

Le déni de grossesse : quel impact sur la pratique sage-femme pour la prise en charge de ces grossesses calndestines?

Autor(en): **Allier, Caroline**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **116 (2018)**

Heft 1-2

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949479>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Le déni de grossesse: quel impact sur la pratique sage-femme pour la prise en charge de ces grossesses clandestines?

Le déni de grossesse est un phénomène relativement méconnu, fascinant et médiatisé. De nombreux préjugés et de fausses représentations circulent dans la société et au sein de la communauté des professionnel·le·s de santé. Or, cette problématique n'est pas si rare, comme l'ont analysé Caroline Allier, Vinciane Bonneau et Bérengère Bouthegord dans leur travail de bachelor. Elles présentent ici les résultats de leur étude et proposent des recommandations pour une prise en charge optimale dans ce type de situations

.....
Caroline Allier et al.

En Suisse, actuellement, on comptabilise un à deux cas de déni de grossesse pour 1000 naissances d'après le professeur Patrick Hohlfeld (Radio Télévision Suisse, 2014), ce qui représente entre 84 cas et 168 cas sur les 84 840 naissances vivantes en Suisse en 2015. La complexité de ce sujet est telle qu'il n'existe pas de définition consensuelle du déni de grossesse et la description de sa psychopathologie requiert encore de nombreuses recherches.

Quelques définitions

Dans la conscience collective, il y a beaucoup d'amalgames entre le déni, la dissimulation et la dénégation de grossesse, en voici donc les différentes définitions:

- La dissimulation de grossesse est un état conscient et volontaire. Souvent la femme dissimule volontairement sa grossesse à son entourage.
- La dénégation est un mécanisme de refoulement. Selon Freud, elle est souvent associée à la névrose, «qui ne dénie pas la réalité, mais ne veut rien savoir d'elle.» (Dayan, 2013, p. 9). Ainsi la femme sait qu'elle est enceinte mais fait comme si elle ne l'était pas. Concernant le déni de grossesse, Dayan (1999), parle «d'une grossesse inconsciente, conduisant la femme, souvent tardivement et brutalement, à la reconnaissance pleine et entière de son état». Nisand, (2011) complète cela en disant que dans ces situations, il y a une grossesse physique sans grossesse psychique. Selon le moment de la levée du déni, au cours de la grossesse ou au moment de l'accouchement, il s'agit de déni partiel ou de déni total. La définition la plus consensuelle est la non conscience de la grossesse par la femme au deuxième trimestre.

La synthèse des résultats de notre travail de bachelor a permis de préciser la définition du déni de grossesse comme la non conscience de la grossesse par la femme après un nombre de semaines d'aménorrhée, dont la précision ne rencontre pas de consensus, même si cette notion du temps de découverte de la grossesse semble particulièrement importante. En effet, les résultats des articles retenus fixent la date limite physiologique de découverte d'une grossesse entre 14 et 20 semaines. D'une façon générale, les différent·e·s auteur·e·s énoncent l'absence de soins prénataux comme une conséquence manifeste du déni de grossesse. Dans l'ensemble des articles étudiés, l'incidence du déni de grossesse est de deux pour 1000 naissances. Ces chiffres correspondent aux incidences suisses et françaises.

Les spécificités du profil des femmes faisant un déni de grossesse ont été investiguées. Aucun·e des auteur·e·s n'est parvenu·e à définir un profil type et des caractéristiques spécifiques des femmes faisant un déni. Les seuls facteurs de risques énoncés sont les âges extrêmes et la multiparité. Les auteur·e·s cité·e·s n'ont pas trouvé de corrélation avec les antécédents de maladies psychiatriques ou de dépendance; ils/elles en déduisent donc que toutes les femmes sont susceptibles d'être touchées par le déni.

Augmentation de la morbidité

De plus, cette revue de littérature a permis de démontrer l'augmentation de la morbidité fœto-maternelle lors d'un déni de grossesse, bien que la majorité de ces femmes accouche par voie basse. Ces femmes n'ayant pas reçu de soins prénataux (dépistages), elles ont souvent des pathologies non diagnostiquées (Par exemple un diabète gestationnel, un placenta praevia etc...). Concernant la morbidité néonatale, une augmentation significative des naissances prématurées en cas de déni de grossesse est à noter, un risque plus élevé de retard de croissance intra-utérin et une morbidité augmentée

en anté- ou postnatal. D'une façon générale, le transfert en néonatalogie du nouveau-né est significativement plus élevé lors d'un déni de grossesse.

D'après l'étude de Janati Idrissi et al. (2013) – seule étude s'étant centrée sur les soignant·e·s – bien que la majorité des professionnel·le·s se dise à l'aise avec ces femmes, les émotions véhiculées sont plutôt « négatives » (tristesse, incompréhension, inquiétude). Les auteur·e·s ajoutent qu'il n'y aurait que l'expérience qui pourrait moduler ces émotions. Les professionnel·le·s ayant suivi une formation sur le déni de grossesse sont significativement plus au clair sur l'absence de profil type des femmes touchées. Les soignant·e·s, ayant eu une expérience pratique du déni de grossesse, se sentent significativement plus à l'aise avec les femmes.

Les différent·e·s auteur·e·s ont tenté de classer ce phénomène parmi d'autres maladies psychiatriques ou d'autres maladies somatiques, et cela est toujours d'actualité, que ce soit dans la classification internationale des maladies ou dans le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. La classification du déni de grossesse reste un débat au sein de la communauté scientifique.

Une distinction floue

Dans certaines études, la différenciation entre le déni et la dissimulation de grossesse reste floue. Cette distinction paraît théoriquement claire, mais l'évaluation dans la pratique peut s'avérer bien plus complexe. En tant que professionnel·le·s de santé, il est important de réaliser une investigation approfondie auprès de la femme et de son entourage, ainsi que de choisir, consciencieusement, le vocabulaire utilisé pour décrire le déni.

Par ailleurs, la limite floue au sujet de l'âge gestationnel lors de la découverte de la grossesse, entraîne un risque de non diagnostic de certains dénis de grossesse. Sans consensus sur l'âge gestationnel, une femme découvrant sa grossesse à 15 semaines va être diagnostiquée en déni de grossesse pour certain·e·s, et en découverte tardive de

grossesse pour d'autres. Ce point pourrait alors influencer la prise en charge de ces femmes. Il semblerait pertinent de proposer une limite d'âge gestationnel dans la définition, afin de faciliter son diagnostic et sa prise en charge. Les auteur·e·s suggèrent que le déni soit classé dans la liste des maladies soit somatiques ou psychiatriques, mais des désaccords subsistent sur l'intitulé de la catégorie et la classification internationale souhaitée. Classifier le déni dans l'*International Classification of Diseases* pourrait induire un inévitable consensus international au sujet de la définition et faciliterait ainsi son repérage.

Prise en charge individualisée

Wessel et al. (2002) spécifient que le déni de grossesse se produit plus souvent que la rupture utérine et que la survenue de triplés. Alors que ces deux dernières pathologies font l'objet de protocoles et de conduites précises à tenir, il n'en est rien pour le déni de grossesse. Il est vrai qu'il ne s'agit pas d'une urgence obstétricale, mais plutôt d'un phénomène psychique qui requiert un accompagnement adapté. Ce dernier point ne devrait pourtant pas empêcher l'élaboration d'un guide de pratique pour faciliter la prise en charge et dépister au plus vite les possibles morbidités fœto-maternelles. Par contre, au vu de l'hétérogénéité du profil de ces femmes, il semble pertinent d'opter pour une prise en charge centrée sur la femme. Effectivement dans ces situations, une prise en soin standardisée semble particulièrement inadaptée. Il s'agit de travailler en collaboration avec la femme enceinte ou ayant accouché, et de la guider lors de la levée du déni.

Pour cela, il paraît particulièrement important que les soignant·e·s développent des connaissances fiables et précises. Cela permettrait, certainement, un meilleur dépistage et donc éviterait ou réduirait les complications fœto-maternelles. Il semble pertinent que des cours ayant comme sujet le déni de grossesse soient intégrés

Auteurs



Caroline Allier est sage-femme à l'hôpital Saint Joseph à Marseille (F). allier.caroline@laposte.net

Vinciane Bonneau est sage-femme au CHUV, Lausanne. vincianeb@hotmail.it

Bérengère Bouthegourd est sage-femme à l'hôpital de Sion. berengerebouthegourd@hotmail.fr

dans la formation non seulement des sages-femmes, mais également des médecins gynécologues-obstétricien-ne-s et généralistes. En effet, un nombre important de femmes consultent un-e médecin généraliste pour un symptôme non spécifique de la grossesse, seulement quelques semaines avant la levée du déni, sans être pour autant diagnostiquée.

Suivi en post-partum modulé

Les sages-femmes étant les professionnel-le-s de première ligne face au déni de grossesse, des actions sont proposées, spécialement pour la période du post-partum. Il semble important d'organiser pour les femmes un suivi en post-partum modulé en fonction de leurs besoins et des spécificités du déni. Il s'agit notamment de:

Accompagner l'acceptation de la réalité

Concrètement, il s'agit de respecter son cheminement vers la parentalité, car il paraît primordial de ne pas anticiper, mais plutôt de suivre son rythme. Les soignant-e-s ont la possibilité, par exemple dans les services hospitaliers, de garder les nouveau-nés en pouponnière et de proposer une rencontre progressive à travers les soins quotidiens donnés au bébé.

Description de l'étude

L'objectif de ce travail de bachelors était de déterminer le rôle des sages-femmes auprès des femmes faisant ou ayant fait un déni de grossesse, afin d'améliorer leur pratique quotidienne.

Méthodologie: des recherches sur les bases de données ont été effectuées (Midirs, PubMed, Cinahl, PsycInfo, BDSP et Ovid). Huit articles ont été retenus (voir liste ci-contre). Ils ont été analysés, après une lecture critique, afin d'en ressortir des résultats pertinents.

Résultats: différents résultats ont ainsi pu être mis en évidence: le manque de consensus concernant la définition du déni de grossesse, le profil des femmes atteintes de déni et l'augmentation de la morbidité maternelle et fœtale. Une étude de Janati et al. (2013) amène des éléments pour comprendre l'état émotionnel des soignant-e-s confronté-e-s aux femmes avec un déni de grossesse.

Allier C. et al. (2016) Le déni de grossesse: quel impact sur la pratique sage-femme pour la prise en charge de ces grossesses clandestines? Sous la direction de Muriel Caldelari, Haute école de Santé Vaud, Lausanne, 92 p.

Surveiller la survenue d'éventuelles complications post-partum

Lors de déni, la grossesse étant généralement moins suivie, il y a peu d'informations quant à d'éventuelles pathologies. Les sages-femmes se doivent donc d'être particulièrement vigilantes, en investiguant les éventuels signes de complications.

Soutenir la rencontre mère-enfant

Le cheminement psychologique qui dure normalement neuf mois est très raccourci, voire inexistant en cas de déni de grossesse. L'attachement mère-enfant est un réel enjeu. La mère peut se sentir coupable d'avoir inconsciemment «nié» sa grossesse, et ainsi se considérer comme peu compétente vis-à-vis de son nouveau-né.

Le but est alors de valoriser la femme dans son nouveau rôle de mère en construction pour aider à l'élaboration du lien. Cela est encore plus important lors d'une hospitalisation en soins spécifiques de la mère et/ou de l'enfant.

Mettre en évidence les compétences du nouveau-né

Les sages-femmes semblent, par leur rôle auprès des nouveau-nés, avoir une place privilégiée pour mettre en évidence aux yeux des parents les compétences de leur enfant. Il s'agit de les aider à mieux le connaître, ses réactions, ses ressources et ses signaux dans la recherche de l'interaction: par exemple ses regards à sa mère, comment il se détend ou se blottit dans ses bras.

Réorganiser la charge de travail de la sage-femme

Toutes ces actions spécifiques prennent du temps, mais sont néanmoins indispensables. C'est pourquoi, la répartition du travail dans les services de post-partum accueillant ces femmes devrait être modulée. L'idéal serait de considérer une femme ayant vécu un déni comme une situation de haute complexité, au même titre que d'autres pathologies. La répartition du travail entre sages-femmes devrait pouvoir en tenir compte.

Aider à coordonner le réseau hospitalier

Chaque professionnel-le dispose d'un champ de compétences spécifiques pour prendre soin de la femme. C'est en conjuguant les savoirs et les expériences qu'une prise en charge optimale pourra être obtenue. Les sages-femmes sont quotidiennement auprès des femmes, lors de leur séjour hospitalier, elles ont pour rôle de coordonner l'intervention des différent-e-s professionnel-le-s autour de la triade mère-père-enfant. Elles travaillent en collaboration avec le gynécologue en cas de morbidité maternelle et avec le pédiatre en cas de complications néonatales. Elles sont chargées de maintenir un dialogue avec l'équipe de néonatalogie en cas d'hospitalisation de l'enfant. Elles sont attentives à proposer une aide psychologique ou psychiatrique si les femmes en ressentent le besoin ou si elles en manifestent les signes. D'un point de vue matériel, pratique et administratif, la collaboration avec les assistant-e-s sociales-ux est essentielle pour améliorer cette situation imprévue des femmes et de leur famille. Enfin, en cas de déni partiel, la coopération avec les sages-femmes conseillères est importante pour le suivi à long terme.

Le suivi psychologique ou psychiatrique à long terme semble être préconisé pour éviter les récurrences, mais reste difficile à proposer systématiquement.

Préparer le réseau pour la sortie au domicile

Il semble évident que le suivi à moyen et long terme de ces familles touchées par le déni de grossesse est important. Il serait idéal de créer un réseau dont le but est d'accompagner, sur la durée, le couple et leur enfant, pour d'une part favoriser l'attachement parents-enfant, et d'autre part pour permettre aux femmes d'accepter leur déni, et de prévenir les récurrences. Au-delà d'un suivi par des sages-femmes indépendantes, il serait nécessaire de faire intervenir d'autres professionnel-le-s: infirmier-ère de la petite enfance, voire en fonction de l'observation des sages-femmes indépendantes, un-e psychologue ou un-e pédopsychiatre.

Concernant la prévention des récurrences, le problème qui se pose, lors de la manifestation d'un déni de grossesse, n'est pas la grossesse en elle-même, mais la non-conscience de cette dernière. C'est pourquoi, la mise en place d'une contraception semble importante, associée à une psychothérapie.

Sensibiliser le public

D'une façon générale, en complément de la formation des professionnel-le-s, l'information du grand public est un élément de prévention important. En effet, le déni de grossesse est un problème de santé publique qui nécessite une prévention.

La distribution de flyers dans les plannings familiaux pourrait être un moyen de sensibiliser le grand public sur le thème du déni de grossesse. Ce sujet pourrait aussi être abordé lors des cours d'éducation sexuelle. Effectivement, le déni touchant principalement les âges extrêmes, il est pertinent de sensibiliser les adolescentes durant ces cours. Par exemple, le film *La brindille* d'Emmanuelle Millet (2011, durée 81 min), paraît adapté à ces interventions, pour lancer le débat sur leurs représentations et leurs connaissances du déni de grossesse.

La principale difficulté rencontrée lors de la réalisation de ce travail de bachelor a été le faible nombre d'articles trouvés dans la littérature qui traitent du sujet. Par ailleurs, de nombreuses recherches s'intéressaient plutôt aux néonaticides ou comportaient des obstacles en termes de méthodologie (compilations d'articles ou échantillons trop faibles pour obtenir des résultats probants).

Enfin, dans une perspective de poursuite de cette réflexion, il pourrait être intéressant d'approfondir la problématique par des recherches de type qualitatives axées sur le ressenti des mères et des pères.

Huit articles sélectionnés pour le travail

Beier, K. et al. (2005) Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: A proposal for international classification systems. *Journal of psychosomatic research*, 61(5), 723-730. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.11.002

Chaulet, S. et al. (2013) Le déni de grossesse: étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse. *Annales médico-psychologiques*, 171(10), 705-709. doi: 10.1016/j.amp.2013.06.004

Hatters Friedman, S. et al. (2007) Characteristics of women who deny or conceal pregnancy. *Psychosomatics*, 48(2), 117-122.

Janati Idrissi, M. et al. (2013) Représentations sociales du déni de grossesse chez des professionnels et futurs professionnels de maternité de la métropole lilloise. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*, 62(4), 195-202. doi: 10.1016/j.neurenf.2013.09.002

Nirmal, D. et al. (2006) The incidence and outcome of concealed pregnancies among hospital deliveries: An 11-year population-based study in South Glamorgan. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 26(2), 118-121.

Schultz, M. et Bushati, T. (2015) Maternal physical morbidity associated with denial of pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 55, 559-564. doi: 10.1111/ajo.12345

Wessel, J. et al. (2002) Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81, 1021-1027. doi: 10.1034/j.1600-0412.2002.811105.x

Wessel, J. et al. (2007) Denial of pregnancy-characteristics of women at risk. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86, 542-546. doi: 10.1080/00016340601159199

Références

Grangaud, N. (2001) Déni de grossesse: description clinique et essai de compréhension psychopathologique. (Mémoire de thèse de doctorat en médecine). Faculté de médecine Lariboisière Saint-Louis (F).

Chaulet, S. et al. (2013) Le déni de grossesse: étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse. «Annales médico-psychologiques», 171(10), 705-709. doi: 10.1016/j.amp.2013.06.004

Dayan, J. et Bernard, A. (2013) Denial of pregnancy, infanticide and Justice. «Annales médico-psychologiques», 171(7), 494-498. doi: 10.1016/j.amp.2013.05.019.

Marinopoulos, S. et Nisand, I. (2011) Elles accouchent et ne sont pas enceintes. Paris (F): Les Liens qui libèrent.