus va s'étendre à la verticale dans l'utérus, s'allongeant le long de la colonne vertébrale, allant jusqu'à repousser les anses intestinales et le diaphragme. La femme inconsciente de son état jouera un rôle en contractant les muscles abdominaux grands droits sans s'en rendre compte (11).

- Les mouvements fœtaux

Qu'elles soient primipares ou multipares, la majorité des femmes affirme ne pas avoir senti leur bébé bouger. Les mouvements actifs fœtaux sont confondus avec des troubles digestifs.

Des échographies prolongées ont relevé une discordance importante entre la perception maternelle et les mouvements réels du fœtus (9).

- Maintien du train de vie et un déni contagieux

Les femmes vivant un déni de grossesse maintiennent leur activité habituelle et cela parfois jusqu'à quelques jours voire quelques heures avant l'accouchement (cas des dénis totaux).

L'entourage de la femme perçoit rarement les signes de grossesse, l'aveuglement est réellement collectif ; certains conjoints ayant des relations sexuelles peu avant l'accouchement peuvent être ignorants de la grossesse en cours. Certaines femmes consulteront à plusieurs reprises pour un autre motif un médecin qui ne fera pas le diagnostic ou diagnostiquera une grossesse débutante alors qu'elle est à terme.

Pour conclure, les signes classiques de grossesse sont absents lors d'un déni de grossesse puisque nous sommes dans « *une problématique [...] de l'inexistence de la grossesse psychique* » (5).

1.2.3. Epidémiologie

En France, on dénombre 1 à 3 dénis de grossesse pour 1000 naissances (6) soit 800 à 2400 dénis par an en France.

Le déni partiel concerne 1 à 3 grossesses pour 1000 naissances et le déni total 1 pour 2 500 naissances

Quant à la proportion entre infanticide et déni de grossesse, il est très difficile d'établir un chiffre exact. J. Dayan précise cependant « *le déni de grossesse serait environ trente fois plus fréquent que l'infanticide* » (10).

1.2.4. Levée du déni, annonce

- Le déni partiel

La levée du déni peut avoir lieu à différents moments de la grossesse.

Ce peut être l'entourage remarquant des changements corporels de la femme qui émet l'hypothèse d'une grossesse. Les mouvements actifs fœtaux peuvent également permettre la dissolution du déni, cependant certaines de ces femmes sous-estiment le terme de la grossesse et demandent parfois une IVG en « urgence » alors que le terme est dépassé (6). Enfin, la découverte peut avoir lieu fortuitement au cours d'une consultation médicale pour des douleurs abdominales, une aménorrhée persistante, des troubles digestifs...

La femme pourra plus facilement investir sa grossesse si le diagnostic est précoce. Elle sentira à partir de ce moment là les mouvements fœtaux et retrouvera un périmètre abdominal correspondant à son terme dans les heures suivant l'annonce.

- Le déni total

Le déni perdure jusqu'au travail. Soit les douleurs lèvent le déni, soit le déni recouvre l'accouchement lui-même car les contractions sont prises pour des douleurs digestives, ou de pyélonéphrite ; la femme ne se rend pas compte de ce qui lui arrive jusqu'à la naissance... C. Bonnet décrit dans son livre *Accouchement sous X*, à titre exceptionnel, certains récits tels que : « *J'ai commencé à avoir des douleurs au ventre, des petites douleurs, pas comme des douleurs d'accouchement, comme lorsque j'ai vu ma sœur accoucher. J'avais seulement un peu mal. Et comme j'avais envie de vomir, je me suis levée pour aller chercher une cuvette... Le praticien : Aviez-vous envie de pousser ? Réponse : Je ne sais plus, l'enfant est tombé comme cela* » (12).

- Annonce

C'est au moment de l'annonce de la grossesse par le corps médical que la réalisation psychique de la grossesse commence. Cette annonce est très brutale pour ces femmes, ainsi dans l'étude de Brezinka (étude autrichienne menée par des psychiatres de 1987 à 1990) il est décrit que 20 patientes, sur les 27 femmes dont les dénis ont été étudiés, ont présenté des états de choc, d'insécurité, de peur et des « *sentiments dépressifs pour une courte période* » (10). L'adaptation dépendait ensuite de la « *situation sociale et affective* » de ces femmes.

Ensuite, il peut arriver qu'un important sentiment de culpabilité émerge. En effet, certaines femmes se remémorant les éventuelles prises d'alcool, des efforts intenses... s'inquiètent pour l'état du bébé et s'en veulent de ne pas avoir découvert la grossesse plus tôt (10). La réaction du soignant jouera un rôle très important face à toutes ces angoisses.

Il y a également le sentiment de solitude qui ressortira pour 2 femmes sur 10 interrogées dans l'étude prospective d'une étudiante sage-femme. Dans son étude, un manque d'explication par les soignants et des remises en doute quant à la véracité du déni seront rapportés par certaines de ces femmes (13).

Certaines femmes, malgré l'annonce et des preuves de leur état, refusent d'accepter la réalité tant elle est improbable pour elles, il y aura alors en quelque sorte une persistance du déni.

1.2.5. Conséquences du déni

- Conséquences pour la mère et la relation mère-enfant

A partir de l'annonce les femmes doivent entrer dans un « *processus maturatif de la grossesse* » (1) en un temps extrêmement court. On peut donc facilement concevoir que l'accueil de l'enfant sera en général plus facile lors d'un déni partiel car la grossesse aura pu être investie. La femme passera alors d'un état de sidération à l'adaptation. Cependant, nous ne pouvons pas faire de généralité car cela dépendra aussi de la situation affective de la femme, du désir d'enfant (9)...

La désorganisation semble un passage nécessaire tel que dans un travail de deuil. En effet, elles doivent faire le deuil d'un corps qu'elles pensaient maîtriser.

La brutalité de l'annonce, les difficultés à acquérir leur statut de mère et la culpabilité citée ci-dessus sont les facteurs de risques importants pour une dépression du post-partum.

- Abandon, accouchement sous X

I. Constantin, dans sa thèse de médecine, constate que plus la première consultation aura lieu tard, plus le pourcentage de femmes ayant consenti à l'adoption de l'enfant sera élevé et d'autant plus si on retrouve les symptômes du déni de grossesse (12).

En effet, certaines de ces femmes ou de ces couples peuvent estimer qu'ils ne sont pas capables d'élever l'enfant pour des raisons financières, psychologiques, familiales... Certaines femmes accoucheront sous X et d'autres confieront leur enfant à l'adoption tout en laissant une trace de sa filiation.

Dans ce contexte, le soignant devra être dans l'écoute et le respect de leur choix, S. Marinopoulos précise : « *il s'agit avant tout de ne pas penser pour elle et de ne pas vouloir à sa place* » (14).

- Néonaticide

« *Le néonaticide sous-entend la mort d'un enfant dans la même séquence de temps que l'accouchement* » (5). Les femmes qui ont recours au néonaticide accouchent chez elle dans l'isolement le plus total. Toutefois il ne faut pas généraliser, tout accouchement à domicile à l'issue d'une grossesse déniée ne conduira pas au décès de l'enfant.

Cependant le risque n'est pas négligeable, à l'issue d'un déni total ces femmes sont en dehors de la réalité et parfois dans un « *moment de perte de contrôle de l'ordre d'une folie éphémère* » (5). Le décès peut alors résulter d'acte violent de la part de la mère (nouveau-né mis dans un sac poubelle...) mais le plus souvent il résultera d'un manque de soin (perte de chaleur...), sachant que ces accouchements sont souvent rapides et violents à l'origine d'un état de sidération psychique.

- Maltraitance

Un travail psychique complexe entravé, un enfant qui n'était pas attendu dans la cellule familiale et la dépression du post-partum éventuelle sont des facteurs de risque de maltraitance.

La maltraitance résultant de ces grossesses déniées est plus souvent psychologique que physique d'après Hubin-Gayte (psychologue) (15). L'enfant est négligé et peut manquer d'interaction avec sa mère, bien que les soins d'hygiène soient tout à fait satisfaisants. Le risque pour l'enfant est l'état de dépression. Les difficultés psychiques peuvent être lourdes de conséquences par la suite. On sait que la relation anténatale entre la mère et l'enfant joue un rôle important dans la mise en place de cette relation future.

Cependant dans de nombreux cas la relation mère-enfant s'installe correctement grâce à un « *soutien de réassurance* » (1).

1.2.6. Prise en charge adaptée

- Rôle des professionnels

Il est licite de se demander quelle relation la femme développera avec son enfant quand l'annonce est vécue difficilement. Le rôle du professionnel est donc essentiel dès l'annonce de la grossesse.

La détresse de ces femmes doit être prise en compte et leur parole n'a pas à être mise en doute. C'est pourquoi les professionnels doivent être formés à la reconnaissance de ce symptôme et à la prévention en connaissant les facteurs de risque dans un parcours gynécologique (déclaration tardive de grossesse, Interruption Volontaire de Grossesse tardive et antécédents de déni) (5).

Ces patientes peuvent parfois être réticentes au suivi qu'on leur propose. En effet, lors d'un déni total, nombreuses sont celles qui veulent rapidement retourner à domicile, puisque leur vie ordinaire n'a été interrompue que quelques jours par cet événement inattendu, elles se renferment alors dans leur déni. Le rôle de la sage-femme sera d'installer une véritable relation de confiance qui pourrait alors la faire adhérer à ce suivi.

- Recommandations

Les notions exposées ci-dessous sont issues d'avis d'experts de la périnatalité puisqu'il n'existe pas de recommandations officielles concernant le déni de grossesse.

Ces situations sont à risque physique et psychologique, il est donc essentiel pour minimiser ces risques de mettre en place une **prise en charge adaptée**,

pluridisciplinaire et sur le long terme. Et cela, dès la première grossesse déniée pour prévenir une éventuelle récurrence qui pourrait, dans le pire des cas, se solder par un néonaticide. Il est important de noter qu'une prise en charge spécifique est nécessaire quelque soit le degré de négation de la grossesse.

Dans le cas de déni partiel, il s'agit de les aider à se préparer à la venue de leur enfant dans un temps raccourci. Les professionnels prenant en charge ces situations, si la femme le souhaite, seront un psychiatre/psychologue, sage-femme libérale ou de PMI (Protection Maternelle et Infantile), puéricultrice de PMI, assistante sociale dans le cadre d'un **travail en réseau**... Au niveau du versant psychologique, le travail sera une « *élaboration psychique* » afin d'envisager l'accouchement, d'imaginer et d'élaborer des projets de vie avec leur enfant et de se représenter les soins auprès de lui « *afin de tenter de restaurer l'image maternelle lorsque celle-ci est mise à l'épreuve* » (7). Il est également essentiel de rediscuter avec la femme de ce phénomène de déni et de l'aider à exprimer ses sentiments.

Pour tout professionnel il paraît essentiel de déculpabiliser ces femmes et de leur signaler qu'elles ne sont pas seules à avoir vécu cette situation.

Quelque soit le type de déni, nous devons être là pour entourer ces futures mère/ces couples et être dans une posture d'écoute : « *état d'être présent à l'autre* » et être dans « *un désir de comprendre au-delà du compréhensible* » (5).

Lors d'un déni total, en salle d'accouchement, il est important de s'adapter à ce que la femme semble avoir compris pour savoir quels mots employer car ils « *doivent suivre sa pensée et ne pas la devancer* », nos gestes lui seront expliqués au fur et à mesure afin de la « *relier à la réalité* » (5). Chaque femme réagira différemment et nous demandera donc une souplesse très importante.

L'évaluation du contexte familial et affectif sera essentielle puisque ces patientes semblent mieux appréhender cette naissance inattendue lorsqu'elles sont entourées et aidées par leur famille (5). Dans tous les cas un suivi est bénéfique afin d'identifier, sur le long terme, des situations à risque de complications.

2. Recherche menée sur le terrain

2.1. Objectifs et hypothèses de recherche

2.1.1. Objectifs

A l'issue de notre étude de la littérature, nous avons constaté l'importance du rôle des professionnels de santé dans la prise en charge de ces femmes et l'acceptation d'un suivi. Il serait bénéfique qu'ils soient préparés à les accompagner dans ces situations complexes.

Dans ce contexte, il nous paraît intéressant de réaliser un état des lieux des représentations (afin de rechercher s'il existe des freins à l'accompagnement) et des connaissances des professionnels en matière de déni de grossesse, ainsi que d'appréhender l'organisation de la prise en charge actuelle, pour repérer s'il existe des possibilités d'amélioration.

2.1.2. Hypothèses de recherche

Suite à nos recherches bibliographiques, nous avons émis trois hypothèses :

- Les professionnels traduisent des représentations négatives du déni de grossesse.
- Les professionnels souffrent d'un manque de connaissance sur ce phénomène.
- La prise en charge de ces patientes ne semble pas toujours être optimale.

2.2. Méthodologie de recherche

2.2.1. Type d'étude

Notre étude est une étude de type qualitatif, menée auprès de sages-femmes entre le 15 juillet et le 31 août 2012. Afin de réaliser cette recherche, nous avons utilisé deux méthodes distinctes.

Tout d'abord nous avons mené une enquête par le biais de questionnaires (Annexe I) adressés aux sages-femmes. Cet outil nous a permis de solliciter d'avantage de professionnels et de recueillir leurs représentations et connaissances, qu'ils aient été ou non confrontés au déni de grossesse. En effet, initialement nous souhaitons comparer les réponses aux questionnaires entre les professionnels qui avaient été confrontés à cette situation et ceux qui ne l'avaient jamais été. Dans notre

échantillon, une majorité de professionnels avaient déjà rencontré ce phénomène, la comparaison était impossible.

Les questionnaires étaient succincts et anonymes. Ainsi, nous avons pu recueillir plus facilement les représentations qu'elles soient négatives ou positives.

Secondairement une recherche par des entretiens semi-directifs (Annexe II) a été réalisée. Ces entretiens étaient destinés aux sages-femmes confrontées au déni de grossesse lors de leur exercice professionnel. Nous avons ainsi effectué une reprise des connaissances antérieures et étudié la prise en charge actuelle lors d'un déni. Ces entretiens semi-directifs permettaient aux personnes interrogées de s'exprimer librement, de raconter ce qui les avaient marqués tout en étant guidés par des questions afin d'avoir des éléments concernant tous les thèmes qui nous intéressaient.

2.2.2. Construction des outils d'enquête

Dans les questionnaires, nous avons tout d'abord souhaité déterminer quels professionnels avaient été confrontés à la prise en charge de femmes ayant vécu un déni de grossesse et dans quel secteur d'activité. La seconde partie s'intéressait aux représentations concernant le déni. Puis nous les avons interrogés quant au niveau de connaissances à l'issue de leur formation. Enfin, à l'aide d'une question ouverte, nous avons pu les questionner sur les différentes prises en charge qu'ils proposeraient pour ces femmes.

Le guide d'entretien s'intéressait tout d'abord à la situation professionnelle, puis aux circonstances de confrontation au déni. Enfin, nous nous interrogeons sur la prise en charge mise en place, les connaissances et les représentations des professionnels.

Ces outils de recherche ont été validés par un expert et nous les avons testés préalablement.

2.2.3. Choix de la population et organisation de la recherche

Les questionnaires destinés aux sages-femmes ont été distribués dans trois Centres Hospitaliers du Finistère, en suites de couches, salle de naissance, consultations et à des sages-femmes de PMI (Protection Maternelle Infantile).

Nous avons décidé d'enquêter auprès des sages-femmes car celles-ci sont présentes à différentes étapes de la prise en charge de ces femmes, tout en jouant un rôle important grâce à la relation de confiance qu'elles peuvent instaurer avec elles. Nous

les avons distribués dans des centres hospitaliers et aux sages-femmes de PMI puisque ce sont deux lieux importants de prise en charge des femmes ayant vécu un déni. Nous n'avons malheureusement pas eu le temps d'adresser des questionnaires à des sages-femmes libérales.

Quant aux entretiens, nous avons dû définir un terrain d'investigation, nous avons alors choisi d'interviewer des sages-femmes exerçant dans tous les secteurs d'activité, de tout âge, ayant déjà au moins une fois participé à l'annonce ou à la prise en charge d'une femme ayant vécu un déni pour la grossesse en cours ou qui venait de se terminer. Le recrutement s'est effectué de manière individuelle pendant leur temps de présence et par le biais de contacts avec des sages-femmes de PMI (contacts pris au début du travail de recherche lorsque nous voulions travailler auprès de femmes ayant vécu un déni de grossesse et que nous recherchions, entre autre, par le biais de la PMI). Nous avons également effectué un entretien avec une infirmière puéricultrice de PMI afin de compléter notre enquête.

2.3. Résultats et analyse

2.3.1. Résultats et analyse des questionnaires

Nous avons obtenu 32 questionnaires après avoir atteint le coefficient de saturation. Nous avons été très présentes sur le terrain afin de solliciter individuellement les professionnels.

2.3.1.1. Représentations

Nous avons demandé aux sages-femmes de nous citer trois expressions qui leur venaient à l'esprit lorsqu'on leur parlait de déni de grossesse.

Nous avons pu classer les expressions dans différentes catégories : qualifications du déni, représentations quant aux grossesses déniées, caractéristiques des femmes touchées, état psychologique des femmes, ressenti par rapport aux enfants et à leur avenir, prise en charge et quelques expressions « inclassables ».

- **Qualifications du déni**

Dans les expressions, certains professionnels ont exprimé le fait que le déni ne soit « *pas si rare que ça* » : « *réalité, fréquent, universel, peut arriver à chaque femme* ».

D'autre part, l'étonnement des professionnels relaté lors des entretiens est également ressorti : « *étonnant* » qui a été noté trois fois, « *flippant, bizarre* » ; ainsi que les difficultés à expliquer et à appréhender ce phénomène : « *mystérieux, tabou, étrange phénomène, mal connu, difficile à expliquer, difficile à croire* » et « *incompréhensible* » pour trois personnes.

- Représentations quant aux grossesses déniées

Deux sages-femmes ont développé le versant médical : grossesses à « *déclarations tardives* » et avec « *absence de suivi* ». Une personne a parlé d' « *oubli de pilule* ».

Des expressions quant aux difficultés d'être enceinte pour ces femmes ont été exprimées : « *impossibilité d'avoir une grossesse* », « *refus de grossesse* » noté deux fois, « *refus de sentir son ventre grossir, enfant non désiré(e)* ». Selon un professionnel, cela provoquerait un « *non investissement de la grossesse* ».

Pour certaines sages-femmes, les grossesses déniées sont des « *grossesses méconnues, invisibles* », avec une femme « *non consciente d'être enceinte* ». Pour d'autres ce sont des « *grossesses cachées* » (deux fois), avec des notions de « *secret* » et de « *déni de soi* ».

- Caractéristiques des femmes touchées

Des *a priori* ont été retrouvés, des sages-femmes ont parlé de « *profil type* », de « *contexte social* » et de l' « *adolescence avec une peur de l'annonce* ».

- Etat psychologique des femmes

Nous retrouvons dans cette catégorie des représentations de souffrance et des notions d'événement soudain : les expressions de « *choc* » et de « *souffrance psychologique* » sont revenues sept fois, la « *souffrance physique* » a également été évoquée.

La notion de « *solitude* » a été évoquée trois fois, de « *détresse* » deux fois et de « *culpabilité de la maman* » deux fois également. Les sages-femmes ont exprimé la « *peur (de la femme) par rapport à son entourage, le jugement des autres* » et des mots (qui se rapportent certainement à l'annonce) tels que: « *surprise, brutal, sidération* ». Il y a aussi les expressions « *fragilité, bouleversement, peur* » et « *insécurité* » qui ressortent. Enfin, elles ont exprimé la notion de « *dévalorisation* » et de « *difficultés à investir la grossesse* ».

- Ressenti par rapport aux enfants et à leur avenir

Des issues difficiles, voire dramatiques ont été exprimées: « *risque d'infanticide, accouchement sous X, relation mère-bébé difficile à mettre en place* » et « *difficulté d'attachement* ».

Au contraire, une sage-femme expliquera que selon elle ce sont des « *bébés souvent bien acceptés* ». Par rapport à l'interaction anténatale, l'expression de « *bébé clandestin* » a été retrouvée et une sage-femme a émis l'hypothèse que cela pourrait être une « *possible protection d'une grossesse qui n'aurait peut-être pas eu lieu d'être pour le moment dans la vie de cette femme* ». Enfin les « *questionnements sur le non ressenti du bébé* » ont été signalés.

- Prise en charge

Certains professionnels se sont exprimés quant à la prise en charge de ces femmes. Des notions simples sont ressorties : « *écoute, soutien (deux fois), protection, accompagnement (trois fois)* ». Certaines sages-femmes ont parlé plus précisément d'« *accompagnement psychologique, d'accompagnement multi professionnel* » ou encore de « *suivi global* ». L'« *accueil dans l'urgence* » a également été évoqué ainsi qu'une « *proposition de solutions (si souhait d'abandon de l'enfant ou d'interruption de grossesse : étranger, accouchement sous X...)* ».

- Expressions « inclassables »

Un professionnel a évoqué le « *déni collectif de l'entourage* ». D'autres professionnels ont exprimé la notion de « *manque* », de « *projections* » et les verbes « *ressentir* » et « *imaginer* ». Une personne nota une expression de Sophie Marinopoulos : « *Chaque naissance est une adoption* ». Enfin une sage-femme a répondu à la question des expressions qui lui venaient à l'esprit lorsqu'on parlait de déni de grossesse : « *Rien* ».

2.3.1.2. Connaissances

Nous avons demandé aux sages-femmes si elles estimaient avoir eu les connaissances nécessaires concernant le déni de grossesse à l'issue de leur formation initiale.

Vingt-six sages-femmes sur trente deux ont répondu non à cette question et seules sept sages-femmes sur trente deux ont répondu oui (une sage-femme ayant répondu oui et non). Dans notre échantillon, il y a donc seulement 1/5^{ème} des sages-femmes qui estiment avoir eu les connaissances nécessaires lors de leur étude pour prendre en charge une femme vivant un déni.

2.3.1.3. Prise en charge

Nous avons voulu savoir qu'elle était la prise en charge à proposer selon eux dans un cas de déni de grossesse.

Deux professionnels n'ont pas répondu à cette question. A propos de la « prise en charge psychologique », vingt-cinq sages-femmes sur trente-deux (environ 4/5^{ème}) ont exprimé le fait qu'ils proposeraient cet accompagnement à une femme ayant vécu un déni de grossesse pour la grossesse actuelle.

La proposition d'un « suivi par la PMI » a été moins souvent évoquée, mais quinze professionnels sur trente-deux l'ont tout de même exprimée clairement, soit environ la moitié. Et trois (c'est-à-dire moins d'1/10^{ème}) de ces professionnels auraient également proposé l'aide d'une « assistante sociale ».

Seuls cinq des professionnels sur trente-deux proposeraient des « cours de préparation à la naissance » quand cela est possible.

Concernant le suivi du post-partum, huit sages-femmes (soit 1/4) ont évoqué l'« évaluation de la mise en place de la relation mère-enfant ».

Trois personnes ont exprimé l'importance qu'une « même sage-femme, auxiliaire de puériculture » suive cette femme pendant son séjour en maternité, si possible.

Les notions d'« écoute approfondie et prolongée », d'« écouter sans juger », d'« empathie » et d'« accompagnement » sont exprimées dans seize des prises en charge proposées, soit la moitié de l'échantillon.

Seuls deux professionnels évoqueront une prise en charge par une « équipe pluridisciplinaire ».

Deux professionnels précisent qu'il faudrait un « accompagnement à long terme (3-6-12 mois) » et l'un d'entre eux souligne le fait qu'il ne faudra pas oublier de proposer une « prise en charge particulière » et adaptée lors des grossesses suivantes.

2.3.2. Résultats et analyse des entretiens

2.3.2.1. Présentation de la population

Nous avons interrogé 9 professionnels de santé, cet échantillon est constitué de huit sages-femmes et d'une infirmière puéricultrice de PMI (Mme G).

Cinq des sages-femmes interrogées travaillent en milieu hospitalier (Mmes B, D, E, F, H), trois en PMI (Mmes A, C et Mr I).

L'ancienneté dans la profession varie de jeune diplômée à une carrière de 27 années.

Nous avons attribué une lettre aux professionnels afin de respecter leur anonymat.

2.3.2.2. Représentations et connaissances en matière de déni

- Représentations

Dans le but de déterminer ce qui peut influencer l'annonce et ultérieurement la prise en charge de ces situations, il nous a paru judicieux d'étudier les représentations des professionnels concernant le déni de grossesse.

Nous avons émis l'hypothèse qu'il existait parfois des doutes de la part des professionnels quant à la véracité du déni.

Des éléments ambivalents sont ressortis de nos entretiens (Annexe III, support CD). Il arrive que les professionnels remettent directement en doute la parole de la femme, Mme A nous rapporte des discours auxquels elle a assisté : « *Ben quand même, vous avez déjà eu des enfants... Vous dites ça mais en faite vous ne vouliez pas être suivie. Vous ne vouliez pas faire de prise de sang...* », une autre sage-femme nous explique que des jugements sont émis dans les équipes : « *« Oh elle a voulu le garder, elle a rien dit » »*. Mr I émet une hypothèse quant à la difficulté des professionnels à accepter ce phénomène : « *C'est de la non grossesse, c'est exactement l'inverse de ce qu'on attend... On est tellement habitué à se dire « C'est une bonne nouvelle » »*, ce qui est tout à fait concevable dans notre société où les grossesses deviennent de plus en plus programmées.

Mme E nous explique que ce sont des situations délicates à prendre en charge : « *Ca nous touche c'est évident* » et suivant les réactions, il peut y avoir une réelle répercussion sur la prise en charge : « *On n'est pas objectif donc on ne peut pas aider la personne et en plus la personne en face elle le ressent donc...* ».

Cependant certaines sages-femmes nous rapporteront ne jamais avoir assisté à cela, par exemple Mme D, sage-femme depuis 4 ans, nous dit : « *J'ai pas vu de jugements, jamais. [...] Je pense que c'est quand même quelque chose qu'on voit assez régulièrement et qui rentre dans les mœurs si je puis dire* », Mme G nous dira également quant à la remise en question du déni : « *Ils savent que ça existe [...], que c'est pas des choses volontaires [...]. Il y a toujours ces questionnements qui restent* » En effet, dans de nombreux entretiens c'est la notion d'étonnement qui ressort lors de ces situations, d'autant plus pour les multipares. Les sages-femmes nous décrivent les réactions dans les services : « *sorte d'incompréhension* », « *Ca paraît toujours bizarre [...]. On a du mal à croire que c'est possible* » mais cette même sage-femme précise toutefois une diminution des réflexions : « *moi ça fait 20 ans que je suis sortie, ça change les mentalités quand même* ».

A propos du fait que le déni de grossesse serait toujours un sujet tabou pour les professionnels de santé, Mme E nous répond : « *je pense qu'ils ne sont pas à l'aise là-dessus mais ils savent que ça existe et... non je ne dirais pas tabou, ce n'est pas le terme* ».

Nous nous demandions également si certains professionnels pensaient toujours que ces femmes étaient issues d'un milieu défavorisé, Mme F nous répond : « *Ouais j'ai l'impression un petit peu quand même [...]. Disons que quand on retrouve un contexte comme ça on dit : « Oh ben c'est ça. », [...] alors que c'est pas forcément la raison* ». Et elle précisera à propos d'une jeune femme : « *le fait qu'elle soit étudiante en psycho, direct ça posait aussi des questions* ».

Certains professionnels ont clairement exprimé le fait que les représentations puissent influencer la prise en charge de ces femmes, Mme C explique : « *vous verrez toujours des professionnels qui sont vite dans le jugement, [...] et en général dans ces situations particulières ça ne passe pas très bien [...]. Et il y a d'autres professionnels qui ont la capacité à avoir de la distance [...] et qui est là pour aller à leur rythme et pas pour plaquer ses représentations sur eux* ». Enfin d'après nos entretiens, ils perdurent des difficultés dans l'appréhension de ce phénomène de la grossesse, Mr I dit : « *Il y a des sages-femmes, je pense, qui travaillent très mal sur le déni de grossesse, je ne sais pas pourquoi, leur histoire...* ».

- Connaissances concernant le déni

Le phénomène de déni de grossesse est très complexe. Nous nous sommes interrogés sur le niveau de connaissance à l'issue de la formation initiale des sages-femmes, afin de savoir s'il ne pouvait pas y avoir d'amélioration à apporter à ce niveau.

Presque tous les professionnels interrogés disent ne pas avoir eu les connaissances nécessaires lors de leur formation. En effet, certains n'ont pas eu de cours, d'autres ont eu un cours très succinct qui était associé à d'autres thèmes. Plusieurs sages-femmes ont donc exprimé le souhait d'avoir plus de connaissances à la sortie de l'école afin de faciliter la prise en charge : « *Il faudrait [...] que l'on ait une meilleure formation pour mieux les accompagner et que cela soit au mieux pour elles qui sont déjà en détresse* ».

Une seule sage-femme, Mme F diplômée depuis peu, nous dit avoir eu les connaissances nécessaires. Cependant, elle avait déjà été confrontée à deux cas de déni de grossesse lors de ces études et cela l'avait peut-être sensibilisé à ce sujet, ce qui permet d'être plus réceptif lors des cours, elle nous dit : « *Donc après c'est peut-être un peu léger [...] je pense qu'il faut être confronté à cette situation pour pouvoir se poser les bonnes questions et pouvoir y réfléchir* ». Mr I nous exprime la même idée : « *l'inconvénient de tous les cours que j'ai eus c'est d'avoir très peu de recul* ». Mme F s'accorde donc avec d'autres professionnels pour dire : « *Ca serait peut-être intéressant d'avoir une formation après en tant que professionnels et pas forcément en formation initiale* ».

Lors de la formation initiale, ce qui semble avoir aidé plusieurs sages-femmes, ce sont les enseignements de psychologie: « *La psycho. [...] nous a sensibilisé vraiment à une présence attentive et ajustée* ».

Pour conclure, une situation qui nous a été relatée nous montre bien l'importance d'avoir des connaissances dans ce domaine. En effet, cela pourrait, dans certains cas, permettre de détecter plus tôt la grossesse, ce qui est bénéfique tant pour le domaine médical que psychologique. Mme D nous raconte : « *Elle avait consulté plusieurs fois pendant la grossesse pour fuite urinaire, douleurs « abdo », son médecin traitant ; et la grossesse n'avait pas été découverte* ».

2.3.2.3. Prise en charge

- Présentations des patientes ayant vécu un déni

Avant d'aborder la prise en charge des femmes ayant vécu un déni avec les sages-femmes interrogées, nous les avons interrogés sur la situation de ces femmes.

Tout d'abord, nous avons pu constater, lors de ces différents entretiens que la tranche d'âge des femmes, dont l'histoire est relatée, est large : de 14 ans et demi à une quarantaine d'année. D'autre part les contextes socio-économiques de ces femmes sont variés.

L'absence de changement corporel que nous avons évoqué dans la partie précédente se confirme dans les entretiens : « *une notamment qui avait fait de la planche à voile encore le week-end d'avant* », dans un cas de dissimulation on nous relate : « *la semaine précédente elle avait fait un entretien en tailleur [...], personne n'a rien vu* ». La méconnaissance de l'état de grossesse peut alors déboucher à des lieux d'accouchement insolites : « *Elles accouchaient sur leur lieu de travail* », « *a été accouchée par sa grand-mère* », pouvant engager le pronostic vital de la mère et du nouveau-né.

Le fait que le déni de grossesse puisse influencer fortement le futur de ces femmes paraît évident, particulièrement suivant l'issue de ces situations. Par exemple, Mme A nous relate le parcours d'une jeune fille de 14 ans et demie dont la grossesse a été découverte à environ 7 mois : « *Ca s'est très mal fini puisqu'on a découvert une grosse malformation cérébrale et une IMG (Interruption Médicale de Grossesse) devait être décidée et en faite elle est arrivée en travail [...] et donc voilà ils ont fait l'IMG du coup* ».

- Situations concrètes d'annonce

L'annonce de ces grossesses déniées marque le début de la grossesse psychique. Nous nous sommes donc interrogés sur les circonstances de celles-ci.

- *Découverte et annonce de la grossesse au moment de l'accouchement et accouchement sous X*

Mme B nous décrit le cas d'une femme transférée des urgences pour douleurs abdominales. Elle précise : « *elle était à 5 centimètres, ça a été pour elle brutal, très, très brutal* », l'interne a mené certains des examens complémentaires et elle précise avoir participé à:« *la plupart des explications et de l'accompagnement, et du mari aussi* ». Le rôle essentiel des sages-femmes dans la prise en charge de ces femmes est mis en évidence dans cette situation.

Il peut arriver que l'annonce soit mise au second plan en salle de naissance, du fait de l'urgence médicale.

Par exemple, Mme D nous relate l'arrivée d'une jeune femme de 19 ans, ignorant sa grossesse, à dilatation complète avec une présentation du siège : « *Il a fallu annoncer la grossesse et puis on a fait une échographie, on a fait une césarienne en fait donc elle partait au bloc sous anesthésie générale. Donc ça a été assez brutal d'annoncer ça* ». La sage-femme nous répondra ensuite ne plus se rappeler des circonstances de l'annonce de la grossesse.

Cette situation où les événements se sont enchaînés, a entraîné une méconnaissance de l'équipe médicale à propos de l'issue de cette naissance: « *Donc après elle m'avait dit, enfin on avait pas vraiment eu le temps d'en discuter, on avait fait comme si elle gardait le bébé [...] c'était la fin de ma garde après j'ai passé la relève à ma collègue et le soir j'ai vu qu'elle avait accouché sous X* ».

Il ressort ainsi que le déni de grossesse peut engendrer des situations extrêmement particulières et difficiles tant pour les professionnels que pour cette jeune femme. Mr I exprimera cette particularité également : « *Ce qui est assez rigolo c'est que c'est même pas « vous êtes enceinte », c'est « vous accouchez »... On a même pas le temps de dire qu'elles sont enceintes qu'elles accouchent* ».

Dans d'autres cas, l'annonce ne s'est pas faite pas dans un contexte d'urgence, il nous a paru intéressant d'étudier ces situations.

- *Découverte de la grossesse d'une jeune femme de 17 ans, à 37 semaines d'aménorrhée*

Mme E nous explique le parcours d'une jeune femme de 17 ans adressée par les urgences classiques et dont la grossesse a été confirmée lors d'une échographie par le gynécologue de garde : « *Il a annoncé de façon très brut de décoffrage, pas du tout avec des gants...* », « *il a montré direct l'écho et lui a montré les battements du cœur* ». Nous nous sommes alors interrogés sur cette annonce décrite comme « *brutale* ». Avait-il des doutes sur la véracité du déni ? La réponse fut la suivante « *Je*

ne suis même pas sûre qu'il se soit posé la question. [...] « Comment je vais lui annoncer ça ? Pourquoi elle a fait un déni ? » Non ! ».

Mme E explique cette réaction ainsi : *« ça l'a choqué lui-même et il fallait ce temps de recul pour pouvoir appréhender la chose ».* Nous développerons ci-après la conduite à tenir de ce médecin pour pallier cette annonce très succincte.

En effet, d'après les témoignages ce sont des situations délicates pour les professionnels qui annoncent la grossesse. La sage-femme ajoutera à propos de cette annonce : *« Je pense que tout professionnel ne sait pas comment faire ».* Mme F nous décrit l'annonce faite par un interne, à laquelle elle a assisté tel quel : *« Il n'a pas tant que ça pris le temps d'en parler avec elle non. [...] Il n'avait pas trop cherché si tu veux, le contexte et tout ça, il n'avait pas fouillé du tout quoi. »*, sachant que cela ne se passait pas dans un réel contexte d'urgence.

Afin d'éviter des annonces aussi brutales, certains professionnels conseillent : *« Il y a le choc mais il faut réussir à aller au-delà, à la limite tu peux sortir, tu peux dire « Je vais prendre un avis avec un collègue », tu sors 5 minutes. »* et de même : *« tu sors de la pièce, enfin je sais pas comment... et tu prends du recul ».*

▪ Réactions des femmes au moment de l'annonce

Au moment de l'annonce, l'expression qui revient souvent est un état de *« sidération »*, de choc : *« en état de choc total, pas bien du tout ».* Mr I décrit que ce sont *« des patientes qui sur le coup, lors de l'annonce sont pas très revendicatives, qui ne posent pas énormément de questions ».* Mme H relatera la réaction des femmes par *« un mutisme total ».* Cela représente bien le trouble émotionnel subi par certaines de ces femmes à ce moment là. Le professionnel de santé doit donc s'adapter afin de pouvoir communiquer un maximum avec ces patientes, tout en respectant, tant que possible, leur rythme d'intégration de l'annonce.

Lors de l'annonce, ou des suites immédiates de celle-ci, il sera également important de s'adapter à la réaction du compagnon, Mme B nous explique une situation en salle de naissance, elle décrit le mari : *« très en colère je dirais. En colère contre sa femme, à qui il disait « mais ce n'est pas possible que tu ne le savais pas, [...], tu m'as caché ça... » ».*

Qu'en est-il de la réaction de ces femmes vis-à-vis de ces *« foetus clandestins »*?

Certaines d'entre elles auront immédiatement une réaction de *« rejet »* : *« Première réaction qu'elle a eu c'est « Je ne garderais pas l'enfant. » »* à propos

d'une jeune fille de 17 ans, où la sage-femme ajoutera : « *C'est un bébé mais, elle ne voulait pas le garder de toute façon, ça fait un peu annonce de maladie, on peut pas tout balancer d'un coup* ».

On nous relate pour une autre femme qui n'avait pas eu de rapport sexuel depuis 7 mois, pouvant « logiquement » se rendre compte du terme de la grossesse: « *Alors au début sa demande c'était, au gynéco., d'interrompre la grossesse* ».

D'autres femmes ont une réaction tout à fait différente vis-à-vis de cet enfant à naître. Mme F nous explique la réaction d'une femme, deuxième pare et d'une quarantaine d'année, dont on vient d'annoncer qu'elle est en travail : « *ce qui l'obnubilait c'est qu'elle n'avait pas de prénom à donner à son enfant, [...], elle n'était pas du tout catastrophée* ». De même Mme A nous relatera que dans sa carrière : « *les cas que j'ai, cela a toujours été bien accepté, mais enfin là c'est les familles et les femmes qui sont déjà en couple et tout* ».

- *Suites immédiates de l'annonce*

Il nous a paru intéressant d'étudier les suites immédiates de cette annonce, indépendamment de la prise en charge en elle-même.

Etant donné l'état de choc engendré par ce diagnostic, Mme A, sage-femme de PMI, nous propose une conduite-à-tenir issue de son expérience: « *Il ne faut pas la laisser repartir comme ça : « Voilà vous êtes enceinte. » et puis la laisser repartir dans la nature. [...] Il faut lui redonner un rendez-vous très vite. [...] Après plus pour un entretien, voir comment elle vit ça, plus la psychologue éventuellement et puis là elle sera plus à même d'écouter aussi un petit peu ce qu'on lui propose* ». Mr I s'accorde avec cela, il semblerait intéressant que ce rendez-vous soit indépendant de la consultation de grossesse: « *Une consultation gynécologique c'est très technique et il y a un moment, avec certaines patientes, le relationnel ne peut pas s'établir sur de la technique* ».

De même il propose une attitude contenant au moment de l'annonce : « *« Je vais prendre vos rendez-vous avec vous, je vous accompagne. Est-ce que vous voulez qu'on se revoie ? » Si on peut avoir le même professionnel ça serait bien* ».

Nous avons décrit précédemment l'annonce brutale faite par un gynécologue. Afin de dépasser cette situation, Mme E nous explique qu'un rendez-vous lui a été donné quelques jours après, afin de : « *voir si elle avait compris, ce qu'elle avait enregistré, ce que ça lui faisait et essayer de comprendre et là la psychologue était là* ». A l'issue de ce rendez-vous, ils ont pu se rendre compte du cheminement effectué

depuis l'annonce : « *Elle était toujours dans une forme de déni.* », ce qui paraît essentiel pour la prise en charge ultérieure.

Ce principe de rendez-vous intermédiaire semble pertinent, mais n'est pas ressorti dans les autres entretiens malgré les questions posées, Mme A nous dit : « *Non, je pense que ce n'est pas toujours fait* ».

- Prise en charge proposée

Le déni de grossesse est de plus en plus connu de la société et des professionnels de la santé. Une meilleure connaissance de ce phénomène permet-elle de nos jours une prise en charge adaptée ?

Nous avons souhaité analyser les mesures actuelles mises en place pour une femme ayant vécu un déni de grossesse.

A propos du suivi psychologique, Mme A, sage-femme de PMI, nous dit « *Le suivi psy. n'est pas proposé à chaque fois* » mais elle nous précisera que cette absence d'automatisme concernerait plus particulièrement les professionnels libéraux. En effet, nous retrouverons dans les autres entretiens que le suivi psychologique semble de nos jours proposé systématiquement.

Cependant, il ne faudrait pas qu'une fois la proposition faite, le soignant ne se préoccupe plus de cet aspect psychologique de la prise en charge. Mme B nous le précise : « *c'est facile de dire : « oh moi je m'en occupe pas, on va envoyer la psychologue... Elle va se débrouiller* » ».

Les professionnels soulignent le fait qu'il y ait une façon d'évoquer le suivi psychologique auprès de ces femmes, Mme D nous expliquera qu'après un refus de la part d'une patiente elle a tout de même estimé nécessaire de le proposer de nouveau : « *je lui ai vraiment conseillé de voir quelqu'un, juste une fois pour parler, et que voilà elle ne serait pas obligée après d'avoir un suivi* », la patiente a alors accepté et était satisfaite du suivi. D'autres femmes n'accepteront pas le suivi psychologique malgré tout, par exemple nous avons déjà évoqué le cas d'une adolescente de 14 ans et demi dont le déni s'était soldé par une IMG, Mme A nous explique : « *elle a pas voulu voir de psychologue [...], donc pour cette jeune fille, pour sa prochaine grossesse [...] ça va certainement remonter à la surface et là elle aura besoin d'un suivi* ». Il paraît alors important de proposer un suivi psychologique lors d'une grossesse s'il y a un antécédent de déni.

Mme A nous évoquera que si le refus vient du fait que « *peut-être elle n'a pas les moyens financiers, les moyens de locomotion* », nous avons la possibilité de parler aux

femmes d'une association finistérienne qui propose « *des entretiens téléphoniques pour les femmes enceintes ou parents qui sont en difficulté avec leur enfant* », ces entretiens étant à moindre coût.

Lors d'une prise en charge hospitalière, le suivi par la PMI est facilement proposé car il semble de nos jours évoqué à la majorité des femmes dans certains hôpitaux. Cependant l'infirmière puéricultrice précisera que dans son secteur il n'y a pas de transmissions pour ce motif : « *On a jamais de liaison de l'hôpital par rapport à ce motif là* ». De plus, dans d'autre parcours de soin, la proposition de suivi en PMI semble très « professionnel dépendant ». Mme A nous relate le cas d'une femme qui, à son 3^{ème} déni, consulte un autre médecin que son médecin traitant habituel, celui-ci alerta la PMI. Elle nous précise que son médecin traitant « *ne travaille jamais avec la PMI* ». La femme fut satisfaite du suivi ; lui permettant de participer à des cours de préparation à la naissance, d'avoir un suivi avec un psychiatre... L'importance d'un suivi est évident pour cette femme qui en était à sa 3^{ème} grossesse déniée, Mme A nous explique : « *pas mal de choses se sont dénouées par rapport à elle. [...] un antécédent de viol, à l'adolescence* ».

Lors d'un déni partiel, le suivi en PMI permettra un suivi personnalisé, à domicile si la patiente le souhaite. Mme C nous explique à propos du suivi d'une patiente : « *c'était faire de l'ajusté dans une temporalité qui est différente pour la grossesse des autres femmes* ». La femme, ou le couple, peut avoir des difficultés à intégrer ce qui leur arrive ; les professionnels les aident alors dans leur démarche : « *être vraiment dans l'impulsion et après de rendre possibles les choses en autonomie* ».

Après l'accouchement, le suivi se fera essentiellement avec l'infirmière puéricultrice qui pourra coupler consultations à la PMI et visites à domicile permettant de : « *Voir comment ça se passait à domicile, l'aménagement et après voir aussi à la reprise du travail qui allait accueillir ce petit* ». Le suivi est au départ hebdomadaire ou bihebdomadaire et s'espace ensuite.

Pour certaines femmes qui vivent un déni de grossesse, il a paru très important de voir une assistante sociale (à l'hôpital ou à la PMI) car l'aspect financier pour accueillir, dans des délais parfois très courts, ce bébé les préoccupait beaucoup. Il pourra également être proposé à des femmes des services tels que le SDAAF (Service Départemental d'Accueil et d'Accompagnement familial) par le biais de la PMI.

Pour conclure, le suivi par la PMI permet une prise en charge pluridisciplinaire et sur le long terme. Et il est très important de le proposer, même si tout a l'air de bien se

passer lors du séjour en maternité : « *parce qu'on est en présence d'une femme, d'un bébé, qui n'a pas du tout été réalité, réalisé* ».

A propos de la durée du séjour en maternité pour ces femmes, nous avons eu des réponses très variées. Certaines sages-femmes nous diront que les femmes ont eu un séjour plus long. Et d'autres nous expliqueront qu'elles avaient des séjours classiques car elles étaient demandeuses du retour à domicile, Mr I nous explique que lors des dénis totaux : « *Elles veulent revenir très rapidement à leur vie, vie qu'elles n'ont pas interrompue* ». La durée du séjour se définira donc réellement au cas par cas et suivant la demande.

2.4. Discussion

2.4.1. Limites de l'étude, points forts, points à améliorer

- Limites de l'étude

Au début de notre travail de mémoire, nous souhaitions rencontrer des femmes ayant vécu un déni de grossesse afin d'analyser leur ressenti concernant l'annonce de la grossesse, la prise en charge proposée... Nous avons été confrontés à des difficultés pour retrouver les dossiers puisque le déni de grossesse ne fait pas parti des codages du DIM (Département d'Information Médicale) à l'hôpital. De plus, afin de respecter le secret médical, nous ne pouvions pas recontacter ces femmes et nous n'avions pas suffisamment de temps pour effectuer une étude prospective.

Nous avons donc travaillé avec les professionnels et notre principale difficulté a été de trouver des personnes souhaitant participer aux entretiens. En effet, de façon informelle la majorité des sages-femmes nous traduisait ne pas avoir été confrontée à la prise en charge d'une femme ayant vécu un déni, alors que lors du dépouillement des questionnaires nous avons remarqué que la majorité des professionnels avaient répondu « oui » à la question « Avez-vous déjà été confronté à la prise en charge d'une femme ayant vécu un déni de grossesse ? ». Nous pouvons donc penser qu'ils estimaient, soit que les entretiens prenaient trop de temps, soit qu'ils n'étaient pas intéressés par ce sujet ou qu'ils ne se sont rappelés de ces femmes qu'en répondant au questionnaire.

L'un de nos objectifs concernant les questionnaires était de comparer si les représentations des sages-femmes concernant le déni étaient différentes quand elles avaient été confrontées ou non à la prise en charge de femmes ayant vécu un déni.

Nous n'avons pas pu réaliser cette comparaison car seules quelques sages-femmes ne s'étaient jamais occupées d'une femme ayant vécu un déni.

- Point forts

Quelques études qualitatives concernant le déni de grossesse ont été menées mais peu d'entre elles analysaient le versant professionnel. De plus, la diversité des secteurs d'activité des sages-femmes interrogées était intéressante pour accéder à des informations diverses quant à la prise en charge mise en place. Quant au nombre d'entretiens menés et de questionnaires récupérés, cela nous a paru suffisant pour répondre à nos objectifs.

Le mode d'entretien semi-directif nous a beaucoup intéressée car les professionnels développaient ce qui les avait marqués et nous pouvions les réinterroger sur certains points afin de répondre à nos hypothèses.

- Points à améliorer

Il aurait été enrichissant de pouvoir interroger davantage de professionnels ayant pris en charge récemment des femmes ayant vécu un déni, afin de recueillir des souvenirs plus exhaustifs. Le fait que nous connaissions certaines des sages-femmes a pu éventuellement influencer la dynamique des entretiens.

2.4.2. Discussion et validation des hypothèses de recherche

- Les représentations

« *Les représentations sociales permettent aux personnes et aux groupes de maîtriser leur environnement et d'agir sur celui-ci* » (16). Les représentations concernant le phénomène de déni de grossesse peuvent influencer la prise en charge des professionnels. C'est pourquoi nous avons souhaité les étudier.

Tout d'abord certains professionnels possèdent des connaissances quant à la fréquence du déni et la population touchée. Ils définissent le déni comme un phénomène que nous pouvons rencontrer « *assez régulièrement* » et qui peut « *arriver à chaque femme* », nous retrouvons le fait que ces femmes peuvent avoir une « *absence de trouble psychiatrique* », un « *équilibre de la situation sociale* » et une « *harmonie conjugale* » (5). Concernant l'attitude des soignants confrontés à un déni de grossesse, certaines sages-femmes ont remarqué une évolution des mentalités, ils n'auraient jamais été témoins de jugements envers ces femmes.

Cependant sur 92 sages-femmes interrogés par une étudiante sage-femme à l'aide de questionnaires, cinquante-neuf sages-femmes (soit environ 2/3) estimaient que les femmes ayant vécu un déni étaient « *jugées ou discréditées* » par les professionnels de santé (17). Nous avons également retrouvé cette notion de remise en cause. Cela peut être expliqué par une difficulté à comprendre ce phénomène. En effet, lors d'un déni le psychique prend le dessus sur le physique et comme nous l'explique S. Marinopoulos et I. Nisand, le corps psychisme est « *insaisissable* » ; il faut un travail d'imagination et d'adaptation afin de pouvoir appréhender ce phénomène (5). Cette difficulté de compréhension a été mise en évidence dans notre étude avec des termes représentatifs tels que « *incompréhensible* », « *mal connu* ». I. Nisand nous parle d' « *incrédulité ubiquitaire* » (18).

Pour quelques personnes, la méconnaissance du phénomène crée une confusion entre la dissimulation et le déni de grossesse, ce que nous retrouvons dans la littérature (5). En effet lorsque nous demandions ce qui leur venait à l'esprit à l'évocation de déni, certains ont parlé de grossesses cachées, de secret. Cette confusion peut parfois mener à des situations où les professionnels disent aux patientes : « *Ne me dites pas que vous ne le saviez pas* » (19). Il peut parfois être difficile de définir s'il s'agit d'une dissimulation, d'une dénégation ou d'un déni mais dans tout les cas ce sont des phénomènes qui révèlent une fragilité sous-jacente, demandant une prise en charge particulière. Il sera donc judicieux d' « *Écouter pour comprendre et donner du sens. Accompagner pour entendre au-delà de ce qui se présente à nous* » (1).

La notion que certains professionnels aient des *a priori* quant à la catégorie socio-économique des femmes vivant un déni de grossesse a été retrouvée. En répondant aux questionnaires, un nombre conséquent de sages-femmes a parlé de l'état psychologique des femmes ayant vécu un déni de grossesse. Les notions de « *surprise* », de « *choc* », de « *souffrance* »... ont été exprimées. Cela montre bien l'importance d'une prise en charge adaptée. L'association entre le déni de grossesse et le néonaticide a été faite par quelques sages-femmes lors des réponses aux questionnaires.

Nous avons émis l'hypothèse que les professionnels traduisent des représentations négatives concernant le déni de grossesse. A l'issue de notre enquête nous sommes en mesure de confirmer partiellement cette hypothèse.

- Les connaissances

La majorité des sages-femmes interrogées ont exprimé l'absence d'enseignement sur le déni de grossesse lors de leur formation initiale (4/5^{ème} pour les questionnaires et 7/8 des sages-femmes lors des entretiens). Ils ont clairement émis le souhait d'avoir plus de connaissances à ce sujet afin de faciliter l'accompagnement de ces femmes en situation de grande vulnérabilité psychique. Il ne leur a été proposée aucune formation complémentaire dans leur lieu d'exercice.

Certains professionnels ont expliqué s'être adaptés à ces situations grâce à leur enseignement de psychologie en formation initiale et grâce à leur expérience.

Dans l'arrêté du 11 décembre 2001 relatif à la profession de sage-femme, présentant les principaux **textes relatifs à la formation** préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession, nous n'avons retrouvé aucune mention du phénomène de déni de grossesse (20). Nous avons pourtant remarqué lors de notre travail de recherche que le déni était un phénomène relativement fréquent et que de nombreuses sages-femmes y avaient déjà été confrontées lors de leur exercice. Et cet article mentionne que l' « *enseignement [...] doit amener progressivement l'étudiant à mener une réflexion sur les situations cliniques rencontrées en périnatalité* ».

Il est également mentionné dans la rubrique Sciences Humaines et Sociale (SHS), de ces textes, des enseignements relatifs aux « *difficultés maternelles précoces* », à la « *psychiatrie et psychopathologie de la mère* ». Le déni de grossesse peut parfois conduire à des issues dramatiques, nous pouvons donc nous demander pourquoi il n'est pas mentionné dans la rubrique SHS qui représente 182 heures d'enseignement dans le cursus. Il ne semble pas non plus avoir de référence spécifique au déni de grossesse dans les textes relatifs aux futurs enseignements de la réforme LMD (Licence Master Doctorat) des écoles de sages-femmes.

Notre hypothèse de départ, exprimant l'idée que les professionnels souffrent d'un manque de connaissance sur le déni de grossesse, est donc confirmée par les résultats de notre enquête.

Des connaissances sur le déni à l'issue de notre formation permettraient une meilleure appréhension du phénomène lorsque nous y sommes confrontées. De plus, si cet apport de connaissances s'appliquait à tous les professionnels médicaux, certaines grossesses pourraient être découvertes plus précocement lors de consultations ; ce qui est un réel enjeu de prévention de santé publique.

- La prise en charge

Tout d'abord concernant l'annonce des grossesses déniées, nous avons remarqué la « brutalité » de certaines annonces. Les professionnels étaient eux-mêmes dépassés par les événements. Ou certains d'entre-eux n'ont peut-être pas notion du choc que l'annonce peut engendrer par méconnaissance en matière de déni. Certaines sages-femmes ont donc souligné l'importance de prendre du recul si la situation nous dépasse, en s'absentant quelques instants par exemple.

Lors d'un déni partiel, nous avons recueilli l'exemple d'un rendez-vous médico-psychosocial (avec la présence du gynécologue qui avait annoncé la grossesse) mené quelques jours après l'annonce, qui avait permis d'identifier que la patiente n'avait pas réellement assimilé le fait qu'elle soit enceinte...

Lors de l'annonce il est judicieux de considérer l'éventuel état de sidération de chaque femme, de s'adapter à ce qu'elle comprend et assimile. Ne pas remettre en doute la parole de la femme est bénéfique. Enfin, le fait de préciser qu'elle n'est pas la seule à avoir vécu cela, pourrait la déculpabiliser (5).

A propos de la prise en charge actuelle, une sage-femme de PMI nous a affirmé que certains professionnels ne travaillaient jamais avec la PMI. Cela peut provoquer des défauts de prise en charge. Cette professionnelle nous relate qu'une patiente avait été prise en charge par la PMI lors de sa 3^{ème} grossesse, elle en était en faite à son 3^{ème} déni de grossesse. Cette prise en charge l'avait satisfaite et paraissait essentielle. Une autre sage-femme de PMI nous a également précisé qu'il arrivait qu'à l'hôpital la proposition d'un suivi par la PMI ne soit pas faite à l'issue d'un déni de grossesse. En effet une patiente était venue la consulter spontanément après sa sortie de maternité sans qu'il n'y ait eu aucune information lors de son séjour.

Lorsque nous avons étudié la prise en charge actuelle à l'aide des questionnaires, nous avons retrouvé un grand nombre de notions telles que l'« écoute », l'« empathie »... Cela est bien sûr adapté à ces patientes mais nous pouvons l'appliquer à toutes les femmes. Les professionnels semblaient ne pas tous avoir les réflexes sur la prise en charge à privilégier pour ces femmes, à part la prise en charge psychologique proposée quasiment par tous les professionnels.

En effet, seulement la moitié des professionnels ont évoqué la prise en charge par la PMI et 1/10^{ème} pour l'assistante sociale. La PMI permet un suivi personnalisé et à long terme pour ces femmes. Une étude a démontré que des visites régulières par

une sage-femme et/ou une puéricultrice en post-natal avaient un effet positif sur la triade (parents/enfant) et diminuaient le risque de dépression maternelle postnatale (21). Cela est donc particulièrement intéressant pour ces femmes qui peuvent se trouver en difficulté au moment du retour à domicile.

D'autre part, seules 5 sages-femmes sur 32 ont évoqué les cours de PNP (Préparation à la Naissance et à la Parentalité). Lors d'un déni partiel il faut profiter du temps de grossesse restant afin d'aider les femmes dans leur travail psychique. Elles pourront s'imaginer leur bébé, se préparer à l'accueillir et se projeter dans l'avenir en le considérant. Tout cela facilitera l'accueil de l'enfant et la relation mère-enfant. Une étude menée auprès de parents adolescents a démontré que les cours de PNP favorisent « *la confiance de la mère en elle-même* » et « *la constitution de l'identité maternelle* » (21).

Dans notre étude aucun professionnel n'a évoqué explicitement l'entretien prénatal précoce. Dans le cadre d'un déni partiel, il serait très intéressant de le proposer quelque soit le terme de la grossesse.

Tout d'abord cela permettrait d'intégrer le père du bébé dans la prise en charge car dans le cadre du déni il peut aussi être très perturbé par l'annonce de la grossesse. Cet entretien pourrait aider à la mise en place de la relation parents-enfant, ce qui est essentiel car « *la triade père-mère-bébé est définie comme une unité sociale de base à l'intérieur de laquelle se construisent les dyades* » (22). Cet entretien a pour but « *de permettre aux femmes d'exprimer leurs émotions et sentiments, de fournir aux couples l'occasion de réfléchir sur leurs attentes par rapport à leur rôle de parent* » (23), (24). Il serait vraiment une occasion de créer une relation de confiance avec ce couple. De plus, il correspond à un autre type de rapport avec l'équipe soignante qui lors d'un déni effectue en premier lieu tous les examens complémentaires en urgence... Enfin cet entretien permettrait de repérer leurs vulnérabilités.

Il serait également très intéressant que ces femmes participent à un entretien post-natal précoce. Cet entretien se fera dans les 8-15 jours après l'accouchement (par une sage-femme ou un médecin) et permettra de repérer des situations de vulnérabilité psychologique, sociale dans une « *approche médico-psycho-sociale* » (24). En effet l'objectif de cet entretien est « *d'améliorer l'état de santé physique et psychique des parents et de leur enfant* », « *de prévenir les pathologies du lien mère-enfant* » (25). Il sera d'autant plus important si la femme n'a pas accepté le suivi par la PMI.

A propos de la relation mère-enfant, rappelons que « *les services de maternité et de néonatalogie sont particulièrement concernés par le phénomène de développement du « sentiment maternel »* » (26). Nous devons donc favoriser et être attentifs à la mise en place de cette relation en maternité. Or dans les réponses aux questionnaires, seules ¼ des sages-femmes ont parlé de la surveillance de ce lien mère-enfant pour les femmes ayant vécu un déni de grossesse.

Tout d'abord il faudra être d'autant plus attentif si le bébé est transféré en néonatalogie, car ces femmes auront d'autant plus de mal à réaliser la naissance et la présence de leur bébé : « *Des risques de distorsion précoce de la relation mère-bébé son accentués par la difficulté qu'elles ont à se représenter un bébé qu'elles n'ont pas anticipé* » (19).

Quand cela est possible et suivant l'adaptation de la mère à la situation, il faudra dès que possible favoriser le contact entre la mère et le bébé par le peau à peau, une tétée d'accueil... Cela est important mais dépendra bien sûr de ses réactions; lui poser des questions sur ce qu'elle désire est primordial. Lors de ces contacts étroits l'augmentation du taux d'ocytocine facilitera la relation mère-bébé et diminuera la réponse au stress (27).

En maternité, il est important de présenter une uniformité des soins au nouveau-né car le contraire pourrait entraver la relation mère-soignants (26). Dans une prise en charge globale, ces femmes ont besoin « *de cohérence et de lisibilité de chaque intervenant* » (28).

Une prise en charge psychologique est indispensable lorsque le post-partum blues perdure plus d'une semaine et si la femme présente « *une absence de désir à pratiquer les soins, un sentiment d'inadaptation aux besoins du bébé, une irritabilité ou une agressivité dirigées généralement vers l'époux ou les autres membres de la fratrie* » (signes de dépression du post-partum) (29).

Lors de nos entretiens de nombreux professionnels nous ont évoqué des relations mère-enfant semblant bien se mettre en place. Cependant il faut tout de même être attentif à ces femmes vulnérables. En effet, certaines pourront taire leurs difficultés, tout en jouant « *le rôle de la bonne mère* » (18). Ces femmes pourront se montrer tout à fait à l'aise dans les gestes de maternage en cherchant à obtenir l'approbation des soignants mais il s'agira d'un mécanisme de défense pour cacher leur détresse (30).

A l'issue de notre enquête, l'hypothèse sur la prise en charge, qui ne nous paraissait pas toujours être optimale lors d'un déni, a été confirmée.

Lorsque nous demandions aux sages-femmes de nous présenter la prise en charge qu'elles mettraient en place pour une femme ayant vécu un déni pour la grossesse actuelle, nous attendions une réponse de quelques lignes. Les sages-femmes n'ont pas développé la prise en charge en salle de naissance, pour une patiente qui vient de découvrir sa grossesse.

Il nous a semblé judicieux de préciser quelques attitudes spécifiques et conseillées dans la littérature. Nous avons déjà évoqué la non remise en cause de la parole de la femme ; malgré la situation d'urgence ou d'urgence relative il faudrait autant que possible garder son calme devant la patiente. Les mots utilisés tout au long de l'accompagnement seront choisis en fonction du cheminement psychique de la femme par rapport à son état de grossesse : « *Nos mots doivent suivre sa pensée et ne pas la devancer* » (5). En effet, si elle se trouve dans un réel état de sidération il n'est pas nécessaire d'évoquer le bébé dans un premier temps de la prise en charge. Nous devons nous préoccuper de son confort, de sa douleur. Il est bénéfique de dire que nous allons l'accompagner pendant quelques heures par exemple et d'expliquer tous les gestes techniques que nous effectuons auprès d'elle.

Toutes les actions et les prises en charge pluridisciplinaires citées précédemment participent à la mise en place de la parentalité et au bien-être maternel. Il est primordial de ne pas occulter la spécificité de ces grossesses et de les prendre en charge en conséquence, afin d'éviter des récurrences qui pourraient cette fois-ci se solder par un néonaticide.

2.4.3. Propositions d'amélioration

A l'issue de notre travail, la prise en charge pluridisciplinaire semble la plus adaptée et devrait être proposée (et non imposée) systématiquement. Pour cela l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux pourraient être mieux formés et sensibilisés à ce phénomène lors de leur formation initiale. Lors des études de sages-femmes, il serait possible d'aborder ce sujet à travers des cas cliniques en séance de simulation (situation filmée et discussion ensuite), afin que cela soit plus concret pour les étudiants. De plus, il serait judicieux que cette formation soit complétée par une proposition de Développement Professionnel Continu (DPC).

Lors de l'annonce de la grossesse dans le cadre d'un déni partiel, la proposition systématique d'un entretien psycho-social rapidement après l'annonce semblerait bénéfique. Nous pourrions ainsi déterminer ce que la femme a compris et assimilé, et

ce serait l'occasion pour elle de verbaliser l'éventuel choc de la découverte de la grossesse. Lors d'un déni partiel, il serait essentiel de proposer un entretien prénatal et des cours de PNP.

Lorsqu'une femme refuse la prise en charge psychologique dans ce contexte, les professionnels ne doivent pas hésiter à s'adresser à un psychologue pour qu'il les aide à accompagner au mieux cette femme (28).

Il est nécessaire que les professionnels de la périnatalité comprennent l'importance d'une proposition de prise en charge spécifique pour les femmes ayant vécu un déni lors d'une grossesse précédente.

Enfin, le codage de ce phénomène à l'hôpital par le DIM (Département d'Information Médicale) permettrait d'identifier plus facilement ces patientes et ainsi d'envisager aisément d'autres projets de recherche.

Conclusion

En 2012, une relative méconnaissance des mécanismes psychopathologiques du déni de grossesse perdure. Cependant ce symptôme doit être reconnu. Etant donné sa prévalence et les risques physiques et psychologiques encourus, il correspond à un réel enjeu de santé publique.

Afin de prévenir les risques, la prise en charge préconisée est multidisciplinaire, s'adaptant à chaque situation. L'accompagnement de ces femmes favorise le développement de leurs compétences maternelles et la mise en place d'un lien mère-enfant sécurisant. De plus cette prise en charge diminue le risque de récurrence lors des grossesses ultérieures.

Prendre en charge le déni c'est tout d'abord pouvoir le penser et l'appréhender en tant que symptôme touchant des femmes de tout âge et de tous milieux socio-économiques.

D'après notre étude, la prise en charge en 2012 semble de plus en plus adaptée mais n'est pas encore optimale. Des améliorations sont encore possibles, il serait judicieux que les professionnels aient connaissances des conduites à tenir optimales vis-à-vis de ces patientes.

La remise en cause de la crédibilité des mères existe encore et peut résulter de difficultés à concevoir le déni de grossesse.

Notre étude a clairement mis en évidence que les sages-femmes estimaient ne pas avoir eu les connaissances nécessaires concernant le déni de grossesse à l'issue de leur formation initiale. Il paraît important que ces connaissances soient mises à disposition des étudiants sages-femmes, par exemple à travers des mises en situation cliniques. Proposer un Développement Professionnel Continu sur le déni serait également judicieux. Par la suite ces formations permettraient aux professionnels d'exprimer moins de méconnaissance par rapport à ce phénomène. En effet certaines expressions recueillies lors de notre étude traduisaient une confusion entre dissimulation et déni de grossesse. En dehors de cela, il est normal que l'appréhension de ce phénomène soit différente selon les professionnels en fonction de leur personnalité, de leur vécu personnel...

Le codage du déni de grossesse dans tous les centres hospitaliers faciliterait la poursuite d'étude concernant le déni de grossesse. Nous pourrions par exemple

envisager d'analyser le devenir des enfants issus de déni, le risque éventuel de maltraitance ainsi que le risque de récurrence de ce phénomène.

Références

- (1) Marinopoulos S. *Le déni de grossesse*. Temps d'arrêt. 34p. En ligne. http://www.yapaka.be/files/publication/TA_Deni_grossesse.pdf. Consulté le 11 novembre 2011
- (2) Rotman C. Affaire Courjault : la mère seule au procès. *Libération* [en ligne]. 24 janvier 2009. [consulté le 10/07/2012]. Disponibilité sur Internet : <http://www.liberation.fr/societe/0101314335-affaire-courjault-la-mere-seule-au-proces>
- (3) H.D. Corrèze : les corps de jumelles découverts dans un sac poubelle. *TF1 News*. 11 janvier 2010. [consulté le 10/07/2012]. Disponibilité sur Internet : <http://lci.tf1.fr/france/faits-divers/2010-01/correze-les-corps-de-jumelles-decouverts-dans-un-sac-poubelle-5633000.html>
- (4) Double infanticide dans l'Oise : le déni de grossesse invoqué. *Tf1 News*. 30 mars 2012. [consulté le 10/07/2012]. Disponibilité sur Internet : <http://lci.tf1.fr/france/faits-divers/infanticide-dans-l-oise-le-deni-de-grossesse-invoque-7103933.html>
- (5) Marinopoulos, S. ; Nisand, I. *Elles accouchent et ne sont pas enceintes*. Mayenne : Les liens qui libèrent, 2011 : 230p.
- (6) Gorre Ferragu. *Le déni de grossesse : une revue de littérature*. Thèse de médecine, Faculté de Médecine Rennes, 2002, 82p. En ligne. http://resmed.univ-rennes1.fr/mgrennes/IMG/pdf/These._Mme_Gorre-Ferragu-2.pdf. Consulté le 15 novembre 2011
- (7) Bayle, B. *L'enfant à naître. Identité conceptionnelle et gestation psychique*. Bonchamp-Lès-Laval : éditions érès, 2005 : 391p.
- (8) Bayle B. *Négations de grossesse et gestation psychique*. 1^{er} colloque sur le déni de grossesse organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse. Faculté de Médecine de Toulouse, 2008. En ligne. <http://benoit.bayle1.free.fr/denigrossesse.pdf>. Consulté de 11 novembre 2011
- (9) Guernalec-Levy, G. *Je ne suis pas enceinte : enquête sur le déni de grossesse*. Paris : stock, 2007 : 258p.
- (10) Grangaud, N. *Déni de grossesse : description clinique et essai de compréhension psychopathologique*. Thèse de Médecine, Faculté de médecine Lariboisière St Louis, Université Paris VII, 2001, 139p.
- (11) Interview de Israel NISAND, TF1 le 3 février 2009. <http://www.youtube.com/watch?v=nPb4V1TO79c> . Consulté le 2 juillet 2012
- (12) Bonnet, C. *Geste d'amour L'accouchement sous X*. Paris : éditions Odile Jacob, 1990 : 240p.

- (13) Large, A. *Enceinte sans le savoir : vécu et prise en charge du déni de grossesse*. Mémoire de sage-femme, Faculté de médecine Rockefeller, Université Claude Bernard Lyon 1, 2009, 69p.
- (14) Marinopoulos, S. *De l'une à l'autre, de la grossesse à l'abandon*. Revigny : Hommes et perspectives, 1997 : 205p.
- (15) Arnaud, C. *Les représentations des sages-femmes sur le déni de grossesse*. Mémoire de sage-femme, UFR de médecine, Université de Limoges, 2011, 102p.
- (16) Martin-Sanchez, M-O. *Concept des représentations sociales*. http://www.serpsy.org/formation_debat/mariodile_5.html . Consulté le 28 décembre 2012
- (17) Remy, M. *Le déni de grossesse : « Il ne suffit pas d'être enceinte pour attendre un enfant... »*. Mémoire de sage-femme, Faculté de médecine Nancy, Université Henri Poincaré, 2011, 79p. En ligne. http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_MESF_2011_REMY_MAEVA.pdf . Consulté le 3 janvier 2013
- (18) Nisand, I. *Le déni de grossesse*. Intervention au CHRU de Strasbourg le 6 Mai 2011. En ligne. http://www.rpfc.fr/espacepro/wp-content/pdf/RPFC_INisand06Mai2011.pdf . Consulté le 28 décembre 2012.
- (19) Bydlowski, M. *Des mères et leurs nouveau-nés. Recherches et interventions autour de la naissance*. Issy-les-Moulineaux : ESF, 2002 : 213p.
- (20) Formation des professionnels de santé. *Profession Sage-Femme. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*. Berger-Levrault, 2008 : 109p.
- (21) Haute Autorité de Santé. *Recommandations pour la pratique clinique. Préparation à la naissance et à la Parentalité*. 2005. En ligne. http://www.chu-tours.fr/site_pro/reseaux/perinat/prive/reglementaire/preparation_naissance_rap.pdf. Consulté le 5 janvier 2012.
- (22) Geraud-Welby, M-C. *Remaniements subjectifs au cours de la grossesse et éthique de la procréation. A propos d'une mère psychotique*. Thèse de médecine, Faculté de Médecine, Université de Brest, 2005, 168p.
- (23) Isserlis, C ; Sutter-Dallay, A-L ; Dugnat, M ; Glangeaud-Freudenthal, N. *Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2008 : 222p.
- (24) Capgras Baberon, D. *L'entretien Individuel Prénatal Précoce (EIPP)*. Cours aux étudiants sages-femmes de Brest. Avril 2012.
- (25) Schmidt Gass, M. *L'accompagnement des parents après la naissance : l'Entretien Post-natal*. Mémoire de cadre sage-femme, Ecole de cadres sages-femmes Dijon, 2009, 81p.

(26) Guedeney, N et al. ; L'implication des parents en néonatalogie et le processus de caregiving. *Devenir*. 2012 ; 24 : 9-34.

(27) Guedeney, N ; Lamas, C ; Bekhechi, V ; Mintz, A-S; Guedeney, A. Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. *Elsevier Masson*. 2008 ; 15 : 12-19.

(28) Molénat, F. *Prévention précoce. Petit traité pour construire des liens humains*. Collection « Prévention en maternité ». Toulouse : Erès, 2009 : 271p.

(29) Plassard, M. *Prévention des troubles psychiatriques en période périnatale et maintien des relations mère-enfant : quatre situations analysées à partir des dossiers médicaux au CHU de Brest*. Mémoire de sage-femme, UFR de médecine et de sciences de la santé, Université de Brest, 2008, 46p.

(30) Delassus, J-M ; Carlier, L ; Boureau-Louvet, V. *L'aide-mémoire de Maternologie*. Paris : Dunod, 2010 : 350p.

Bibliographie

Articles de revue

Guedeney, N ; Lamas, C ; Bekhechi, V ; Mintz, A-S; Guedeney, A. Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. *Elsevier Masson*. 2008 ; 15 : 12-19.

Guedeney, N et al. ; L'implication des parents en néonatalogie et le processus de caregiving. *Devenir*. 2012 ; 24 : 9-34.

Quarante, O. Dénis de grossesse : de la sidération à l'écoute. *Profession sage-femme*. 2007 ; 135 : 40-43.

Sanselme-Cardenas, M-E ; Rabanel, J-R ; Lestien, R ; Foulhy, C. Y a-t-il des dénis de grossesse qui se terminent bien ? *Vocation sage-femme*. 2012 ; 99 : 30-32.

Vellut, N . Cook, J ; Tursz, A. Analysis of the relationship between neonaticide and denial of pregnancy using data from judicial files. *Child Abuse & Neglect*. 2012 ; 36 : 553-563.

Wessel, J. Denial of pregnancy: Characteristics of Women at Risk. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*. 2007 ; 86 : 542-546.

Wessel, J ; Endrikat, J ; Buscher, U. Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*. 2002 ; 81 : 1021-1027.

Ouvrages

Bayle, B. *L'enfant à naître. Identité conceptionnelle et gestation psychique*. Bonchamp-Lès-Laval : éditions érès, 2005 : 391p.

Bonnet, C. *Geste d'amour L'accouchement sous X*. Paris : éditions Odile Jacob, 1990 : 240p.

Bowlby, J. *Attachement et perte. Volume 1 : L'attachement*. 5^{ème} édition. Paris : Presses Universitaires de France, 2006 : 539p.

Bydlowski, M. *Des mères et leurs nouveau-nés. Recherches et interventions autour de la naissance*. Issy-les-Moulineaux : ESF, 2002 : 213p.

Bydlowski, M. *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. 6^{ème} édition. Paris : Presses Universitaires de France, 2008 : 213p.

Delassus, J-M ; Carlier, L ; Boureau-Louvet, V. *L'aide-mémoire de Maternologie*. Paris : Dunod, 2010 : 350p.

Delassus, J-M. *Le sens de la maternité*. Paris : Dunod, 2011 : 352p.

Delassus, J-M. *Penser la naissance*. Paris : Dunod, 2011 : 935p.

Dugnat, M. *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2004 : 253p.

Guernalec-Levy, G. *Je ne suis pas enceinte : enquête sur le déni de grossesse*. Paris : Stock, 2007 : 258p.

Formation des professionnels de santé. *Profession Sage-Femme. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*. Berger-Levrault, 2008 : 109p.

Iacub, M. *L'empire du ventre. Pour une autre histoire de la maternité*. Saint-Amand-Montrond : Fayard, 2004 : 365p.

Isserlis, C ; Sutter-Dallay, A-L ; Dugnat, M ; Glangeaud-Freudenthal, N. *Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2008 : 222p.

Kaufmann, J-C. *L'entretien compréhensif*. 3^{ème} édition. Paris : Armand Colin, 2011 : 226p.

Marinopoulos, S ; Nisand, I. *Elles accouchent et ne sont pas enceintes*. Mayenne : Les liens qui libèrent, 2011 : 230p.

Marinopoulos, S ; Sellenet, C ; Vallée, F. *Moïse, Œdipe, Superman... de l'abandon à l'adoption*. Paris : Fayard, 2003 : 351p.

Marinopoulos, S. *De l'une à l'autre, de la grossesse à l'abandon*. Revigny : Hommes et perspectives, 1997 : 205p.

Marinopoulos S. *De l'impensé à l'impensable en maternité : Le déni*. Champ psychosomatique. 2009;53:19. En ligne. http://scdproxy.univ-brest.fr:2084/article.php?ID_ARTICLE=EMPA_082_0120&DocId=41874&Index=%2Fcairn2Idx%2Fcairn&TypeID=226&HitCount=33&hits=deb+dea+de9+dcc+dcb+dca+d98+d97+d96+9fa+9f9+9f8+94d+94c+94b+901+900+8ff+8c7+8c6+8c5+324+323+322+16a+169+168+56+55+54+2d+2c+2b+0&fileext=html#hit1. Consulté le 19 novembre 2011

Marinopoulos S. *Le déni de grossesse*. Temps d'arrêt. 34p. En ligne. http://www.yapaka.be/files/publication/TA_Deni_grossesse.pdf. Consulté le 11 novembre 2011

Moisseff, M. *Aux origines de la sexualité. Alien ou l'horreur de la procréation dans la mythologie occidentale contemporaine*. Paris : Fayard, 2009 : 446-465.

Molénat, F. *Prévention précoce. Petit traité pour construire des liens humains*. Collection « Prévention en maternité ». Toulouse : Erès, 2009 : 271p.

Trillat, B. *Abandon et adoption. Liens du sang, liens d'amour*. Condé-sur-Noireau : Autrement, 1998 : 221p.

Mémoires et thèses

Arnaud, C. *Les représentations des sages-femmes sur le déni de grossesse*. Mémoire de sage-femme, UFR de médecine, Université de Limoges, 2011, 102p.

Fronteau, V. *Le déni de grossesse : Etude clinique, Psychopathologie, Conséquences, Prise en charge et Prévention*. Mémoire de sage-femme, UFR de médecine, Université d'Angers, 2008, 62p.

Geraud-Welby, M-C. *Remaniements subjectifs au cours de la grossesse et éthique de la procréation. A propos d'une mère psychotique*. Thèse de médecine, Faculté de Médecine, Université de Brest, 2005, 168p.

Gorre Ferragu. *Le déni de grossesse : une revue de littérature*. Thèse de médecine, Faculté de Médecine Rennes, 2002, 82p. En ligne. http://resmed.univ-rennes1.fr/mgrennes/IMG/pdf/These._Mme_Gorre-Ferragu-2.pdf. Consulté le 15 novembre 2011

Grangaud, N. *Déni de grossesse : description clinique et essai de compréhension psychopathologique*. Thèse de Médecine, Faculté de médecine Lariboisière St Louis, Université Paris VII, 2001, 139p.

Job, N. *Déni de grossesse : étude rétrospective descriptive. A propos de 41 cas*. Thèse de médecine, Faculté de médecine, Université de Toulouse III – Paul Sabatier, 2009, 161p.

Large, A. *Enceinte sans le savoir : vécu et prise en charge du déni de grossesse*. Mémoire de sage-femme, Faculté de médecine Rockefeller, Université Claude Bernard Lyon 1, 2009, 69p.

Plassard, M. *Prévention des troubles psychiatriques en période périnatale et maintien des relations mère-enfant : quatre situations analysées à partir des dossiers médicaux au CHU de Brest*. Mémoire de sage-femme, UFR de médecine et de sciences de la santé, Université de Brest, 2008, 46p.

Remy, M. *Le déni de grossesse : « Il ne suffit pas d'être enceinte pour attendre un enfant... »*. Mémoire de sage-femme, Faculté de médecine Nancy, Université Henri Poincaré, 2011, 79p. En ligne. http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_MESF_2011_REMY_MAEVA.pdf . Consulté le 3 janvier 2013

Textes législatifs et réflexions professionnelles

Code de la santé publique. *Définition de la capacité professionnelle des sages-femmes*.

<http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/legislation/code-sante-publique/code-de-la-sante-publique-221.html> . Consulté le 15 août 2012.

Collectif des associations et syndicats des sages-femmes. Réflexion du CASSF. *Le déni de grossesse*. 2010. En ligne.

<http://www.sages-femmes-orthogeniques.com/image/CASSF/d%25C3%25A9ni%2Bde%2Bgrossesse%2B2010%2Bcassf.pdf> . Consulté le 11 novembre 2011

Conseil de l'ordre des sages-femmes. *Code de déontologie des sages-femmes*.
http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/2/1431_Codeded%C3%83%C2%A9ontologiedessages-femmes-versionau19juillet2012.pdf . En ligne. Consulté le 15 août 2012.

Haute Autorité de Santé. *Recommandations pour la pratique clinique. Préparation à la naissance et à la Parentalité*. 2005. En ligne. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/criteres_qualite-pnp.pdf . Consulté le 5 janvier 2013.

Conférences et Interviews

34^{èmes} Journées Nationales du Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français. *Conférence sur le déni de grossesse*, J. Lansac. Du 8 au 11 décembre 2010.

Bayle B. *Négations de grossesse et gestation psychique*. 1^{er} colloque sur le déni de grossesse organisé par l'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse. Faculté de Médecine de Toulouse, 2008. En ligne. <http://benoit.bayle1.free.fr/denigrossesse.pdf>. Consulté de 11 novembre 2011

Capgras Baberon, D. *L'entretien Individuel Prénatal Précoce (EIPP)*. Cours aux étudiants sages-femmes de Brest. Avril 2012.

Interview de Israel NISAND, TF1 le 3 février 2009.
<http://www.youtube.com/watch?v=nPb4V1TO79c> . Consulté le 2 juillet 2012.

Interview de Sophie MARINOPOULOS, vidéo de yapaka.be, ajouté le 10 juin 2009.
<http://www.youtube.com/watch?v=3oDfFZtEPvo> . Consulté le 20 juillet 2012.

Martin-Sanchez, M-O. *Concept des représentations sociales*.
http://www.serpsy.org/formation_debat/mariodile_5.html . Consulté le 28 décembre 2012.

Nisand, I. *Le déni de grossesse*. Intervention au CHRU de Strasbourg le 6 Mai 2011. En ligne.
http://www.rpfc.fr/espacepro/wp-content/pdf/RPFC_INisand06Mai2011.pdf . Consulté le 28 décembre 2012.

Sitographie

Site de l'Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse.
<http://www.afrdg.info> .

Annexe I :

QUESTIONNAIRE

Actuellement en fin de cursus à l'école de sage-femme de Brest, je souhaite étudier les représentations des sages-femmes sur le déni de grossesse et leurs répercussions possibles sur la prise en charge. Ce questionnaire anonyme est donc un outil de travail pour mon mémoire de fin d'étude.

Afin de ne pas biaiser les résultats je vous demanderais autant que possible de répondre à ce questionnaire spontanément et en une seule fois.

Je vous remercie d'avance de votre participation.

Andréa COPY

1. Avez-vous déjà été confronté dans le cadre de votre profession :
 - A la participation d'une annonce tardive d'une grossesse (après 20 semaines d'aménorrhée)
 - Oui
 - Non
 - A la prise en charge d'une femme ayant vécu un déni de grossesse (durant la grossesse ou le post-partum)
 - Oui
 - Non

2. Si vous avez répondu oui à au moins l'une des réponses précédentes, dans quel cadre cela a-t-il eu lieu (salle de naissance, suites de couches...) ?

3. Citez trois expressions qui vous viennent à l'esprit lorsque vous entendez « déni de grossesse »
 -
 -
 -

4. Estimez-vous avoir eu les connaissances nécessaires concernant le déni de grossesse à l'issue de votre formation initiale ?
 - Oui
 - Non

5. Décrivez la prise en charge que vous mettriez en place pour une femme ayant vécu un déni pour la grossesse actuelle. (quelques lignes)

Annexe II :

Grille d'entretien

Situation personnelle

- Nombre d'années d'exercice de la profession
- Quel secteur d'activité ? (libéral, hôpital...)

Concernant les circonstances de confrontation au déni de grossesse

- Dans quel cadre avez-vous été confronté à une situation de déni de grossesse ?
 - ✓ Secteur d'activité
 - ✓ Déni partiel ou total
 - ✓ Gestité/parité de la femme
 - ✓ La découverte de la grossesse était-elle récente ?
- Racontez-nous comment s'est passé l'annonce (si vous étiez présents ou ce que l'on vous a rapporté)
 - ✓ Quelles circonstances de découverte ?
 - ✓ Temps accordé
 - ✓ Quel discours de la part du professionnel qui annonce la grossesse, quels mots employés ?
 - ✓ Quelle prise en charge proposée à la fin de cela ?
 - ✓ Que pensez-vous de l'annonce effectuée ?

Concernant la prise en charge, les connaissances et les représentations

- Concernant la prise en charge :
 - ✓ Parmi les prises en charge proposées qu'est-ce qui a été accepté par la femme ?
 - ✓ A-t-elle été particulière ? Si oui à quel niveau ?
 - ✓ Pensez-vous que la prise en charge a été optimale pour cette (ces) femme(s) ? et qu'elle a participé à une bonne mise en place des liens mère-enfant ?
- Concernant les connaissances et les représentations sur le déni :
 - ✓ Pensez-vous avoir eu accès dans votre formation initiale aux connaissances nécessaires pour la prise en charge de ces femmes ?
 - ✓ Avez-vous entendu dans le cadre de la prise en charge de ces dénis des réflexions sur ces situations de la part des professionnels (au moment des transmissions, dans un dialogue entre professionnels) ? Quel discours ?

Annexe III :