

Table de matières

Introduction	1
I. Questionnement professionnel	2
II. Cadre de référence théorique	6
II.1 L'historique du déni de grossesse	6
II.2 La définition du déni de grossesse	7
II.2.1 La dissimulation	7
II.2.2 La dénégation	7
II.2.3 Le déni de grossesse	8
II.3 Les champs disciplinaires	9
II.4 La question de recherche	10
II.5 Les concepts clés	11
II.5.1 La psychologie de grossesse	11
II.5.2 L'attachement.....	13
II.5.3 L'approche centrée sur la personne.....	14
III. Dimension éthique	16
III.1 Les fondements de l'éthique	16
III.2 Questionnement éthique de la problématique.....	17
III.3 Quelle est la place de l'éthique dans les articles sélectionnés	19
III.4 Démarche éthique dans l'écriture de notre travail de bachelor.....	19
IV. Méthode : recherche de littérature.....	20
IV.1 Elaboration du PICO.....	20
IV.2 Elaboration des descripteurs	20
IV.3 Les bases de données	21
IV.4 Lesancements.....	22
IV.5 Tableau de sélection des articles.....	24
IV.5.1 Tableau récapitulatif des articles sélectionnés	26
V. Analyse critique et structuration de la revue de littérature	32
V.1 Analyse de l'article 1	32
V.2 Analyse de l'article 2	35
V.3 Analyse de l'article 3	39
V.4 Analyse de l'article 4.....	42
V.5 Analyse de l'article 5	47

V.6	Analyse de l'article 6	50
V.7	Analyse de l'article 7	54
V.8	Analyse de l'article 8	59
V.9	Tableau récapitulatif des principaux résultats de la revue de littérature	63
VI.	Discussion	70
VI.1	Synthèse des résultats	70
VI.1.1	La définition du déni de grossesse	70
VI.1.2	Les incidences retrouvées.....	71
VI.1.3	Le profil étudié.....	72
VI.1.4	La morbidité maternelle	73
VI.1.5	La morbidité néonatale.....	74
VI.1.6	Les représentations professionnelles	74
VI.1.7	La classification dans le Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders [DSM]/International Classification of Diseases [ICD].....	75
VI.2	Les ouvertures des auteurs	76
VI.3	Les perspectives professionnelles et les focus sur le rôle sage-femme.....	78
VI.4	Faiblesses de notre travail de bachelor	88
VI.5	Forces de notre travail.....	89
	Conclusion.....	91
	Liste de références.....	93
	Bibliographie.....	97
	Annexes.....	99

Introduction

En tant que futures sages-femmes, nous avons à cœur de respecter la physiologie du processus de la naissance. Nous avons l'intime conviction que la femme possède, en elle, des ressources inimaginables, et des compétences riches qui lui sont propres. Depuis toujours, la mise au monde est un passage naturel. La sage-femme est le professionnel référant de la périnatalité, c'est pourquoi son rôle est incontestable pour la naissance. L'un des rôles de la sage-femme est l'accompagnement du couple dans ce cheminement, qui commence bien avant la conception.

Dans la société actuelle, l'hypercontrôle des événements de la vie est omniprésent. Avec la découverte de la contraception et la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse [IVG], les femmes peuvent maîtriser et choisir, le plus souvent, le moment où elles souhaitent de devenir mères. Il s'agit souvent d'une décision du couple liée aux objectifs professionnels et personnels. Malgré tout, lorsque la femme découvre sa grossesse, quelques semaines avant l'accouchement ou lorsqu'elle va accoucher, au-delà de la surprise, c'est l'incompréhension qui prime. Étant stupéfaites par le déni de grossesse, aussi bien en tant que femmes qu'en tant que futures sages-femmes, nous souhaitons approfondir ce thème fascinant et mystérieux.

Dans un premier temps, nous développerons notre questionnement au sujet du déni de grossesse, puis nous aborderons l'historique, les différentes définitions du déni et les concepts que nous avons choisis. Après avoir détaillé notre méthodologie et explicité notre question de recherche, nous avons sélectionné huit articles que nous analyserons. Puis, nous élaborerons une discussion en reprenant et en analysant les différents résultats, les ouvertures des auteurs et les perspectives pour la pratique professionnelle tout en incluant les compétences sages-femmes. Enfin, nous détaillerons les forces et les faiblesses de notre travail.

I. Questionnement professionnel

« Après neuf mois de voyage, de pensées et de mirage, je me suis posé lentement sur le ventre de maman » Maxalexis (2007).

Au commencement de notre questionnement le déni de grossesse représentait, pour nous, un phénomène fascinant et inexplicable. Par ailleurs, nous avons rencontré dans la pratique des situations de déni de grossesse. Nous nous sommes alors questionnées sur cet évènement qui nous paraissait incroyable, voire incompréhensible. Cela nous a laissé de multiples questions et une envie d'approfondir ce sujet. Comment est-il possible de ne pas se rendre compte de son état gravide ? Comment le fœtus assure-t-il sa croissance sans manifestations extérieures ? Dans quelle mesure l'entourage participe-t-il au déni ? Quels sont les mécanismes que l'organisme met en place pour cacher la grossesse ?

Effectivement, les premières situations rencontrées se sont déroulées en néonatalogie. La principale constatation faite est notre manque de connaissances sur le sujet.

Il s'agit, en premier lieu, pour les soignants de reconnaître le déni de grossesse comme une entité périnatale en tant que telle. Les soignants, consciemment ou inconsciemment, ont leur représentation du déni de grossesse qui influe négativement ou non, sur leur prise en charge. Par exemple, les professionnels peuvent être étonnés de la non perception par la femme de sa grossesse, et tenir ainsi, des propos discriminants envers elle.

Dans un deuxième temps, la réalité du terrain est telle qu'il n'existe pas d'outils institutionnels pour accompagner ces femmes. Devant l'absence de recommandations, les professionnels se retrouvent livrés à eux-mêmes. C'est l'exemple d'une situation rencontrée en salle d'accouchement, où l'équipe s'est sentie en décalage et démunie face à la perception de la femme qui ne réalisait pas qu'elle était en train de mettre au monde un enfant. Enfin, une autre situation a été rencontrée en consultation à 26 semaines d'aménorrhées [SA]. Le comportement de la future mère, était distant et détaché de son état gravide. Ce comportement reflétait clairement qu'elle n'était pas encore au stade de l'intégration psychique de cette grossesse, et cela compliquait l'accompagnement ainsi que la prise en soin sage-femme.

Il est vrai que la temporalité est un facteur important. La majorité des femmes a neuf mois pour se préparer à devenir mère. Tandis que dans ces situations, elles n'ont que quelques semaines voire quelques heures pour s'y préparer. Nous avons pu observer, entre autre, une culpabilité maternelle

liée à la découverte tardive de la grossesse. C'est le cas de ces femmes qui regrettent de ne pas avoir eu de suivi prénatal ni d'avoir pu préparer l'arrivée de leur enfant. Par ailleurs, nous avons constaté que les liens d'attachements et de bonding peuvent être perturbés. Par exemple, certaines mères délaissent leur bébé alors que d'autres le surinvestissent pour tenter de se dédouaner de leur culpabilité.

Devant toutes ces constatations, il nous a semblé important de réfléchir sur ce sujet afin de se positionner comme sage-femme.

A ce stade du questionnement, nous nous sommes retrouvées afin d'effectuer un brainstorming. Nous avons chacune exposé les différents thèmes et représentations liés au déni de grossesse sous forme d'interrogations, afin d'avoir une vision d'ensemble du sujet. Le but n'est pas d'y répondre au début de notre travail mais d'entamer et de structurer notre réflexion qui nous servira lors de l'énoncé des résultats de la revue de littérature.

- Existe-t-il un profil type de femmes victimes du déni de grossesse ?
- Quelles sont les conséquences pour le nouveau-né ?
- Existe-t-il un traitement ?
- Quelle est la responsabilité du père ?
- Quelle est la limite avec la maladie psychiatrique ?
- Existe-t-il des mesures de prévention ?

Par ailleurs, depuis quelques années, ce sujet fait souvent la Une des journaux, relatant, dans la majorité des cas, des histoires sordides et tragiques de néonaticides. Nous pouvons citer en exemple l'affaire Courjault en 2006, en France, également appelée « Affaire des bébés congelés » selon la journaliste Des Déserts du *Nouvel Observateur* (2009). C'est l'histoire de cette femme, d'après Durand-Souffland du *Figaro* (2009), qui a été condamnée à huit ans de prison pour avoir congelé trois de ses nouveau-nés après avoir accouché seule chez elle. Suite au déchaînement médiatique de cette histoire, le grand public a pris conscience de l'existence du déni de grossesse. De nombreuses émissions de télévisions ont essayé par la suite de traiter ce sujet qui semble, de prime abord simple, alors qu'il s'agit d'un phénomène complexe et mal compris. Ce sujet fascine et effraie. Il apparaît que ces évènements ne sont pas si rares et isolés.

De nombreux auteurs ont également écrit sur ce thème. Nous pouvons citer Sophie Marinopoulos, psychologue-psychanalyste au centre hospitalier universitaire [CHU] de Nantes, et le Dr Israël Nisand, gynécologue-obstétricien qui ont rédigé de nombreux ouvrages sur le déni de grossesse afin de démystifier et de comprendre ce phénomène.

De nombreux préjugés et de fausses représentations circulent dans la société. Effectivement, de nos diverses lectures de témoignages, ressortent des phrases telles que « elle était forcément au courant », ou « ces femmes sont instables », « elles sont tarées ces bonnes femmes, point ! » (canalblog, 2016) « Incroyable que cela puisse exister et tu n'avais pas du tout de sensation dans ton ventre ? » (Forum doctissimo, 2015). Les thèmes associés sont souvent les suivants : la maladie psychiatrique, un niveau socio-économique bas et les couples en voie de séparation.

En tant que professionnelles de santé et futures sages-femmes, militantes pour le bien-être des femmes, il nous a semblé pertinent de faire un état des lieux de ce phénomène difficilement compréhensible. Ce sujet concerne les femmes en âge de procréer, leur progéniture et leur famille. Du point de vue épidémiologique, il est difficile d'obtenir des chiffres représentatifs. Dans la pratique, la distinction entre la découverte de grossesse tardive et le déni de grossesse n'est pas toujours évidente. Nous pouvons en déduire que le nombre de dénis de grossesse est sûrement sous-estimé. Les chiffres actuels comptabilisent un à deux cas pour 1000 naissances en Suisse d'après le Professeur Hohlfeld (RTS, 2014) ce qui représente entre 84 cas et 168 cas sur les 84 840 naissances vivantes (Confédération Suisse, 2015). En France sont recensés deux à trois cas pour 1000 naissances (Chaulet et al., 2013).

Notre profession est en première ligne, quel que soit le service dans lequel nous exercerons, pour prendre en charge ces femmes et leur entourage. Il est donc primordial que les professionnels soient correctement informés sur ce mal de santé, afin que ces femmes soient prises en charge de façon adaptée et non stigmatisante. Le but étant d'aller au-delà de l'égalité de la prise en charge en favorisant une équité dans l'accompagnement. Cela se traduit par une attitude professionnelle adaptée pour la femme, le conjoint et leur bébé. L'objectif est d'être continuellement centré sur ses demandes, et de s'adapter à ses besoins, afin de favoriser une relation de confiance et non jugeante. Comme le décrit l'International Confederation of Midwives (2014).

« La sage-femme est une personne professionnelle et responsable qui travaille conjointement avec les femmes pour leur donner un appui essentiel, ainsi que des conseils et des soins nécessaires au cours de la grossesse, lors de l'accouchement et dans la période post-partum. »

Cela démontre que l'un des rôles de la sage-femme est d'accompagner la femme, le couple, dans le processus de la naissance et de la parentalité quelle que soit la situation.

Rapport-Gratuit.com

II. Cadre de référence théorique

La complexité de ce sujet est telle qu'il n'y a « pas de définition consensuelle du déni » et que « beaucoup d'interrogations sur sa psychopathologie existent » (Sage-femme.ch, 2008, p.32). En premier lieu, nous avons choisi d'aborder l'historique du déni de grossesse afin de savoir s'il s'agit d'une maladie de la société actuelle ou si elle est connue depuis plus longtemps. Nous définirons et délimiterons, ensuite, ce sujet au travers des écrits de différents auteurs. Enfin, nous exposerons les champs disciplinaires choisis pour effectuer ce travail.

II.1 L'historique du déni de grossesse

Nous allons aborder un versant historique avant de définir de façon plus précise le sujet.

Durant le règne de Louis XIV, dès 1681 le Dr François Mauriceau, gynécologue, évoque la méconnaissance d'une grossesse observée bien que des saignements menstruels persistent. Plus tard, en 1838, Estienne Esquirol décrit les premières grossesses non reconnues chez des patientes ayant des troubles psychiques. Son élève, Louis Victor Marcé distingue 20 ans plus tard dans son traité, les grossesses ignorées des grossesses dissimulées.

En 1898, Georges Milbry Gould fait l'observation de neuf grossesses méconnues, découvertes suite à de fortes douleurs abdominales qui se sont avérées être un début de travail. Il définit alors ces grossesses de « grossesses inconscientes ».

Selon Chaulet (2011), « entre 1900 et 1950, la littérature sur le déni de grossesse reste silencieuse » (p. 13). Gerchow dès 1957, observe peu de modifications physiologiques et morphologiques chez ces femmes. Les années 1970 voient naître le terme de déni de grossesse dans la littérature psychiatrique. Dans les années suivantes, les écrits sur le déni de grossesse se multiplient.

Les premières études sont faites dans les années 90 : Brezinka en Autriche, Bonnet en France et Miller aux USA. En 1991, Laura Miller, dissocie le déni de grossesse psychotique et non psychotique. Elle mentionne la possibilité de faire paraître le déni de grossesse dans le DSM IV [Diagnostic and Statistical manual of Mental disorder], ce qui est refusé. Une deuxième vague d'études épidémiologiques apparaît dans les années suivantes : Pierrone, Delannoy, Florequin & Libert en France, Wessel en Allemagne et Friedmann aux USA.

Ce sujet se démocratise avec la création de l'Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse [AFRDG] en 2003, par Félix Navarro, médecin. En 2008, le premier colloque médical français sur le déni de grossesse permet de faire un constat de ce phénomène. Ce qui démontre que la société scientifique ne s'est réellement intéressée que très récemment au déni de grossesse.

II.2 La définition du déni de grossesse

Dans le but de délimiter notre sujet nous allons aborder une partie plus théorique sur le déni de grossesse. Il est vrai que dans la conscience collective, il y a beaucoup d'amalgames entre le déni, la dissimulation et la dénégation de grossesse. Pour cela, nous allons définir chacune de ces notions afin qu'il n'y ait pas de confusion possible. Selon Bayle (2003) et Dayan (2013), les négations de grossesses comprennent les différentes formes de non reconnaissance de l'état gravide : le déni, la dissimulation et la dénégation de grossesse.

II.2.1 La dissimulation

La dissimulation de grossesse est un état conscient et volontaire. Souvent la femme dissimule de façon active sa grossesse à tout son entourage [traduction libre] (Vellut, Cook & Tursz, 2012, p. 554). Selon Wessel (2002) la dissimulation de grossesse est le fait que la femme se sait enceinte très tôt, mais qu'elle tente par tous les moyens de masquer cette grossesse, pour des raisons religieuses ou par tabou [traduction libre] (p. 1021).

II.2.2 La dénégation

La dénégation, est quant à elle « un procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulés, continue à s'en défendre en niant qui lui appartient » selon Laplanche et Pontalis (1967, cité dans Seguin, Golse, & Apter, 2013, p. 267). La dénégation est un mécanisme de refoulement selon Freud (1924), elle est souvent associée à la névrose, « qui ne dénie pas la réalité, mais ne veut rien savoir d'elle. » (Dayan, 2013, p. 9). Dans le cas de la psychose, le sujet cherche à dénier la réalité et à la remplacer. Un clivage associé à un désaveu entrave l'adaptation du sujet à la réalité.

II.2.3 Le déni de grossesse

La citation suivante illustre de façon globale le déni de grossesse.

« Tous les auteurs se rejoignent pour dire qu'à l'égard de cette méconnaissance de l'état gréviste s'installe ce qui a été nommé une complicité psychosomatique, où les femmes ne présentent pas les signes habituels de la grossesse, comme si le corps se montrait complice du déni psychique : chez la plupart, l'aménorrhée n'est pas observable de par la présence de métrorragies ; le poids varie peu ; le volume abdominal et celui de la poitrine ne changent pas ; les nausées ne sont pas présentes ; les mouvements fœtaux ne sont pas perçus. » (Seguin, Golse, & Apter, 2013, p. 272).

Selon Vellut et al. (2012), c'est un processus mental, multidimensionnel et inconscient mais dans les faits, il est difficile de dissocier le normal du pathologique [traduction libre] (p. 554). Il est courant que certaines femmes présentent des symptômes qu'elles associent à d'autres maux, comme par exemple l'assimilation des nausées comme un signe de gastro-entérite.

L'Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse précise que « le corps ne présente pas de signe de grossesse », c'est le fait « pour une femme enceinte de ne pas avoir conscience de l'être » Guernalec-Levy (2007) accentue qu'il n'y a « pas de signes extérieurs de grossesse ».

En d'autres termes, Dayan (1999, cité dans Grangaud, 2001, p. 9), parle du déni comme « d'une grossesse inconsciente, conduisant la femme, souvent tardivement et brutalement, à la reconnaissance pleine et entière de son état, généralement lors du travail, voire seulement de la naissance ». Pour Marinopoulos (2011) il est question de « l'attitude d'une femme qui n'est pas consciente qu'elle est enceinte. Il s'agit d'un phénomène inconscient » (p. 19). Elle ajoute également que « le déni de grossesse est donc un impensable, un état d'être enceinte qui ne se pense pas » (p. 19). Nisand (2012) complète cela en disant que dans ces situations, il y a une grossesse physique sans grossesse psychique.

En outre, selon la période durant laquelle est découverte la grossesse, le déni est classé en deux catégories :

- Le déni total qui est « persistant jusqu'aux premières heures du travail voire jusqu'à la délivrance » Dayan (2013, p. 4).

- Le déni partiel « lorsque la reconnaissance de la grossesse a lieu avant l'accouchement » Bayle (2003).

Du point de vue épidémiologie, nous ne trouvons pas de données différenciant ces deux dénis, mais seulement des données et des écrits sur le déni en général.

Néanmoins du point de vue psychiatrique, Miller (2003, cité dans Vellut et al., 2011, p. 554) tente de classer le déni en différents groupes : [traduction libre]

- Le déni affectif : la femme a connaissance de sa grossesse mais n'a pas la signification émotionnelle et les changements comportementaux habituellement présents.
- Le déni persuasif : c'est un déni complet, aucun signe physique ou psychique ne transparait.
- Le déni psychotique survient chez des femmes atteintes de maladies psychiatriques de type psychose (schizophrénie, troubles bipolaires...)

In fine, la définition la plus consensuelle est la non-reconnaissance de la grossesse par la femme enceinte avant le deuxième trimestre (Grangaud, 2001). C'est donc cette dernière que nous souhaitons retenir.

Par ailleurs, le déni de grossesse étant médiatisé par des affaires de néonaticides, comme cité précédemment, nous allons brièvement définir ce dernier. Il s'agit selon Resnik de l'« homicide d'un enfant né depuis moins de 24h » (1969, cité dans Seigneurie et Limosin, 2012 p. 637). En réalité le néonaticide ne se produit que dans moins de 1% des cas de déni de grossesse (Dayan et Bernard, 2013).

II.3 Les champs disciplinaires

Notre recherche s'est dirigée vers différents champs disciplinaires. En effet, notre sujet aborde à la fois un versant médical et biomédical, dans la compréhension physiopathologique du déni de grossesse (position du bébé, maintien des menstruations ...).

Par ailleurs, nous ne pouvons aborder ce sujet sans mentionner le champ disciplinaire psychologique et psychiatrique. Nous l'avons vu dans les définitions précédentes, le psychisme, l'inconscient et la psychologie ont un rôle primordial dans le déni de la grossesse.

Un autre domaine qui nous semblait important est celui des sciences humaines et sociales. Effectivement, la prévention et la promotion de la santé sont des pistes à développer dans le but de réduire les récidives. De plus, ces domaines nous permettent aussi de faire le lien avec les compétences de la sage-femme en matière d'accompagnement du couple mère-nouveau-né.

Pour finir, il nous semble logique d'aborder la législation, du fait que ce phénomène a souvent été relayé par les médias lors d'affaires juridiques. Le déni de grossesse a été mis en lumière suite à des affaires de néonaticides en France.

Dans la législation française, les néonaticides depuis 1994 sont considérés comme un « homicide volontaire sur mineur de moins de 15 ans » et peuvent être condamnables à la réclusion criminelle à perpétuité. Or, dans les faits les peines sont allégées et les femmes ne sont punies que de quelques années d'incarcération en fonction de la jurisprudence (article 221-4 du Code Pénal Français). Concernant la législation Suisse, le néonaticide est jugé selon l'article 116 du Code Pénal Suisse (1990) en rapport avec l'infanticide. Cet article stipule que « la mère qui aura tué son enfant pendant l'accouchement ou alors qu'elle se trouvait encore sous l'influence de l'état puerpéral sera punie d'une peine privative de liberté de 3 ans au plus ou d'une peine pécuniaire ». L'état puerpéral constitue donc une circonstance atténuante en Suisse (Note personnelle, entretien avec la juriste de la Haute Ecole de Santé de Vaud).

II.4 La question de recherche

Dans un premier temps, nous avons effectué de multiples lectures sur le déni de grossesse afin de nous imprégner des connaissances et des recherches sur ce sujet.

Plusieurs auteurs sont apparus tels Sophie Marinopoulos, Gaëlle Guernalec-Lévy, Israël Nisand et Jacques Dayan. Ils ont éclairé nos méconnaissances du déni de grossesse. Suite aux lectures des auteurs cités précédemment et aux divers témoignages lus, entre autre, sur des forums, nous avons formulé notre question de recherche.

Nous nous sommes, effectivement, demandées si la sage-femme pouvait avoir un rôle dans la prise en charge de ces patientes, et si tel était le cas, quel pouvait être ce rôle ? Nous nous sommes projetées dans nos différentes situations rencontrées et il nous a semblé évident que les sages-femmes durant la période de post-partum sont en première ligne pour aider à la création du lien mère-bébé.

Nos interrogations reposaient sur l'existence ou non de conséquences pour l'enfant si ce lien était créé après la naissance et non pas in utéro comme lors de la plupart des grossesses. Pour délimiter cette période du post-partum nous aborderons le temps entre l'accouchement et la fin de

l'hospitalisation du couple mère-enfant. Ce qui nous a amené à définir la question de recherche suivante :

« Quel est le rôle de la sage-femme dans la mise en place de l'attachement en post-partum lors d'un déni de grossesse ? »

II.5 Les concepts clés

Afin de permettre une meilleure compréhension du phénomène, nous avons choisi de développer trois concepts, favorisant ainsi la mise en lien avec les futurs résultats de la recherche.

II.5.1 La psychologie de grossesse

Nous avons décidé d'aborder le concept de la psychologie de la grossesse puisqu'une grossesse se manifeste à la fois physiquement mais aussi et surtout par un cheminement psychologique. Les neuf mois de grossesse permettent à la femme de construire une ébauche de son futur statut de mère, alors que dans les cas de déni ce cheminement est raccourci voire inexistant. Racamier (1978, p. 43) définit la maternité comme « l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité », notamment lors de la grossesse.

Delassus compare la maternité à un voyage à l'intérieur de soi, « on ne naît pas mère on le devient » (Delassus, 2011, p. 688). L'auteur nous démontre l'aspect non inné du statut maternel. Le but de ce voyage est de retrouver « un trésor laissé de côté depuis l'enfance, constitué pendant l'enfance » (Delassus, 2011, p. 688). Le retour au corps, au monde intérieur est essentiel durant la grossesse, c'est un processus inconscient, silencieux et nécessaire pour Delassus.

Pour Brabant (2013) « une grossesse suscite généralement toutes sortes d'émotions » (p. 19). Le chemin psychologique que la mère doit parcourir pour la naissance de son enfant est une étape incontournable. « Une mère doit naître psychologiquement tout autant que son bébé naît physiquement » (Stern & Bruschweiler-Stern, 1998, p. 2). La méconnaissance de la grossesse, dans les cas de déni, retarde cette évolution psychique.

Stern et Bruschweiler-Stern décrivent trois phases de développement de l'identité maternelle.

La première étape est celle de « se préparer à devenir mère » (Stern & Bruschweiler-Stern, 1998, p. 27). Ce temps inclut les neuf mois de grossesse « durant lesquels une femme accomplit l'essentiel du travail psychologique nécessaire pour se préparer à la maternité » (Stern & Bruschweiler-Stern, 1998, p. 27). Il s'agit donc d'une phase de préparation psychique dans le but d'adopter progressivement son nouveau statut de mère. Il permet également à la femme de créer « des fantasmes autour de l'identité de son bébé » (Stern & Bruschweiler-Stern, 1998, p. 28). Les auteurs démontrent que c'est un travail incontournable dans le processus de la construction maternelle. Nous pouvons donc nous demander comment la femme vivant un déni de grossesse construit-elle cette étape manquante ?

Pour Brabant, les trois premiers mois correspondent à une ambivalence de la femme concernant son état gravide. « En fait, pour bien des femmes, la première réaction est souvent l'incrédulité : cela ne se peut pas vraiment ! [...] surtout si aucun changement physique n'est venu confirmer ce nouvel état » (Brabant, 2013, p. 19). C'est pourquoi, « plusieurs femmes ont le sentiment d'être prises au piège » (Brabant, 2013, p. 19). Le deuxième trimestre est synonyme d'épanouissement et de plénitude. Enfin le troisième trimestre témoigne des inquiétudes et peurs face à l'accouchement et prépare psychologiquement la séparation du couple mère-enfant.

« Ces neuf mois sont donc bien loin d'être un temps d'attente passive. Ils peuvent sembler bien longs quand on a hâte « de lui voir la binette », mais ce n'est pas trop pour se préparer à être parents ensemble en respectant les besoins et capacités de chacun, y compris ceux du bébé qui s'en vient ! » (Brabant, 2013, p. 28).

Nous pouvons, par ailleurs nous demander à quel moment la femme devient mère ? On pourrait penser qu'une parturiente devient mère lorsqu'elle accouche. Il semblerait que « l'expérience de l'accouchement fasse encore partie de la phase de préparation et donne naissance à la mère physique, mais pas forcément à la mère psychique » (Stern & Bruschweiler-Stern, 1998, p. 27). Ce dernier point est intéressant concernant déni de grossesse. Effectivement, une femme accouchant lors d'un déni de grossesse ne se sentira pas mère immédiatement après la naissance de son enfant. Alors que nous pourrions facilement penser le contraire. Stern et Bruschweiler-Stern expliquent l'intérêt de la rencontre avec le bébé réel afin de déconstruire le bébé imaginaire élaboré durant toute la période de préparation citée précédemment.

La deuxième étape de la construction de l'identité maternelle se poursuivrait lors du retour à la maison, lorsque la mère s'occupe de son enfant. Cette partie inclut « la tâche première de la

maternité qui est d'assurer la survie de son enfant » (Stern & Bruschweiler-Stern, 1998, p. 28). La mère réalise alors toutes les responsabilités qu'entraîne la maternité.

Enfin ces auteurs décrivent la dernière étape, la construction « d'un lien intime » (Stern & Bruschweiler-Stern, 1998, p. 28) avec le nouveau-né sur le long terme. Nous pouvons donc comprendre, que le processus de construction de l'identité maternelle se réalise en plusieurs étapes. Si une ou plusieurs étapes sont manquantes, comme pour le déni de grossesse, cela n'empêche pas à long terme la création de ce statut, mais pourrait le retarder. Un point nous semble essentiel à relever, une femme a besoin de reconnaissance et d'encouragement dans un contexte physiologique. C'est pourquoi, nous imaginons l'importance de ce point pour les femmes ayant fait un déni de grossesse.

II.5.2 L'attachement

Du fait que nous nous interrogeons sur l'influence du déni de grossesse sur le lien mère-enfant, nous avons décidé d'aborder le thème de l'attachement. Ce lien est aussi bien dirigé de la mère vers l'enfant (bonding) que de l'enfant vers la mère. Dans cette partie, le terme attachement utilisé correspondra à ses deux entités.

D'après Lecanuet (2012), tout commence in utéro, lorsque le fœtus mémorise les stimulations sensorielles qu'il perçoit de l'extérieur : le goût du liquide amniotique, les bruits maternels... Woods et Plessinger (1989), ont montré que la naissance apporte peu de modifications des systèmes sensoriels de l'enfant. Cette mémorisation « permet au nouveau-né d'engager des réponses initiales d'attention, de recherche ou de reconnaissance relativement spécialisées » (Lecanuet, 2012, p. 100). Ce sont les prémices de l'attachement. L'attachement est tour à tour, selon les auteurs, un comportement, un besoin, une tendance. Dans tous les cas, l'attachement n'est pas inné, « Il est le résultat d'une construction » (Lecanuet, 2012, p. 100).

La théorie de l'attachement est développée notamment par John Bowlby dans les années 40. Ce dernier a observé les conséquences négatives d'une séparation entre la mère et sa progéniture, sur le développement psychoaffectif et relationnel de l'enfant. Suite à ses recherches, il définit l'attachement comme un lien affectif entre deux individus, qui a « pour objet la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique. » (Pinel-Jacquemin et Savard, 2010). La figure maternelle devient la base de la sécurité nécessaire à son exploration du monde futur. Il est reconnu aujourd'hui que ce lien mère-enfant se crée tout au long de la grossesse et pas seulement

le jour de l'accouchement. Selon Bowlby (2002), « l'attachement se crée parce que dans l'environnement familial ordinaire, ces systèmes croissent et se développent d'une façon relativement stable » (p. 355). Coan (2008), précise que le comportement d'attachement apparaît comme un élément clef de l'équilibre psychosomatique précoce. [traduction libre].

D'après Pierrehumbert (2012), le but est « l'accordage » des interactions au sein de la dyade mère-enfant. Ce sont des ajustements émotionnels, affectifs et comportementaux de la part des deux partenaires.

Guédeney et Guédeney expliquent le rôle des émotions chez l'enfant « dans l'organisation et l'expression de l'attachement » (2009 p. 13). Ces sentiments pourraient avoir un impact à la fois positif et négatif selon l'expression de l'émotion. Par exemple, l'enfant en manifestant des signes visibles d'angoisse, alerte ses parents et active ainsi le système d'attachement induisant des réponses réconfortantes de la part de la figure parentale.

Dans le cas du déni de grossesse, cet attachement est perturbé voire absent. A la suite d'un déni de grossesse, les femmes se retrouvent souvent en état de choc post-traumatique. De ce fait, ces femmes ne sont pas forcément disponibles pour s'accorder au nouveau-né et pour créer du lien mère-enfant. D'où l'importance pour les soignants d'y prêter « une attention particulière » (Quarante, 2007, p. 40).

C'est pourquoi, nous pouvons nous interroger sur les conduites à tenir lors d'un accouchement dans le cas d'un déni de grossesse. D'après ces informations, il serait intéressant que le nouveau-né reste auprès de la femme afin qu'elle puisse observer ses émotions et en contrepartie réagir en créant un lien d'attachement. Qu'en est-il si la femme ne souhaite pas voir l'enfant ?

L'attachement ne concerne pas exclusivement la dyade mère-enfant, l'enfant s'attache aussi à son père. Un débat animé entre spécialistes tente de définir ce lien : Est-il aussi sécurisant que l'attachement à la mère ? Est-il identique à l'attachement maternel ? Comme le reconnaît Le Camus, « la nature du lien de l'enfant à son père est bien loin d'avoir livré tous ses secrets ». (2012, p. 122).

II.5.3 L'approche centrée sur la personne

Enfin nous souhaitons développer l'approche centrée sur la personne puisque la relation avec la femme est primordiale durant la maternité. Il s'agit d'une collaboration inévitable. Elle est par ailleurs, d'autant plus importante en cas de déni de grossesse. En réalité, la femme étant

vulnérable dans cette situation, le soutien adapté et individualisé de la sage-femme nous semble essentiel et incontournable.

Carl Rogers, célèbre psychothérapeute, est un pilier de la théorie de l'approche centrée sur la personne. Il développe 3 conditions permettant une relation soignant-soigné optimale.

Il détaille que, « l'être humain a en lui d'immenses ressources, qui lui permettent de se comprendre lui-même » (Rogers, 2001, p. 166).

La première condition développée par Rogers « est l'authenticité, la vérité, la congruence » (2001, p. 166). Le soignant exprime alors ses sentiments de façon ouverte tout en ayant conscience de ses propres ressentis. La sage-femme doit alors échanger avec la femme « sans masque et sans la moindre tentative de se cacher derrière un rôle professionnel » (Thorne, 1994, p. 54). Cette attitude permet alors une relation sincère, vraie et spontanée. L'adoption de ce comportement permet d'éviter les échanges systématiques dédiés à une situation clinique donnée. Dans le cadre d'une prise en charge d'une femme en déni de grossesse, il nous paraît d'autant plus pertinent d'adopter une attitude authentique puisqu'il s'agit d'une part, d'une situation rare, et d'autre part, d'une relation avec une femme souvent sous le choc de l'annonce.

La seconde condition révélée par Rogers est « un regard inconditionnellement positif qui se traduit par la disponibilité, l'ouverture, l'affection et la valorisation. » (2001, p. 167) Il apparaît donc essentiel de créer une relation sans jugement tout en valorisant le patient. Pour Thorne le soignant a le devoir d'« accepter les gens tels qu'ils sont et non comme il aimerait qu'ils soient » (1994, p.56). Dans n'importe quelle relation avec la femme, la sage-femme se doit bien évidemment de ne pas porter de jugement de valeur. Cette condition est d'autant plus importante dans le cas d'un déni de grossesse. Il est vrai que nous avons relevé, dans nos expériences et dans les témoignages de ce phénomène, de nombreuses stigmatisations faites chez ces femmes. C'est pourquoi, il nous semble important de les prendre en soins, sans les juger, en les accompagnant et en les valorisant dans leurs actions.

Enfin la dernière condition « est une compréhension empathique » du patient, c'est à dire que « le thérapeute perçoit avec exactitude le ressenti de son patient » (Rogers, 2001, p. 167). Il s'agit pour la sage-femme d'essayer de comprendre « le monde subjectif » de la femme au moment de la prise en soin (Thorne, 1994, p. 56). Il est important que la sage-femme comprenne l'état d'esprit de la femme et la manière dont cette dernière se voit au moment de la relation de soins. Bien sûr, cet exercice demande aux professionnels « le désir et la capacité de pénétrer sans peur dans le

monde des perceptions personnelles » de la parturiente. (Thorne, 1994, p. 56). Cet exercice peut s'avérer difficile pour certains soignants, notamment s'ils manquent de connaissances sur le déni de grossesse.

En résumé cette approche se base sur la confiance. En transposant ces apports à la relation sage-femme auprès des femmes, il est inévitable d'aborder le déni de grossesse sans avoir connaissance de ces notions. Effectivement, la sage-femme, pour être efficiente dans sa prise en charge, se doit de mettre en pratique une approche centrée sur la personne. Cela permet de proposer une prise en soin adaptée et individualisée à chaque femme.

III. Dimension éthique

Notre réflexion sur la problématique nous amène à intégrer une dimension éthique. Dans un premier temps, il nous a semblé pertinent de définir ce concept afin de s'approprier cette notion. Dans un second temps, nous souhaitons aborder le versant historique de l'éthique afin de comprendre ses fondements.

Selon le philosophe Malherbe (2007, p. 19) l'éthique clinique est le travail que l'on consent « à faire les uns avec les autres pour réduire, autant que faire se peut, l'inévitable écart » entre leurs valeurs définies et les réelles pratiques.

Du point de vue de la recherche c'est l'« ensemble des principes qui guident et assistent le chercheur dans la conduite de la recherche » (Fortin, 2010, p. 95). Toujours selon Fortin, l'éthique peut être assimilée à la morale que les chercheurs doivent respecter lors de la conceptualisation de leurs études.

III.1 Les fondements de l'éthique

Dans la première moitié du XXème siècle, suite aux débordements des crimes de guerre et des crimes contre l'humanité jugés à Nuremberg, une législation a vu le jour pour « contrer les violations des droits humains. » (Fortin, 2010, p. 98). C'est pourquoi, il a été rédigé « un code de droit international sur l'expérimentation humaine avec des règles précises afin qu'il ne puisse plus se produire de dérapage éthique. » (Halioua, 2010, p. 736-737). Sur la base de ce dernier, la déclaration d'Helsinki a été créée. C'est une « déclaration qui mentionne pour la première fois le

recours à l'évaluation des protocoles de recherche par un comité d'experts indépendants » (Fortin, 2010, p. 99).

D'après l'Académie Suisse des Sciences Médicales [ASSM] (2015, p. 14-15) nous avons mis en avant les quatre principes fondamentaux éthiques lors d'une recherche scientifique.

- Le respect de l'autonomie des personnes (Autonomy) : consiste à traiter les personnes étudiées comme des sujets autonomes. Ils doivent prendre leur décision de façon personnelle. Les informations concernant l'étude doivent être clairement expliquées afin que les personnes puissent donner un consentement libre et éclairé. Une protection particulière doit être apportée pour les personnes en manque de discernement et les personnes mineures. De même, les expériences menées dans l'étude doivent respecter ces femmes et ne pas leur porter préjudice. De plus, il faut être vigilant à la capacité de discernement de chaque individu inclus dans l'étude.
- La bienfaisance (Beneficence) : sous-entend une prise en charge des participantes adaptées de façon non stigmatisante en veillant au bien-être des femmes. Cela suppose une prise en soins sans préjudice en optimisant les bénéfices envisageables.
- La non-malfaisance : oblige d'éviter de causer des préjudices aux participantes.
- La justice (Justice) : sous-entend que les actions menées soient équitables pour toutes les personnes et qu'elles respectent leurs droits. Cela permet ainsi d'éviter la discrimination, les représentations et les jugements de valeurs de la part des chercheurs.

III.2 Questionnement éthique de la problématique

Le point de départ de notre cheminement se base sur les situations vécues en pratique professionnelle. Nous avons été interpellées par le comportement jugeant des soignants envers les femmes subissant un déni de grossesse. C'est pourquoi, il nous a semblé pertinent d'approfondir les connaissances sur ce sujet, afin d'établir une prise en soins optimale et éthique, dans le respect de la personne. Il est vrai, que le sujet étant peu connu, les connaissances des soignants ne sont pas toujours suffisantes pour une prise en charge adaptée de ces femmes.

Comme expliqué dans notre cheminement motivant le choix de ce sujet, le déni de grossesse est souvent abordé dans l'actualité et les médias de façon stigmatisante au vu des faits souvent sordides qui y sont relatés (exemple : Affaire Courjault relative aux cas de néonaticides en France). L'amalgame avec les maladies psychiatriques y est aussi souvent fait. En effet, face à l'incompréhension, le diagnostic de la conscience collective assimile souvent ces femmes à des malades psychiatriques. C'est pourquoi, une recherche scientifique sur le sujet permet une vision plus objective et réelle du déni de grossesse afin d'apporter un point de vue éthique pour ces femmes victimes de ce phénomène.

L'éthique est « la discipline qui propose un ensemble de règles de conduite propices au bien humain et au respect des personnes » (Fortin, 2010, p. 95). D'un point de vue pratique, nous nous sommes questionnées sur notre sujet en fonction des quatre entités de l'éthique.

Premièrement, concernant l'autonomie voici nos interrogations :

Comment favoriser les prises de décisions libres et éclairées d'une femme en situation de déni de grossesse ? En tenant compte de chaque situation personnelle, de quelle manière l'annonce doit-elle être faite ? Comment, pour chaque femme, les soignants peuvent-ils fournir les informations et adapter leur attitude ? Nous nous questionnons également sur l'importance du respect des droits, des désirs et des souhaits de chaque femme. Nous gardons à l'esprit que ce concept peut être tronqué. Une femme faisant effectivement un déni de grossesse n'a pas forcément, sur le moment, une juste capacité de discernement.

Ensuite, pour la bienfaisance et la non malfaisance, notre questionnement est le suivant :

Comme développé précédemment dans le concept de la psychologie de la grossesse, lors de la prise en soin, les soignants doivent respecter l'étape de cheminement psychologique dans lequel se trouve la femme, afin de maximiser les bénéfices de sa prise en charge. L'un des buts principaux est de promouvoir le bien-être des femmes, du couple et de la famille. Les professionnels ont aussi le devoir de tout mettre en place pour respecter la quiétude des nouveau-nés. Son action veille à limiter les préjudices envers la femme et son bébé.

Pour finir, nos interrogations concernant la justice sont les suivantes :

Ces femmes bénéficient-elles des mêmes soins que toutes femmes enceintes ? Ces possibles inégalités sont-elles dépendantes des divers lieux d'accouchements (maison, maternités régionales, maternités universitaires) ? Ou bien sont-elles dépendantes de la sensibilité de chaque

soignant (formation, expérience ...) ? De plus, la prise en soin est-elle équitable entre les femmes faisant un déni partiel et un déni total ? Est-ce qu'il y aurait plus d'indulgence des soignants envers l'un des dénis ?

III.3 Quelle est la place de l'éthique dans les articles sélectionnés

Pour notre revue de littérature, nous serons attentives au respect de l'éthique dans les articles sélectionnés. Nous serons donc vigilantes sur les points suivants d'après l'ASSM (2015, p. 16-17) :

- « la réflexion éthique des chercheurs »
- « le consentement libre et éclairé des participants à l'étude » (le droit à l'information).
- « le rapport bénéfice risque doit être favorable »
- « le respect est dû au participant pendant toute la durée de l'étude » : respect de l'anonymat, confidentialité, et possibilité de se rétracter.
- La validation par une commission d'éthique.

III.4 Démarche éthique dans l'écriture de notre travail de bachelor

Notre objectif principal est de produire des connaissances sans porter préjudice à la population étudiée, c'est-à-dire les femmes victimes de déni de grossesse et leur famille.

Tout au long de notre travail, nous ferons preuve de non jugement et de respect de la propriété intellectuelle des différents auteurs cités. Par notre choix diversifié d'articles, nous veillerons à ce que l'intégrité scientifique soit respectée. Cette sélection d'articles a été réalisée en fonction de la qualité méthodologique de ces derniers et non en fonction des résultats que nous aurions souhaité obtenir. Par conséquent, nous n'excluons donc pas les résultats d'études contradictoires à notre réflexion.

IV. Méthode : recherche de littérature

IV.1 Elaboration du PICO

Notre méthodologie de travail a débuté par l'élaboration d'un PICO afin d'effectuer nos recherches dans les bases de données.

P- Patient, problème : femme ayant subi un déni de grossesse.

I- Intervention, facteur de risque ou pronostic : le rôle de la sage-femme.

C- Comparateur : non approprié pour notre sujet, puisque l'on ne peut pas utiliser d'intervention pour ce sujet.

O- Outcome : attachement et lien en post-partum.

IV.2 Elaboration des descripteurs

Pour effectuer nos recherches, nous avons choisi des thématiques. De ces thématiques ont découlé plusieurs mots clefs qui nous ont permis de trouver des descripteurs. Le tableau suivant résume notre cheminement méthodologique.

Thématique	Mots clés en français	Mots clés en anglais	Descripteurs
<u>Rôle</u>	Rôle(s)	Role(s)	Role
	Rôle(s) professionnel(s)	Occupational role(s)	Professional role
		Handling	
		Care	
<u>Sage-femme</u>	Sage-femme	Midwife	Nurse
	Accoucheuse	Midwives	Midwives
	Homme(s) sage-femme	Midwifery	Midwifery

	Sciences sage-femme	Nurse	
<u>Déni de grossesse</u>	Déni de grossesse	Denegation	Denial
	Dénégation	Denial of pregnancy	Pregnancy
	Dissimulation		
<u>Attachement</u>	Attachement	Bonding	Bonding
	Lien mère-enfant	Relationships	Attachment
		Attachment	
		Psychological bonding	
<u>Post-partum</u>	Post-partum	Postpartum	Postpartum period
	Suite de couche	Pueperium	
		Postpartum woman	
		Postpartum women	

IV.3 Les bases de données

Par la suite, nous avons choisi différentes bases de données en lien avec les champs disciplinaires développés précédemment :

- Medline PubMed est la version électronique de la National Library of Medicine est une « base de données internationale en science de la santé » (Fortin, 2010, p. 142). Elle est experte en médecine et sciences biomédicales. La recherche est effectuée d'après un thésaurus, appelé MeSH qui signifie : Medical Subject Headings. Cette base bénéficie d'une arborescence, est gratuite et en accès libre. Nous avons choisi cette base de données pour le contenu pointu en sciences médicales sur le déni de grossesse.
- CINAHL Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, est la base de référence pour les sciences de la santé et les soins infirmiers. Les recherches s'effectuent

à l'aide de descripteurs du thésaurus. « Outre l'information bibliographique on trouve sur CINAHL un grand nombre de résumés d'articles de périodiques » (Fortin, 2010, p. 143). Nous avons choisi cette base car les notions d'accompagnement et de prise en soins sont des éléments importants des sciences infirmières.

- MIDIRS Midwife Information and Ressource Service s'intéresse aux recherches en obstétrique, périnatalogie et néonatalogie, spécialiste des soins « Sage-femme ». La recherche est lancée d'après des descripteurs listés et contrôlés. Le rôle sage-femme est bien le centre de notre préoccupation, c'est pourquoi nous avons sélectionné cette base.
- psycINFO American Psychological Association est « un index et résumé de publication portant sur la psychologie » (Fortin, 2010, p. 142). C'est la base de référence des sciences sociales et de la santé. Elle est spécialisée pour les recherches en psychiatrie et en psychologie. Elle est « annexée au moyen du Tesauros of Psychological Index Terms » (Fortin, 2010, p. 145). Devant la spécificité psychologique du déni de grossesse, nous avons choisi d'effectuer des lancements sur cette base de données.
- Ovid est une base de données qui regroupe les études traitant de la médecine et des sciences biomédicales.
- BDSP est la Banque de Données de Santé Publique française. Elle est contrôlée par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique [EHESP] de Rennes. Il nous semblait important d'ouvrir notre champ de recherche à la santé publique.

IV.4 Les lancements

Nous avons débuté nos recherches par différents lancements sur les bases de données.

- Pour CINALH

denial AND pregnancy AND midwives AND attachment AND postpartum.

Ce lancement n'a donné aucun résultat.

- Pour PUBMED

((«midwifery» [MeSH Terms] OR «nurse midwifery»[All Fields]) AND ((«denial»[MeSH] OR «(psychology)»[All Fields]) AND («pregnancy»[MeSH Terms] AND («postpartum period»[MeSH Terms] OR («postpartum»[All Fields] AND («attachment»[Mesh]) OR «Bonding»[Mesh]))))).

Ce lancement n'a donné aucun résultat.

- Pour MIDIRS

«denial» AND «pregnancy» AND «midwife» AND «postpartum» AND «role» AND «attachment»

Nous n'avons obtenu aucun article avec ce lancement.

Nous avons poursuivi par différents lancements avec ces descripteurs et ceux du tableau ci-dessus. Les résultats ont été vains. Devant l'absence de résultats, nous avons pensé que notre méthode de recherche n'était pas adaptée et nous avons fait appel à la documentaliste de l'école. Elle nous a alors confirmé qu'il y avait peu d'articles de recherche sur le déni de grossesse.

Devant ce constat, nous avons décidé d'élargir notre question de recherche afin de faire un état des lieux des connaissances actuelles sur le sujet. Nous souhaitons alors concentrer notre réflexion sur les quelques recherches probantes qui existent sur ce sujet. Nous avons donc reformulé une question de recherche moins ciblée :

« Quel est le rôle de la sage-femme lors du déni de grossesse ? »

Nous avons relancé les lancements en utilisant simplement les descripteurs « denial AND pregnancy » afin de trouver les articles nécessaires pour répondre à notre nouvelle question de recherche. Ces nouveaux lancements ont été beaucoup plus productifs et nous ont permis la sélection de centaines d'articles plus pertinents. Nous détaillerons notre sélection finale dans le schéma récapitulatif ci-dessous.

IV.5 Tableau de sélection des articles

Nous avons choisi comme descripteurs plus généraux « denial AND pregnancy », ces descripteurs étant communs à toutes les bases de données.

Nos nouveauxancements nous ont apporté un grand nombre d'articles, 2017 au total dont 1046 sur la base de données PsycInfo.

Afin de pouvoir affiner notre recherche, nous avons décidé d'établir des critères d'exclusion pour éliminer les articles les moins pertinents pour répondre à notre question de recherche.

Nos critères d'exclusion ont été :

- Une date de publication de l'article antérieure à 1980.
- Les articles traitant du mécanisme du déni en général, c'est-à-dire :

-Le déni lors de la perte d'un proche ou d'un animal.

-Les articles parlant du déni lors du diagnostic d'une maladie chronique comme le diabète par exemple.

-Les articles parlant du déni des femmes victimes de violences conjugales.

- Les articles en langue japonaise non traduits.
- Les articles traitant des psychoses, du risque suicidaire, des maladies chroniques ou encore de l'éducation thérapeutique d'un patient diabétique... tout cela sans rapport avec le déni de grossesse.

Ces critères d'exclusion nous ont permis de sélectionner 70 articles parlant du déni de grossesse.

Nous avons lu les résumés et décidé d'éliminer les articles parlant essentiellement de néonaticide car nous ne voulions pas traiter cet aspect ainsi que les articles qui n'étaient pas des études mais des compilations d'articles.

Ces exclusions nous ont permis d'obtenir 27 articles traitant du déni de grossesse.

Après une lecture complète de ces articles et en excluant les articles en double dans les différentes bases de données, nous avons retenu 19 articles répondant à notre question de recherche.



Sélection après intégration de critères d'exclusion et lecture des titres.



Sélection après lecture des résumés et exclusion des articles parlant exclusivement de néonaticide



Exclusion des articles en double dans les bases de données et du choix des articles pertinents avec notre problématique :

19 articles retenus

IV.5.1 Tableau récapitulatif des articles sélectionnés

<u>Auteurs</u> <u>Titre</u>	<u>Lieu</u> <u>Année</u>	<u>Type d'étude</u>	<u>Base</u> <u>donnée</u>	<u>Sélection</u>
<u>Analysis of the relationship between neonaticid and denial of pregnancy using data from judicial files.</u> Vellut, N., Cook, J-M., & Tursz, A.	France 2012	Quantitative et qualitative Étude mixte rétrospective.	PubMed	NON
<u>Neonaticide, newborn abandonment, and denial of pregnancy—newbor victimisation associated with unwanted motherhood</u> Lee, A., Li, C., Kwong, N., & So, K.	Hong-Kong 2006	Étude qualitative Grounded Theorie	PubMed	NON
<u>Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: A proposal for international classification systems</u> Beier, K.M., Wille, R., & Wessel, J.	Allemagne 2005	Étude quantitative basée sur la comparaison d'une étude prospective et d'une étude rétrospective	PubMed	OUI

<u>The incidence and outcome of concealed pregnancies among hospital deliveries: An 11-year population-based study in South Glamorgan</u>	Royaume-Uni 2006	Étude rétrospective	PubMed	OUI
Nirmal, D., Thijs, I., Bethel, J., & Bhal, P.S.				
<u>Déni de grossesse et néonaticide : aspects cliniques et psychopathologiques.</u>	France 2012	Article sur les aspects cliniques et psychopathologiques	PubMed	NON
Seigneurie, A-S., & Limousin, F.				
<u>Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy</u>	USA 2007	Étude rétrospective	PubMed MIDIRS	OUI
Hatters Friedman, S., Henegham, A., & Rosenthal, M.				
<u>Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin</u>	Allemagne 2002	Étude prospective	PubMed MIDIRS	OUI
Wessel, J., Endrikat, J., & Buscher, U.				

<u>Denial of pregnancy- characteristics of women at risk.</u>	Allemagne 2007	Étude prospective	PubMed MIDIRS	OUI
Wessel, J., Gauruder- Burmester, A., & Gerlinger, C.				
<u>Maternal physical morbidity associated with denial of pregnancy</u>	Australie et Nouvelle- Zélande 2015	Étude rétrospective	PubMed CINAHL MIDIRS	OUI
Schultz, M., & Bushati, T.				
<u>Denial of pregnancy - literature review and discussion of ethical and legal issues.</u>	UK 2011	Revue de littérature	CINAHL	NON
Jenkins, A., Millar, S., & Robins, J.				
<u>Le déni de grossesse : étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse.</u>	France 2013	Étude rétrospective	BDSP	OUI
Chalet, S., et al.				
<u>Déni de grossesse, infanticide et Justice.</u>	France 2013	Article sur les aspects épidémiologiques, sémantiques et juridiques du déni de grossesse et du néonaticide	BDSP	NON
Dayan, J., & Bernard, A.				

<u>Non-psychotic denial of pregnancy: a psychoanalytical comprehension.</u>	Brésil 2014	Étude descriptive basée sur différents auteurs	PsychINFO	NON
Gomes Gonçalves, T., Medeiros Kother Macedo, M., & Conz, J.				
<u>Psychosomatic disorder of grávida status: false and denied pregnancies</u>	USA 2015	Revue de littérature	PsychINFO	NON
Kenner, W., Stephen, E., & Nicolson, S.				
<u>Le déni de grossesse relève-t-il d'une maladie mentale ?</u>	France 2014	Pas d'étude scientifique, il s'agit d'une description, sans intervention	PsychINFO	NON
Jacob Alby, V., Quaderi, A., & Vedie, C.				
<u>Dénis et négations de grossesse : une revue de la littérature.</u>	France 2013	Revue de littérature C'est une compilation d'articles et non une revue.	PsychINFO	NON
Seguin, S., Golse, B., & Apter, G.				

<u>Représentations sociales du déni de grossesse chez des professionnels et futurs professionnels de maternité de la métropole lilloise</u>	France 2013	Étude quantitative	PsychINFO	OUI
Janati Idrissi, M., Dany, L., & Libert, M.				
<u>Seizures and metrorrhagia: a case of denied pregnancy</u>	Suisse 2015	Étude de cas Étude descriptive	OVID	NON
Francisco, Zaldivar-Jolissaint, J., Bervini, D., Morisod Harari, M., & Baud, D.				
<u>Not your average birth: considering the possibility of denied or concealed pregnancy.</u>	Royaume-Uni 2014	Étude de cas descriptive	OVID	NON
Stammers, K., & Long, N.				
<u>Can denial of pregnancy be a denial of fertility? A case discussion</u>	Belgique 2013	Étude de cas et une revue de littérature	OVID	NON
Struye, A., Zdanowicz, N., Ibrahim, C., & Reynaert, C.				

Nous avons sélectionné huit articles, tous quantitatifs observationnels. Effectivement notre sujet ne se prête pas, par exemple, à une étude quantitative interventionnelle. Nous avons conscience que deux de

nos articles se basent sur l'étude de Wessel, Endrikat et Buscher (2002). Cependant les objectifs de ces articles sont différents. Le premier article de 2002 traite de la prévalence du déni de grossesse, le second de 2005 tente de classer le déni et le dernier de 2007 recherche des caractéristiques spécifiques des femmes. Par la suite, nous allons approfondir le sujet en examinant la structure, les résultats et l'objectivité de chaque article.

V. Analyse critique et structuration de la revue de littérature

V.1 Analyse de l'article 1

Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin

La date de parution : 2002

Les auteurs : Wessel, J., Endrikat, J., & Buscher, U

La profession des auteurs : Le Professeur Wessel et le docteur Buscher travaillent dans le Département de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital universitaire de Berlin. Le docteur Endrikat est employée au Saarland University à Homburg, Sarre en Allemagne.

Journal : *Acta Obstet Gynecol Scand*, 81, 1021–1027

Type d'étude : étude quantitative prospective descriptive.

Lieu d'étude : Berlin

Durée de l'étude : une année

But

Le but de cette étude est de décrire les résultats de la fréquence du déni de grossesse et les conclusions épidémiologiques pertinentes [traduction libre] (p. 1022).

Méthode

L'étude se déroule en zone métropolitaine de Berlin (19 hôpitaux obstétricaux et cinq autres institutions) du 1er juillet 1995 au 30 juin 1996 comptabilisant tous les cas de déni de grossesse [traduction libre] (p. 1022).

Les critères d'éligibilité sont assez clairs, les femmes incluses n'ont aucune perception subjective de l'existence de leur état gravide depuis au minimum 20SA [traduction libre] (p. 1022).

- En perpartum : accouchement soudain suite à une absence ou une apparition tardive de soins prénataux (limite 20 SA) [traduction libre] (p. 1022).

- En anténatal : suivi prénatal tardif (à partir de 20 SA) [traduction libre] (p. 1022).

Pour un déni total, les chercheurs réalisent une interview trois jours et trois mois après la naissance [traduction libre] (p. 1022). Pour un déni partiel, ils rencontrent les femmes en

anténatal, puis rapidement après la naissance et trois mois après la naissance [traduction libre] (p. 1022).

L'échantillon est composé de 62 femmes ayant fait un déni (exposées) sur 28 529 femmes (non exposées). Ils ont exclu les femmes ayant dissimulé leur grossesse et celles ayant fait une dénégation de grossesse [traduction libre].

Les auteurs expliquent avoir utilisés le Chi².

Résultats

D'après l'étude, le profil se dégageant pour les femmes ayant fait un déni est le suivant : la majorité aurait entre 19 et 41 ans (avec une médiane à 27 ans [15,44]), et serait allemandes. Concernant le statut marital la grande partie des femmes serait en couple.

Les auteurs stipulent que 36 femmes ont précédemment accouché et que 21 femmes n'ont jamais été enceintes. La majorité des dénis de grossesse a été diagnostiquée en prénatal et révèle une répartition en faveur du déni partiel. La majeure partie de ces femmes a accouché par voie basse.

Les femmes immigrées font moins de déni que les femmes de nationalité allemande (p <0.01). De plus, il y a plus de femmes immigrées qui dissimulent leur grossesse (p<0.01).

Concernant le versant des nouveau-nés, l'étude montre que le déni de grossesse touche aussi les grossesses gémellaires mais la majorité concerne des grossesses uniques. De plus, cette recherche stipule un nombre important de morbidité néonatale (RCIU, hospitalisation en néonatalogie, prématurité et mort-né). La plupart des bébés reste avec leurs parents.

Les chercheurs notent que les situations de déni de grossesse ne sont apparues que dans les hôpitaux obstétricaux (pas de cas de déni dans les autres institutions), et que la prévalence varie selon les hôpitaux de 1/165 à 1/1796.

Concernant le versant des nouveau-nés, l'étude montre que le déni de grossesse touche aussi les grossesses gémellaires mais la majorité concerne des grossesses uniques. De plus, cette recherche stipule un nombre important de morbidité néonatale (RCIU, hospitalisation en néonatalogie, prématurité et mort-né). La plupart des bébés reste avec leurs parents.

Analyse

Cette étude semble pertinente parce qu'elle est prospective et qu'elle draine un large échantillon, ce qui est une première au moment de la réalisation de cette étude.

Les auteurs comparent la fréquence du déni de grossesse à des pathologies obstétricales tels que la rupture utérine, le placenta prævia ou les triplés. Cela permet de réaliser que ce phénomène n'est pas si rare. Pour les chercheurs, la fréquence du déni de grossesse serait la même quelle que soit la région allemande et correspondrait également à l'incidence de la littérature.

Le fait que les femmes immigrées dissimulent davantage leur grossesse nous interpelle. Nous nous demandons ce qui favorise ce constat. Est-ce la situation administrative irrégulière ? Est-ce la précarité sociale ? Est-ce la situation familiale éclatée ? Est-ce les conditions de cette migration ? Est-ce la peur d'être rejetée par leur communauté ?

Cette étude montre un taux plus élevé de déni pour les femmes de nationalité allemande, nous nous demandons si cela n'est pas dû au manque de diagnostic de déni de grossesse chez les femmes migrantes (manque de suivi prénatal, barrière de langue, faible accessibilité aux structures de soins).

- Points forts :

L'article est structuré en respectant la construction IMRAD (Introduction, Method, Results, And Discussion). Le résumé de l'étude est clair. Les auteurs ont pris soin d'insérer un diagramme de flux pour les participants. La méthodologie est bien détaillée, la discussion reprend les données significatives et les compare avec la littérature.

Les auteurs remarquent qu'il n'y a pas de différence entre l'ancien est et ouest Berlinois. Le contexte géopolitique, suite à la chute du mur de Berlin est à prendre en compte. Effectivement, l'ancienne politique de santé et le contexte social et culturel pouvaient être différents et avoir une influence six années après.

Les auteurs justifient leur limite de 20SA pour définir le déni en s'appuyant sur des données de la littérature. La prévalence du déni de grossesse calculée au cours de la recherche est d'environ deux pour 1000 naissances, ce qui correspond aux données de la littérature.

- Points faibles/ Limites :

Les interviews sont réalisées par un des auteurs (Jan Wessel) dans la plupart des cas avec un psychothérapeute d'une clinique psychosomatique. Il pourrait s'agir d'un biais puisqu'on sait qu'il est présent pour la majorité des interviews mais nous n'avons pas connaissance du nombre exact. De plus, nous ne connaissons pas la nature des questions de l'interview. Les chercheurs auraient pu orienter les questions en fonction des résultats souhaités.

Cette étude a été financée par la fondation de recherche allemande. Concernant l'éthique, les auteurs ne mentionnent pas quelles sont les précautions de confidentialité des données. Aucun comité d'éthique ne semble être intervenu lors du projet de l'étude. Les notions de respect des participants et de consentement ne sont pas mentionnées.

Notons que l'étude est relativement ancienne. Nous pouvons imaginer que les politiques de santé ne sont plus les mêmes actuellement ainsi que les habitudes de vie de la population.

Conclusion

Cette étude est un pilier de la littérature scientifique concernant le déni de grossesse. De plus, elle semble généralisable par son large échantillonnage, et de par sa proximité géographique avec la Suisse. Néanmoins, au vu de l'ancienneté de l'étude et du contexte géopolitique, cette étude serait généralisable avec prudence. Pour finir, les auteurs rajoutent que d'autres études permettraient d'obtenir davantage de données et une fréquence du déni plus pertinente

V.2 Analyse de l'article 2

Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: A proposal for international classification systems

La date de parution : 2005

Les auteurs : Beier, K.-M., Wille, R., & Wessel, J

La profession des auteurs : K.-M. Beier médecin et sexologue est le directeur de l'Institut des Sciences et Médecines Sexuelles à Berlin en Allemagne. R. Wille travaille au département de médecine sexuelle à l'Université de Kiel en Allemagne. J. Wessel est obstétricien à l'hôpital universitaire de Berlin, en Allemagne.

Journal: *Journal of psychosomatic research*, 61(5), 723-730

Type d'étude : L'étude se base sur deux études distinctes

Une étude prospective transversale entre 1995 et 1996 à Berlin, nous la nommerons l'étude n°1 qui se base sur le recueil de données de l'étude de Wessel et al de 2002.

Une étude rétrospective se basant sur des dossiers médico-légaux liés à des néonaticides sur toute la République Fédérale d'Allemagne [RFA] de 1980 à 1989, nous la nommerons l'étude n°2

Lieu d'étude : République Fédérale d'Allemagne.

Durée de l'étude :

Étude n°1 : 1er juillet 1995 au 30 juin 1996.

Étude n°2 : de 1980 à 1989.

But

Proposer d'intégrer le déni de grossesse dans le DSM et ICD (dans la catégorie désordre de la fonction reproductive).

Méthode

- Étude n°1 :

Il s'agit d'une étude basée sur les données récoltées lors de l'étude de Wessel et al. de 2002. Cependant au vu de son objectif de classification du déni de grossesse, les auteurs ont choisi d'inclure les dénis ainsi que les dissimulations afin de pouvoir les comparer. Comme expliqué dans le précédent article, il s'agit à la base d'une étude prospective transversale réalisée à Berlin entre 1995 et 1996 dans 19 hôpitaux. Les chercheurs ont recruté toutes les femmes n'ayant pas reçu de soins prénataux. Ils ont défini le déni de grossesse pour toute femme n'ayant pas de diagnostic de grossesse posé avant 20 SA ou plus, avec une ignorance de cette gestation de la part de la femme [traduction libre] (p. 723).

- Etude n°2 :

C'est une étude transversale rétrospective effectuée à partir de dossiers concernant des autopsies sur des morts suspectes de nouveau-nés provenant de l'institut médico-légal de la République Fédérale d'Allemagne. Les auteurs posent des critères de sélection :

- La certitude subjective de la femme enceinte qu'elle n'est pas enceinte [traduction libre] (p. 724).
- L'absence de signes de grossesse, ou interprétation des signes [traduction libre] (p. 724).
- Une visite médicale sans découverte de la grossesse [traduction libre] (p. 724).
- Un comportement social inchangé durant le déni : aller à la piscine, essayer des vêtements [traduction libre] (p. 724).
- Des comportements sexuels et contraception inchangés [traduction libre] (p. 724).
- Les femmes n'ont jamais envisagé une interruption volontaire de grossesse [traduction libre] (p. 724).
- Une absence complète de préparation pour la naissance [traduction libre] (p. 724).
- Une mauvaise interprétation des signes de mise en travail et être surprise de la naissance [traduction libre] (p. 724).

Sont donc inclus dans cette étude : 42 dossiers dans lesquels sont identifiés un déni de grossesse et 51 cas de dissimulation de grossesse

Résultats

- Étude n°1 :

Les chercheurs comptabilisent au final 78 femmes, réparties en deux groupes : 66 diagnostiquées en déni de grossesse et 12 diagnostiquées en dissimulation de grossesse. Les auteurs comparent alors ces deux populations. D'après cette recherche ils obtiennent une prévalence du déni de grossesse de 1/475, soit de deux pour 1000 naissances, ce qui correspond à la prévalence dans la littérature.

Concernant les résultats sociodémographiques, cette étude révèle qu'avec l'avancée de l'âge la prévalence des dénis de grossesse augmente, à l'inverse des dissimulations. Suite à ce constat, il y a plus de dissimulations de grossesse que de déni pour les femmes jeunes et vivant encore avec leurs parents. Pour les dénis de grossesse, nous relevons que la majorité des femmes vit en couple. Cette étude nous montre que ces femmes ont dans la majorité des cas un emploi. Que ce soit pour les dénis ou les dissimulations de grossesse, ces femmes ont dans la majorité des cas une coparentalité avec le père des enfants. L'étude met en lumière que les dissimulations touchent plus fréquemment des femmes primipares. Tandis que pour le déni de grossesse, la multiparité semblerait prendre légèrement l'avantage. Cette étude ne révèle pas de facteurs de risque tels que les maladies psychiatriques ou la consommation de substances illicites. D'après ces données, le déni de grossesse ne touche pas que les grossesses uniques. La notion de prématurité est abordée dans cette étude mais ces données sont difficilement interprétables car elles ne sont pas significatives. Dans la majorité des cas l'accouchement se déroule par voie basse. En grande partie les enfants restent avec leurs parents.

- Étude n°2 :

Nous pouvons noter qu'il n'y a pas de différence d'âge entre le déni de grossesse et la dissimulation. Cependant, il semblerait que la mortalité néonatale augmente lorsque les femmes se situent dans la tranche d'âge 15-20 ans. La majorité des femmes sont célibataires (sur le plan administratif), vivent avec leurs parents et sont étudiantes ou employées. La plupart des femmes sont primipares. Cette étude ne révèle pas de facteurs de risque tels les maladies psychiatriques ou la consommation de substances illicites. La semaine, précédant l'accouchement 10 femmes sur 42 ont consulté un médecin, ce qui laisse sous-entendre une contagiosité du déni de grossesse chez le professionnel de santé.

- Pour les deux études :

D'après les deux études, il n'y a pas de profil type pour les femmes atteintes d'un déni de grossesse. La situation maritale ne semble pas avoir d'influence sur le déni. De plus, l'inexpérience sexuelle et sociale n'influence pas sur le déni de grossesse. Ces études ne révèlent

pas de facteurs de risque telles que les maladies psychiatriques, la consommation de substances illicites ou l'adolescence pour la survenue du déni de grossesse. Cependant certains facteurs peuvent conduire à l'apparition du déni comme le stress, les problèmes personnels et la séparation d'avec le conjoint. Les résultats des deux études montrent un maintien des menstruations dans une grande majorité des femmes présentant un déni.

Analyse

- Points forts :

Les auteurs construisent leur article de façon structurée en suivant le mode IMRAD. Nous notons la présence de l'introduction, de la méthode, de la retranscription des résultats puis de la discussion. Les auteurs ont effectué un résumé précis de l'étude. Ils ont un but déterminé concernant leur étude et posent donc un objectif clair et pertinent. Les résultats sont présentés sous la forme d'un tableau clair.

Dans le déroulement de leur article, les chercheurs se sont documentés sur des études effectuées par d'autres auteurs afin de légitimer leur but : classer le déni et la dissimulation de grossesse dans le DSM-V/ICD. Cependant, les auteurs proposent de faire des sous-catégories afin de créer une partie spécifique au déni de grossesse et non de l'inclure avec d'autres troubles de la fonction de la reproduction, comme la pédophilie.

Le fait de prendre en compte deux études : l'une prospective et l'autre rétrospective avec des angles d'approche différents (obstétrique et médico-légale) permet une vision plus globale du sujet.

Pour l'étude n°1, les participantes ont dû donner leur consentement afin d'être incluses dans la recherche.

Les auteurs soumettent l'idée de réaliser plus fréquemment des tests de grossesses pour les femmes en phase fertile. Étant donné que l'étude relève une consultation médicale de ces femmes durant le déni, et que les professionnels de santé n'ont pas diagnostiqué.

- Points faibles/Limites :

Les auteurs ne mentionnent pas d'eux-mêmes les limites de leur étude. La comparaison de ces deux études, au focus très différent, semble difficile face à l'objectif premier des auteurs. La méthodologie de l'étude n°2 ne semble pas correctement détaillée et ne permet pas la reproductibilité de l'étude. Cette étude étant rétrospective, la récolte des données peut comporter un biais. Aucune analyse statistique n'est mentionnée. La valeur significative des données chiffrées n'est pas calculée.

Le Docteur Wessel se base sur une étude réalisée par lui-même ce qui peut limiter son objectivité, mais à contrario il connaît bien les résultats, ce qui est une force.

Les auteurs n'ont pas réussi à atteindre leur objectif qui était de classer le déni de grossesse dans la catégorie « désordre de la fonction reproductive ». Ils cherchent une autre rubrique qui serait mieux adaptée.

Concernant l'éthique, les auteurs ne mentionnent pas les précautions de confidentialité des données. Aucun comité d'éthique n'est intervenu lors du projet de l'étude. Pour l'étude n°2, les notions de respect des participants et de consentement ne sont pas mentionnées.

Conclusion

Les résultats de leur comparaison nous semblent transposables à notre problématique. Ces résultats nous permettent de réfléchir sur la prise en charge à effectuer auprès de ces femmes et nous apportent de nouvelles données.

Le classement des dénis permettrait d'envisager une prise en soins systématique. Cependant le classement dans le DSM V pourrait stigmatiser le déni de grossesse comme maladie psychiatrique. Ils proposent d'améliorer les connaissances des soignants afin qu'un dépistage puisse être réalisé dans le but d'éviter les complications fœto-maternelles. Pour l'étude n°2, vu le contexte géopolitique, les dossiers retenus faisaient partie de l'institut médico-légal de la RFA, ce qui ne représentait qu'une partie de l'Allemagne entre 1980 et 1989.

V.3 Analyse de l'article 3

The incidence and outcome of concealed pregnancies among hospital deliveries: An 11-year population-based study in South Glamorgan.

La date de parution février 2006

Les auteurs : Nirmal, D., Thijs, I., Bethel, J., & Bhal, P.-S

La profession des auteurs D. Nirmal est gynécologue-obstétricien, I. Thijs, J. Bethel & P.S. Bhal sont médecins au département d'obstétrique et de gynécologie de l'hôpital universitaire du Pays de Galles, Cardiff, UK

Journal: *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 26(2), 118-121

Type d'étude : quantitative, rétrospective descriptive

Lieu d'étude : South Glamorgan, Royaume-Uni

Durée de l'étude : 11 ans

But

Le déni de grossesse a-t-il des conséquences sur la santé maternelle et périnatale ? [traduction libre] (p. 118).

Méthode

La collecte des données est effectuée à partir d'une base de données « Cardiff birth survey » (p. 118), de 1989 à 1999. Les auteurs incluent dans leur étude les femmes ne se sachant pas enceinte jusqu'à l'admission en travail et n'ayant pas reçu de soins prénataux [traduction libre] (p. 118). Les tests statistiques utilisés sont SPSS et le Chi² et le test de Fisher. Les auteurs définissent les résultats significatifs lorsque le $p < 0.05$.

Résultats

L'échantillon représente 24 femmes incluses dans l'étude. Les caractéristiques démographiques des femmes sont très hétérogènes. L'âge moyen est de 24,8 ans (avec une répartition de l'âge entre 15 et 42 ans). On dénombre 58% de femmes multipares, 50% de femmes sans emploi et 54 % de fumeuses. Néanmoins, cela ne nous permet pas d'établir un profil type.

Les auteurs ont démontré qu'il y avait une prévalence significativement plus importante du déni de grossesse en hiver. [traduction libre] (p. 119)

Concernant les conséquences périnatales, les auteurs ont relevé un cas de pré-éclampsie et un cas d'éclampsie compliqué par une coagulation intravasculaire disséminée. On ne note pas de différence entre l'échantillon et la base de données concernant le taux d'hémorragie du post-partum. Les auteurs relèvent un cas d'endométrite, un cas d'infection urinaire et un cas de trouble psychique du post partum.

Deux des bébés sont mort nés, dont l'un, des suites d'un accident de voiture. On note une augmentation significative des naissances prématurées. L'augmentation des admissions en néonatalogie et le faible poids de naissance pour 11 % des nouveau-nés, ne sont pas significatifs. Le mode d'accouchement ne varie pas de façon significative en fonction de la connaissance de la grossesse.

Les auteurs démontrent que ces accouchements sont plus à risques, notamment pour la prématurité.

Analyse

- Points forts :

Les auteurs construisent leur article de façon structurée en suivant le mode IMRAD. Nous notons la présence de l'introduction, de la méthode détaillée, d'une retranscription des résultats puis d'une discussion. Les auteurs ont effectué un résumé précis de l'étude. Ils ont un but déterminé concernant leur étude et posent donc un objectif clair et pertinent.

Dans le déroulement de leur article, les chercheurs se sont documentés sur des études effectuées par d'autres auteurs et légitimant ainsi leur démarche.

Les chercheurs ont démontré un taux plus important de dénis durant la période hivernale. Par ailleurs, les résultats de cette étude ont mis en évidence un risque de prématurité plus élevé.

Dans la discussion, ils ont soulevé l'aspect psychologique que pourrait traverser la femme durant cette période. Ils proposent notamment une surveillance accrue durant la période du post-partum afin d'éviter les complications du lien d'attachement mère-bébé. Ils évoquent la possibilité d'une prise en charge obstétricale voire pharmacologique associée à une aide psychologique et une évaluation des compétences parentales.

- Points faibles/Limites

Ils recensent 24 cas de déni sur 11 ans. Les premières données datent d'il y a 27 ans. Devant cette ancienneté, nous nous questionnons sur la pertinence et la généralisation des résultats. Sachant que dans la littérature l'épidémiologie est de un pour 1000, pour l'étude elle est de 1/2500 soit 0,4 pour 1000 naissances. Les auteurs reconnaissent que leur étude ne prend en considération que les cas hospitaliers.

La petitesse de cet échantillon pourrait être due au fait que tous les cas, durant ces 11 années, n'ont pas forcément été recensés dans la base. Les biais possibles sont tous les dénis non recensés ou partiels, la mauvaise retranscription des données par méconnaissance du sujet.

Les auteurs remarquent qu'au vu du caractère rétrospectif de leur étude, il était difficile de différencier les dissimulations, des dénis de grossesse. La confusion entre ces deux entités pourrait avoir un impact sur la sélection de l'échantillon et donc sur les données obtenues. De plus, on ne sait pas, ni quand le recueil a été effectué et ni par qui. Il y a un possible biais dans la retranscription des données sur la base.

Concernant l'éthique, les auteurs ne mentionnent pas les précautions de confidentialité des données. Aucun comité d'éthique ne semble être intervenu lors du projet de l'étude et la notion de respect des participants et de consentement n'est pas mentionnée.

Conclusion

Les résultats de cette étude nous semblent peu généralisables à l'échelle internationale. Néanmoins au niveau européen ils semblent transposables. Pour répondre à notre question de recherche, ces résultats sont intéressants et mettent en lumière certaines pistes de réflexion concernant les risques encourus et l'accompagnement périnatal.

Ces derniers points nous amènent à nous questionner sur les éventuelles actions sage-femme qui pourraient être mises en œuvre pour prévenir ces conséquences.

V.4 Analyse de l'article 4

Characteristics of Women Who deny or Conceal Pregnancy

La date de parution : 2007

Les auteurs : Hatters Friedman, S., Heneghan, A., Rosenthal, M.

La profession des auteurs : Les auteurs font partie de l'école de médecine, du Case Western Reserve University, à Cleveland, en Ohio aux Etats-Unis. Susan Hatters Friedman, est enseignante au département de psychiatrie et de pédiatrie. Amy Heneghan, est professeure assistante au département de pédiatrie. Miriam Rosenthal, est une professeure adjointe émérite en psychiatrie et gynécologie-obstétrique.

Journal : *Psychosomatics* 48(2), 117-122

Type d'étude : Etude quantitative rétrospective observationnelle

Lieu d'étude : non mentionné

Durée de l'étude : Janvier 1997 à Décembre 2003

But

Décrire et comparer les caractéristiques des femmes présentant un déni de grossesse ou une dissimulation de grossesse [traduction libre] (p. 118). Les auteurs formulent les quatre hypothèses suivantes :

- Les femmes qui font un déni ou une dissimulation de grossesse seraient jeunes, primipares, vivent avec leurs parents et ont un faible niveau d'éducation. [traduction libre] (p. 118)
- Elles seraient de niveau socio-économique bas et auraient été victimes d'abus [traduction libre] (p. 118)
- Elles auraient des antécédents psychiatriques [traduction libre] (p. 118)

- Les femmes qui ont dissimulé leur grossesse auraient été au courant de leurs grossesses plus tôt que leurs homologues qui ont fait un déni de grossesse [traduction libre] (p. 118)

Méthode

Le critère d'éligibilité est l'absence de soins prénataux au troisième trimestre suite à un déni ou à une dissimulation de grossesse [traduction libre] (p. 118). Les dossiers sélectionnés ont été passés en revue pour vérifier l'absence complète de soins prénataux, et ce d'après le logiciel de base de données de l'hôpital universitaire. [traduction libre] (p. 118). Le dossier médical a été aussi passé en revue pour discerner la cause de cette absence de soin prénatal. [traduction libre] (p. 118). Ce sont des sources qualitatives et quantitatives.

Les auteurs ont pris soin de définir le déni de grossesse comme, en outre, l'absence de soins prénataux avant l'accouchement ajouté à la surprise de l'annonce de leur grossesse lors de l'accouchement. Les chercheurs incluent également les femmes qui ont eu des périodes de conscience cognitive manifeste mais aucune reconnaissance de la grossesse (déni affectif). [traduction libre] (p. 118) Les chercheurs expliquent que la dissimulation est la conscience de l'état de grossesse qui a été cachée aux autres. [traduction libre] (p. 118).

Par souci de précision, les cas de toxicomanie ont été exclus du groupe de cas, car la consommation de substance peut être une cause d'absence de soins prénataux [traduction libre] (p. 118).

Les critères étudiés sont :

- Les antécédents obstétricaux
- Le support (aide) social
- Les antécédents d'abus sexuels et de consommation de drogues
- Les antécédents psychiatriques ou de retard mental
- Le lieu de la naissance
- Le motif de consultation
- Le moment de la grossesse où la femme a pris conscience de sa grossesse
- L'utilisation de contraceptif
- La cause du manque de suivi prénatal
- Le placement d'enfant

Les statistiques sont bien expliquées. Les tests de Fisher et Chi² ont été effectués par le logiciel SAS 9.1. [traduction libre] (p. 118). Le calcul de la P value permet de rendre compte des résultats significatifs. Sur la base d'analyses uni variées et d'analyses bi variées, la régression logistique a été exécutée [traduction libre] (p. 118).

Résultats

Au total il y a eu 31 475 accouchements dans le centre hospitalier en sept ans. Parmi ces accouchements 211 femmes sans soins prénataux ont été trouvées [traduction libre] (p. 118). L'échantillon retenu est de 61 dénis et de 20 dissimulations de grossesse. Deux femmes ont eu deux dénis de grossesse durant la période [traduction libre] (p. 118).

D'après les données significatives de l'étude, dans le cas des dénis, **il y a plus de femmes employées que dans les cas de dissimulation de grossesse où elles sont étudiantes ou sans emploi (p <0,05)** [traduction libre] (p. 118).

Il semblerait que les antécédents d'abus n'influencent pas sur la survenue d'un déni ou d'une dissimulation. [traduction libre] (p. 118). La majorité de l'échantillon est multigeste mais ce n'est pas une donnée significative. D'après les résultats de l'étude, **les femmes dissimulant leur grossesse seraient significativement au courant plus tôt de leur état gravide que les femmes présentant un déni de grossesse (p <0,04)** [traduction libre] (p. 118).

Les principaux motifs de consultations des femmes de l'échantillon sont : des douleurs abdominales, des saignements vaginaux et autres signes de grossesse [traduction libre] (p. 118). Il n'est rien retenu de significatif dans ces résultats.

Les auteurs démontrent qu'il y a significativement **plus de demande d'une consultation psychiatrique, en post-partum immédiat dans les cas de déni ou de dissimulation que pour les grossesses physiologiques (p <0,05)**. Nous relevons que le nombre de femmes y ayant eu recours est faible. La majorité des femmes accouche à l'hôpital.

Un test de régression logistique a été effectué. Les variables significativement associées à l'absence de soins prénataux causés par un déni de grossesse sont la présence de grossesses antérieures et la durée de la conscience de la grossesse supérieure à un mois avant l'accouchement.

Les auteurs ont classé les dénis et les dissimulations de grossesse selon Laura Miller (se référer au chapitre définition).

Les femmes qui ont un déni affectif ont significativement plus de probabilité que celle avec un déni total :

- d'avoir eu une grossesse précédente ;
- d'avoir un autre enfant vivant
- de ne pas vivre avec leur mère

Les femmes qui ont dissimulé leur grossesse jusqu'à la fin ont significativement plus de probabilités que celles qui ont fait un déni jusqu'au 3^{ème} trimestre puis ont dissimulé leur grossesse :

- d'avoir un autre enfant vivant ;
- de ne pas vivre avec leur mère

Les femmes qui font un déni ou une dissimulation de grossesse sont :

- Agées de plus de 18 ans
- Multigestes
- Etudiantes ou employées
- Diplômées du lycée (pour les dénis)

Elles ont un soutien social. Par ailleurs, elles ont conscience de leur grossesse avant les femmes qui font un déni de grossesse [traduction libre] (p. 118).

Les auteurs proposent de considérer le déni et la dissimulation de grossesse comme un signe d'alerte qui devrait déclencher des soins psychiatriques, une évaluation du rôle parental et une aide sociale. [traduction libre] (p. 118). Il est important de travailler avec d'autres professionnels de la santé pour la prévention de ce phénomène. [traduction libre] (p. 118). L'éducation de la population générale est aussi importante et passe à travers le travail d'autres professionnels (éducation...).

Analyse

Le terme multigeste utilisé par les auteurs nous questionne dans sa définition. Au vu des autres variables étudiées ce terme laisserait sous-entendre l'étude de la parité. Est-ce vraiment le cas ? Ou, s'agit-il de la gestité ?

La sélection des femmes par les auteurs nous semble transparente, cependant, au vu de leur définition du déni, ils ne prennent en considération que les dénis totaux.

Par ailleurs, nous nous questionnons sur les motifs de consultation nommés par les auteurs. Effectivement, nous ne savons pas ce que sous-entendent les auteurs dans l'intitulé « autres signes de grossesse ». De plus, nous remarquons qu'il y a 61% de femmes qui consultent pour ce motif lors d'une dissimulation. Il serait intéressant de connaître quels sont ces maux de grossesse.

D'après les résultats, les dénis et dissimulation représentent 0.26% des accouchements. Ce qui correspond à l'épidémiologie des dénis de grossesse, retrouvée dans la littérature : soit environ deux pour 1000 naissances.

Les auteurs relèvent qu'à part certaines des femmes qui se sont présentées à l'hôpital avec des plaintes physiques apparemment sans rapport, la majorité de l'échantillon a reconnu les signes d'un accouchement. Ainsi, elles n'ont pas conscience de la grossesse pour les soins prénataux, mais y pense pour les signes d'accouchement. Des études futures peuvent se pencher sur ce paradoxe.

Les auteurs semblent focaliser leur point de vue sur l'aspect psychiatrique, c'est probablement en lien avec leur profession d'origine. L'une de leurs hypothèses de départ était que les femmes atteintes d'un déni de grossesse auraient des antécédents psychiatriques. Dans la discussion, ils tentent de justifier cette dernière en comparant leurs résultats avec la littérature. Cependant le résultat n'est pas très concluant.

- Points forts :

Les auteurs construisent leur article de façon structurée en suivant le mode IMRAD. Nous notons la présence de l'introduction, de la méthode détaillée, de la retranscription des résultats puis de la discussion. Les auteurs ont effectué un résumé précis de l'étude. Ils ont un but déterminé concernant leur étude et posent donc des objectifs clairs et pertinents. Ce résumé figure en fin d'article. Dans le déroulement de leur article, les chercheurs se sont documentés sur des études effectuées par d'autres auteurs et légitimer ainsi leur étude.

Les dénis et les dissimulations de grossesse sont clairement définis. Les résultats sont présentés de façon claire à l'aide de tableaux et ils sont détaillés dans le texte. L'exposé des résultats est plutôt transparent. Les auteurs commencent leur discussion des résultats en infirmant leurs hypothèses de départ. Ils mettent en parallèle leurs résultats avec ceux de quatre autres études ce qui démontre la pertinence de leur démarche.

Néanmoins, les auteurs mentionnent ouvertement, le fait que cette étude soit une étude rétrospective de cas médicaux cela induit certains biais. De plus, ils sont conscients que le nombre de déni et de dissimulation de grossesse est certainement plus important, car ils ne sont pas tous recensés.

Les auteurs ont eu l'approbation d'un comité institutionnel pour leur recherche rétrospective.

- Points faibles/Limites

L'étude se déroule dans un CHU urbain, sans aucune précision sur le nom de l'établissement, ni le pays. Ce dernier point gêne à la compréhension des caractéristiques continentales, culturelles de la population et à une éventuelle comparaison avec une autre population lors de l'élaboration d'une autre étude.

Puisqu'il s'agit d'une étude rétrospective, on ne connaît ni les intervenants qui ont effectué le recueil, ni la date à laquelle cette étude a été effectuée. Il y a donc un possible biais dans la retranscription des données sur la base.

Les auteurs calculent des données significatives sans donner de précision sur les groupes et variables étudiés.

Par rapport à l'éthique, les auteurs ne mentionnent pas les précautions de confidentialité des données. Les notions de respect des participants et de consentement ne sont pas mentionnées.

Conclusion

Les résultats de cette étude nous semblent peu généralisables à l'échelle internationale du fait des données peu significatives et de la non-connaissance de la population étudiée. Cet article nous apporte néanmoins quelques pistes de réflexions autour de notre question de recherche, notamment sur l'aspect psychiatrique et sur sa prise en charge. Il est intéressant de noter l'ouverture des auteurs, d'après une étude autrichienne, stipulant que les échographies prénatales pourraient permettre aux femmes de traiter un déni affectif [traduction libre] (p. 118). Effectivement la visualisation de l'image faciliterait une levée du déni. L'étude devait contenir une deuxième partie conduite par entretiens téléphoniques en post-partum, qui a été annulée suite à l'absence de réponses des femmes.

V.5 Analyse de l'article 5

Denial of pregnancy - characteristics of women at risk

La date de parution : 2007

Les auteurs : Wessel, J., Gauruder-Burmester, A., & Gerlinger, C.

La profession des auteurs : Le Professeur Wessel travaille dans le Département de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital universitaire de Berlin, Docteur Gauruder-Burmester est urogynécologue et Mr Gerlinger est statisticien.

Journal : *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 8, 542-546

Type d'étude : Etude prospective transversale

Lieu d'étude : Berlin

Durée de l'étude : un an

But

Existe-t-il des caractéristiques sociodémographiques spécifiques pour les femmes ayant eu un déni de grossesse ? Le but étant de pouvoir identifier les femmes à risque de déni de grossesse [traduction libre] (p. 542).

Méthode

C'est une étude prospective d'un an (Juillet 1995- Juin 1996) se déroulant à Berlin, dans 19 hôpitaux, sur les femmes ayant eu un déni de grossesse [traduction libre] (p. 543). Le recueil de données s'est effectué sur l'étude de Wessel et al. (2002). Les chercheurs précisent clairement la définition du déni : les femmes découvrant leur grossesse après 20SA. Ils différencient précisément le déni de la dissimulation de grossesse.

Le recrutement des femmes est déterminé par un groupe constitué de cinq professionnels de santé : des obstétriciens et des sages-femmes. Une interview est ensuite menée trois jours après l'accouchement par l'un des auteurs de l'étude et l'un psychothérapeute [traduction libre] (p. 543). Les critères d'éligibilité sont détaillés et précis. Il s'agit de toutes les femmes ayant découvert leur grossesse après 20SA et ayant accepté de participer à l'étude [traduction libre] (p. 543).

Les femmes recrutées ont été comparées avec le Registre des naissances de Berlin pour la même période soit 27 110 femmes ayant accouché à la même période. Pour les auteurs, les femmes du Registre des naissances constitueront le groupe contrôle pour permettre la comparaison des deux groupes [traduction libre] (p. 543). Sur l'année d'étude, 65 femmes sont recrutées.

La seule exclusion que les auteurs ont fait dès le recrutement est la non intégration des dissimulations de grossesse. L'hypothèse nulle est testée avec le test du Chi². Le test de Fisher a été utilisé à chaque fois qu'un calcul entre les deux groupes était possible.

Résultats

D'après cette étude, **la différence d'âge est significative avec $p < 0,01$** . Effectivement, il y a plus de femmes mineures et de femmes âgées de plus de 40 ans dans le groupe ayant fait un déni de grossesse [traduction libre] (p. 544).

Les auteurs trouvent **une différence significative pour la nationalité ($p < 0,01$)**. Dans la population étudiée, il y aurait plus de femmes de nationalité allemande faisant un déni.

Les résultats de cette étude nous montrent qu'**il y a significativement ($p < 0,01$), plus de femmes seules dans le groupe de déni que dans le groupe contrôle** [traduction libre] (p. 544).

Concernant le diagnostic de grossesse, il semblerait que la plus grande partie des femmes fait un déni partiel [traduction libre] (p. 543). D'après les auteurs, il y aurait une majorité d'accouchements par voie basse dans le groupe des dénis de grossesse [traduction libre] (p. 543).

D'un point de vue **significatif ($p < 0,01$), les femmes faisant un déni reçoivent plus d'aides sociales que le groupe contrôle**. Les femmes ayant fait un déni de grossesse auraient dans la majorité des cas un emploi mais un niveau d'étude inférieur au groupe contrôle [traduction libre] (p. 543).

Analyse

C'est une étude importante puisqu'il s'agit de la seule prospective réalisée à ce jour concernant le déni de grossesse.

Les auteurs répondent à une partie de leur objectif en disant que leur étude ne démontre pas de caractéristiques spécifiques aux femmes souffrant de déni. Effectivement, les résultats sont faibles, conséquence de la petite taille de l'échantillon. Ils énoncent seulement des facteurs de risque :

- Une plus grande probabilité de faire un déni pour les femmes âgées de moins de 20 ans et celles âgées de plus de 40 ans [traduction libre] (p. 544).
- Les femmes isolées ou en relation instable sont plus susceptibles de faire un déni [traduction libre] (p. 544).
- Une situation professionnelle et sociale faible [traduction libre] (p. 544).

Concernant l'éthique, les auteurs reconnaissent ne pas avoir eu recours à un comité d'éthique car cette formalité n'était pas exigée au moment de l'étude. Nous remarquons que les données de confidentialité ne sont pas mentionnées.

- Points forts :

Cet article respecte la construction selon le mode IMRAD. Un résumé est présent et clair, et l'objectif est bien exposé. Nous notons la présence d'une introduction, d'une méthode détaillée, d'une partie sur les résultats, précise, ainsi qu'une discussion pertinente.

Les auteurs expliquent le déni de grossesse en se basant sur des études de 1995-2000. De plus, ils détaillent le contexte et appuient leur discussion sur la littérature rendant leur démarche pertinente.

Les auteurs décrivent sans ambiguïté leur incapacité à prouver des caractéristiques ou types de femmes qui font un déni de grossesse.

L'étude a été clairement expliquée aux femmes et un consentement écrit leur a été demandé. Les auteurs mentionnent les biais liés aux données manquantes des données.

- Points faibles/ Limites :

Les auteurs sont trois et seulement l'un d'eux mène les entretiens. Cela peut être un biais dans l'orientation de l'entretien. C'est pourquoi il aurait été intéressant de connaître les questions posées durant l'entretien. Les chercheurs nomment la présence d'un psychologue pour certains entretiens. Cependant, nous ne connaissons pas la fréquence de sa présence ni son rôle dans l'étude. D'ailleurs, nous nous interrogeons sur les résultats de ces entretiens qui n'apparaissent pas dans l'étude.

En outre, les auteurs ne donnent pas d'information sur l'inscription et le fonctionnement du Registre des naissances, ce qui est un possible biais selon la méthode utilisée pour la retranscription des données. La lecture aurait été facilitée si toutes les variables avaient été exposées sous forme de tableau afin de distinguer de façon plus claire les différences entre les deux groupes.

Conclusion

Cette étude nous paraît généralisable au vu du large nombre d'hôpitaux intégré. De plus la durée de cette recherche et le pays concerné : l'Allemagne, sont des caractéristiques qui permettent de transposer cette étude aux pays européens.

Il ne ressort pas de caractéristiques communes aux femmes ayant fait un déni de grossesse. Ce qui montre l'hétérogénéité de cette population.

En guise d'ouverture, les auteurs proposent de classer les dénis dans le DSM ou dans l'ICD afin qu'il y ait plus de recherches prospectives sur le sujet. Les auteurs proposent également, de renforcer la connaissance des professionnels afin que le déni de grossesse soit plus facilement détecté.

V.6 Analyse de l'article 6

Le déni de grossesse : étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse

La date de parution : 2013

Les auteurs : Chaulet, S., Juan-Chocard, A.-S., Vasseur, S., Hamel, J.-F., Duverger, P., Descamps, P., & Fanello, S.

La profession des auteurs : Les auteurs font partie du Centre Hospitalier Universitaire [CHU] d'Angers en France. Docteur Chaulet est pédopsychiatre, Docteur Juan-Chocard est psychiatre infanto-juvénile, Docteur Vasseur est praticienne hospitalière au département d'information médicale, Mr Hamel et Mr Fanello travaillent au département universitaire de santé publique, Professeur Duverger est chef de service du département de pédopsychiatrie et Professeur Descamps est chef du département de gynécologie-obstétrique du CHU.

Journal : *Annales Médico-Psychologiques*, 171, 705-709

Type d'étude : C'est une étude rétrospective observationnelle

Lieu d'étude : CHU d'Angers, France

Durée de l'étude : L'étude se déroule entre le 1er janvier 2005 au 31 décembre 2009.

But

C'est de repérer de façon rétrospective les femmes ayant fait un déni de grossesse. Dans un deuxième temps, « tenter de décrire le profil médical, social et professionnel et les caractéristiques cliniques des femmes ayant fait un déni. » (p.706)

Méthode

L'étude est réalisée à partir d'un recueil rétrospectif de données cliniques et épidémiologiques sur des dossiers de femmes ayant fait un déni de grossesse.

« Le critère d'inclusion était la notification dans le dossier obstétrical par la sage-femme ou l'obstétricien, de la découverte tardive de la grossesse après 15 SA. Les chercheurs ont décidé d'inclure toutes les grossesses découvertes à partir de 15 SA. » (p.706). Pour l'étude, les auteurs ont séparé les femmes en 2 groupes. Les femmes découvrant leur grossesse avant 20 SA et après 20 SA.

Dans un premier temps, les auteurs ont comparé les deux groupes de dénis de grossesse. Dans un second temps, ils ont pris en compte simplement les dénis découverts après 20 SA afin de pouvoir les comparer avec la littérature.

Voici les 6 critères sociodémographiques étudiés : les antécédents d'Interruption Volontaire de Grossesse [IVG], l'obésité, la proportion de césarienne, l'accouchement prématuré, la présence d'un Retard de Croissance Intra Utérin [RCIU], et l'abandon (p. 707)

Les femmes ayant eu un déni ont été comparées avec «la population de femmes ayant accouché au CHU d'Angers durant la même période (20 157 femmes) » (p.707).

Le test de Fisher a été utilisé à chaque fois qu'un calcul entre les deux groupes était possible. Les auteurs utilisent la technique d'ajustement de Bonferroni avec un seuil $p=0,05$. Les chercheurs ont examiné 392 dossiers, 75 dossiers ont été retenus pour l'étude (69 dénis partiels et 6 dénis totaux).

Résultats

Les auteurs ont calculé la prévalence du déni concernant leur population étudiée. La majorité des dénis se lèvent après 28 SA d'après cette étude (68%). Cette recherche nous montre à nouveau que le déni de grossesse peut également survenir lors de grossesses gémellaires.

Cette étude nous démontre que l'âge des femmes s'étend de 16 à 44 ans, avec une moyenne d'âge de 26 ans. Il semblerait qu'une situation sociale précaire ou sans profession soit liée à l'expression d'un déni de grossesse. La majorité de ces femmes vit en couple. Dans cette étude, les chiffres

relèvent qu'une partie de ces femmes ont bénéficié d'un suivi gynécologique régulier (39%). Nous notons que 51% de ces femmes sont multipares. Concernant les antécédents des femmes, 24% d'entre elles ont eu une IVG et 9% un déni de grossesse. Le versant psychiatrique est peu représentatif, ce qui confirme l'idée que le déni de grossesse touche toutes les femmes et pas seulement celles ayant une pathologie psychiatrique. Nous notons qu'un quart des femmes a bénéficié d'un entretien psychologique suite à la découverte du déni.

La majorité de ces femmes accouche par voie basse (77%) contre 25% de césarienne.

Les auteurs démontrent que les risques néonataux sont augmentés dans ces situations. Les résultats de cette étude nous montrent que les nouveau-nés ont un plus grand risque de faire un RCIU, ou un décès anté ou post-natal. Par ailleurs la majorité de ces enfants reste avec leur mère (92%). Une donnée fait ressortir que la répétition du déni est présente dans 9% des cas. Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes de dénis étudiés selon les critères sociodémographiques sélectionnés.

Les auteurs déduisent de leur étude « qu'il existe dans le groupe des dénis de grossesse plus d'antécédents d'IVG, plus de césariennes et plus d'abandons que dans la population des femmes ayant accouché au CHU d'Angers à la même période.» Cependant les auteurs ne donnent pas de p value (p.708).

Analyse

Les auteurs ont comptabilisé 2,6 cas de déni pour 1000 naissances sachant que la prévalence des dénis en France est de deux à trois cas pour 1000 naissances, leur chiffre correspond donc aux données de la littérature.

Il est intéressant de voir que les auteurs se sont basés sur 15 SA, terme qui correspond au début du deuxième trimestre donc en accord avec leur définition du déni.

Les auteurs ont remarqué que le nombre de grossesses découvertes tardivement était croissant à partir de 2007. Ils expliquent cela par deux causes, « la création d'une Unité Médico-Psychosociale en Périnatalité au sein de la maternité » avec donc un personnel mieux formé pour dépister les dénis de grossesse. (p. 708) La deuxième cause possible est « l'affaire Courjault en 2006 » qui a mis en lumière ce phénomène. (p.708) Nous trouvons que les auteurs font preuve de transparence et de perspicacité en admettant ces deux raisons possibles. Ces deux facteurs ne sont pas dérangeant pour l'étude. Il est vrai que l'affaire Courjault en 2006 a fait connaître au grand public le déni de grossesse et a probablement sensibilisé les soignants sur ce phénomène.

- Points forts :

Les chercheurs ont construit leur article de façon logique et structurée en suivant le mode IMRAD. Ils ont été vigilants sur le fait de développer une introduction et une méthode détaillée. La retranscription des résultats et la discussion sont claires. Les auteurs ont effectué un résumé précis de l'étude. Leur but est bien déterminé et ils posent des objectifs précis et pertinents.

Dans le déroulement de leur article, les chercheurs se sont documentés sur des études effectuées par d'autres auteurs et légitiment ainsi leur étude. La définition du déni de grossesse est relativement détaillée. Cela nous permet de retrouver des critères d'inclusion précis. Par ailleurs, le diagramme concernant le nombre de dénis est clair et donne une vision précise de l'importance des dénis entre 20 et 38 SA.

Les auteurs spécifient les biais de leur étude à la fin de l'article. Ils reconnaissent que toute étude rétrospective a un biais concernant la retranscription des données dans les dossiers. Ce recueil est très subjectif selon la personne. Il est intéressant de voir que les auteurs spécifient, que les dossiers des femmes qui ont eu des consultations faites par différents soignants, permettaient d'avoir des visions différentes plus riches. Les auteurs affirment que dans certains dossiers l'existence d'un déni est discutable. Dans ces situations ils ont exclu le dossier afin d'éviter tout biais.

Les chercheurs ont effectué des tableaux précis pour retranscrire leurs données obtenues permettant une meilleure compréhension.

Pour terminer, les auteurs comparent leurs résultats avec l'étude de Wessel (2007), qui a sensiblement les mêmes résultats. Nous trouvons que cette démarche est pertinente et que cela apporte un bien-fondé et une réelle validité de cette étude.

- Points faibles/ Limites :

Nous n'avons pas de précision quant aux personnes qui mènent les recherches dans les dossiers. Nous supposons que ce sont les auteurs, des médecins du CHU d'Angers. Les chercheurs ne précisent pas si des données leur manquent pour effectuer leurs analyses. Il aurait été intéressant de les préciser.

Il aurait été pertinent de prendre d'autres critères de comparaison comme l'âge maternel, la situation sociale et professionnelle de ces femmes pour pouvoir les comparer à la population de femmes ayant accouché à Angers durant la même période. De plus, il aurait été intéressant que les auteurs fassent un tableau permettant de voir la comparaison entre le groupe total des dénis et le groupe de femmes ayant accouché à Angers à cette même période.

Concernant l'éthique, les auteurs ne mentionnent pas les précautions de confidentialité des données. Aucun comité d'éthique ne semble être intervenu lors du projet de l'étude. Les notions de respect des participants et de consentement ne sont pas mentionnées.

Conclusion

Cette étude nous semble généralisable dans le sens où elle a été réalisée dans un CHU avec une population représentative. Le fait que le contexte soit français permet d'étendre facilement cette étude au niveau européen.

Les auteurs envisagent d'effectuer une étude prospective qui amènera des résultats plus précis. Les chercheurs aimeraient une limite d'âge gestationnel plus consensuelle pour définir un déni de grossesse, d'une grossesse de découverte tardive.

Les auteurs demandent à ce que le déni de grossesse soit inscrit dans la classification internationale des maladies afin de pouvoir mieux les repérer et d'adapter la prise en charge. Ils proposent l'intitulé « Découverte tardive de grossesse » pour classer les dénis. (p.709)

De plus, ils proposent également, qu'une consultation psychologique systématique soit effectuée auprès de chaque femme lors de la découverte d'un déni. Les auteurs pensent qu'un suivi obstétrical accompagné d'un suivi psychologique permettrait de prévenir les complications maternelles et néonatales et aurait peut-être aussi un impact sur les récurrences de déni de grossesse. C'est une piste de réflexion intéressante, pour répondre à notre question de recherche.

Enfin, la sensibilisation des soignants au déni de grossesse semble être l'une des pistes les plus intéressantes afin que ces femmes vulnérables puissent bénéficier d'une prise en charge adaptée.

V.7 Analyse de l'article 7

Représentations sociales du déni de grossesse chez des professionnels et futurs professionnels de maternité de la métropole lilloise

La date de parution : 2013

Les auteurs : Janati Idrissi, M., Dany, L., & Libert, M

La profession des auteurs : Janati Idrissi, M est médecin dans le secteur de psychiatrie infanto-juvénile à l'établissement public de santé mentale Val-de-Lys-Artois.

Dany, L est enseignant à l'université Aix Marseille et travaille au service d'oncologie médicale à la Timone à Marseille.

Libert, M est gynécologue dans un service de gynécologie obstétrique à l'hôpital St Vincent de Paul.

Journal: *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62(4), 195–202

Type d'étude : étude exploratoire courte, prospective, quantitative.

Lieu d'étude : Métropole Lilloise (France)

Durée de l'étude : Cette étude a duré trois semaines

But

Le but principal est d'« étudier les représentations sociales exprimées vis-à-vis du déni de grossesse chez les professionnels et futurs professionnels de la maternité » (p. 196).

L'objectif secondaire est d'« étudier les liens entre les pratiques professionnelles, les expériences et les représentations sociales du déni de grossesse. Ceci afin d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement proposés par la pédopsychiatrie de liaison en maternité, tant auprès des familles que des équipes soignantes » (p. 196).

Méthode

L'étude est menée dans la métropole lilloise. Les auteurs ont construit un questionnaire puis l'ont envoyé par courrier électronique à différents professionnels et étudiants de la métropole lilloise. La participation à l'étude était libre. La population étudiée regroupe des professionnels ou futurs professionnels de la maternité. Sont inclus, des gynécologues, des internes en gynécologie-obstétrique, des pédiatres, des sages-femmes, des puéricultrices, des psychiatres, des pédopsychiatres, des psychologues, des internes en psychiatrie et des élèves en école de sage-femme ou de puériculture.

Les données ont été extraites sur la base d'un questionnaire. Les auteurs présentent de manière détaillée leur questionnaire. Concernant les représentations, les résultats ont été obtenus grâce à des tâches d'associations libres. Cet article est une étude quantitative car les auteurs ont choisi de traiter leurs données qualitatives sur un mode quantitatif, à l'aide de statistiques.

« Les données issues des associations libres ont fait l'objet d'une analyse à l'aide du logiciel Evoc 2000© qui permet de mettre en évidence, sur la base d'une analyse lexicographique, le contenu d'une représentation. Les termes seront considérés comme plus ou moins saillants en fonction de leur fréquence d'évocation et de leur rang d'apparition. Les termes les plus saillants seront les éléments les « plus structurants » et donc importants de la représentation. Les autres analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel SPSS 19.0.» (p. 197).

Pour cette étude, ils retiennent les 244 questionnaires renvoyés par les professionnels et futurs professionnels sur un total de 945 questionnaires distribués.

Résultats

Les personnes répondant au questionnaire sont principalement des femmes, avec une moyenne d'âge de 30 ans. Seulement la moitié de ces professionnels a reçu une formation sur le déni de grossesse par contre ils sont une majorité à avoir déjà pris en charge l'une de ces femmes.

Les sages-femmes et les puéricultrices sont en première ligne pour rencontrer les femmes faisant un déni de grossesse (p < 0,01).

Les associations libres les plus pertinentes (les auteurs parlent de "rang moyen d'évocation", ce qui semble correspondre en moyenne à quelle place le mot était placé dans la liste des réponses des enquêtés) sont pour le déni : l'incompréhension, l'inconscient, le refus et la souffrance.

Sont pour les « émotions associées au déni de grossesse » : l'inquiétude, la curiosité, la tristesse l'empathie, l'incompréhension, et la compassion.

Les opinions exprimées par la majorité sur la grossesse et le déni de grossesse sont : « Les femmes qui font un déni de grossesse ne sont absolument pas conscientes de leur grossesse. » (p. 198)

Devant la complexité du nombre de résultats, nous avons choisi de les répertorier en trois parties :

★ Tous les professionnels

Pour la majorité des professionnels, le déni de grossesse concerne « n'importe quelle femme quel que soit son milieu social, quel que soit son âge, qu'elle ait déjà eu des enfants ou non, [...] n'importe quelle femme quelle que soit son histoire » (p. 198).

« Les femmes sont, plus fréquemment que les hommes, d'accord avec le fait que l'histoire ne constitue pas un élément du profil (p = 0,05), de même pour l'âge (p < 0,05) et le fait d'avoir eu un enfant précédemment (p < 0,01). » (p. 198).

La majorité se sent « à l'aise » avec les femmes qui ont fait un déni de grossesse. **Les femmes se sentent plus à l'aise que les hommes (p < 0,03)** de même que celle qui n'ont pas d'enfants.

L'avis et l'intervention d'un pédopsychiatre et d'un psychiatre semble important pour la majorité des professionnels. **L'avis et l'intervention d'un psychiatre adulte fait l'objet d'une plus forte adhésion chez les médecins (psychiatres et gynécologues) que chez les autres catégories professionnelles, en particulier les sages-femmes et puéricultrices (avis p = 0,01, intervention p < 0,01).** « **Les répondants qui n'ont pas d'enfants sont plus fréquemment favorables au recours à l'intervention d'un pédopsychiatre (p < 0,04)** » (p. 199).

L'inquiétude ressentie vis-à-vis des bébés issus d'un déni de grossesse est estimée à : 2,75/4 (EÉT = 0,39). Elle ne semble pas liée aux caractéristiques sociodémographiques des professionnels. **L'inquiétude concernant les bébés est corrélée positivement avec le fait de concevoir le déni de grossesse comme une maladie psychiatrique (p < 0,01), comme un trouble psychologique (p < 0,01) et la croyance en l'incapacité d'être mère chez les femmes qui font un déni de grossesse (p < 0,01)** » (p. 199). Concernant les raisons de l'inquiétude, les thèmes présents sont par ordre décroissant : la relation mère-enfant, le devenir de l'enfant, le lien d'attachement, la réaction de la mère au moment de la levée du déni, et la réaction de l'entourage.

L'incapacité d'être mère chez les femmes ayant présenté un déni de grossesse est estimée à : 2,10/4 (E-T = 0,04). Le ratio est plus important chez les hommes que chez les femmes ($p < 0,01$). **« L'incapacité perçue est corrélée avec le fait de concevoir le déni de grossesse comme une maladie psychiatrique ($p < 0,01$) et négativement avec le fait de se sentir « à l'aise » avec ces femmes ($p < 0,01$) »** (p. 199).

★ Les professionnels ayant suivi une formation

« Les personnes ayant suivi une formation, comparativement à ceux qui n'en ont pas suivis, sont plus fréquemment d'accord avec le fait que **l'histoire ne constitue pas un élément du profil ($p < 0,01$), de même pour l'âge ($p < 0,02$)**. » (p. 198)

« Les répondants ayant suivi une formation sont plus fréquemment **favorables au recours à l'avis d'un pédopsychiatre ($p < 0,01$) et à son intervention ($p < 0,01$)** » (p. 199).

La formation ou l'absence de formation sur le déni de grossesse n'apparaît pas significativement lié au fait d'être à l'aise ou non avec ces femmes.

★ Les professionnels ayant une expérience pratique du déni de grossesse

« **Les personnes qui ont rencontré une situation de déni de grossesse dans le cadre de leur activité professionnelle, comparativement à ceux qui n'en ont pas rencontré, sont plus fréquemment d'accord avec le fait que l'histoire ne constitue pas un élément du profil ($p < 0,01$), de même pour le fait d'avoir eu un enfant précédemment ($p < 0,01$)** » (p. 198). Leur expérience leur permet de se sentir plus à l'aise avec ces femmes ($p < 0,04$). « **Les répondants qui ont rencontré une situation de déni de grossesse dans le cadre de leur activité professionnelle sont moins fréquemment favorables au recours à l'avis d'un psychiatre adulte ($p < 0,01$) et à son intervention ($p < 0,02$)** » (p. 199). Les auteurs stipulent qu'« avoir eu précédemment, pour un professionnel, l'expérience clinique d'un déni de grossesse est le seul facteur modulant la tonalité émotionnelle sur laquelle une situation de déni de grossesse va être appréhendée » (p. 200).

Pour les auteurs, le champ représentationnel du déni de grossesse est peu structuré. Du fait du peu de recul des soignants face à ce phénomène, leurs représentations sont encore en construction. Les auteurs sont contre la classification dans le DSM par exemple car pour eux « on peut craindre que ces classifications aboutissent à la rédaction de « guidelines » sur le sujet » (p. 200)

Bien que la majorité des professionnels se dise à l'aise avec ces femmes, les émotions véhiculées sont plutôt « négatives » (tristesse, incompréhension, inquiétude).

La contagiosité du déni de grossesse serait « en lien avec des processus de rationalisation très puissants chez ces femmes, qui figeraient la pensée du soignant » (p. 201).

D'après les auteurs « accorder une place à l'ambivalence amour/haine, tant dans le discours social que dans le discours soignant contribuerait ainsi à mieux prévenir les aléas de la prise en charge du déni de grossesse » (p. 201)

Analyse

Les auteurs sont en accord avec la littérature récente qui stipule qu'il n'y a pas de profil type des femmes victimes d'un déni de grossesse.

Le calcul des données d'associations libres suppose que l'ordre d'évocation a une importance. C'est implicite car les auteurs ne disent pas que l'ordre des réponses reflète la hiérarchie de l'interviewé. Cela est critiquable. Les auteurs produisent des données de nature qualitative et appliquent un traitement de nature quantitative. Néanmoins, dans cette situation ce point est acceptable.

Une des idées intéressantes de cette étude est que les professionnels formés sur le déni de grossesse et/ou ayant eu une expérience pratique du déni ont une vision moins stigmatisante et plus nuancée de ce phénomène et des femmes concernées.

- Points forts :

Les chercheurs ont construit leur article d'après le schéma IMRAD. Le résumé est bien présent et structuré.

Les auteurs mentionnent les limites de leur étude (phase d'exploration trop courte et échantillon peu représentatif). Les résultats sont discutés et mis en lien avec les représentations dans la société par exemple. De plus les chercheurs s'appuient sur la littérature pour énoncer le contexte de cette étude.

C'est l'une des seules études retrouvées qui se focalise sur les représentations des professionnels, ce qui est novateur et pertinent. Par ailleurs, cela nous apporte des éléments de réponses concernant notre questionnement, et des pistes de réflexions.

- Points faibles/ Limites :

Les données sont classées par catégories thématiques. La grande quantité des données complique l'interprétation et la compréhension des résultats.

L'étude est menée dans la métropole lilloise. Par contre les auteurs auraient pu mentionner les lieux de pratique des professionnels ou des futurs professionnels interrogés (hôpitaux publics, cliniques, libéral). Nous n'avons aucune notion sur les dates et la durée du recueil des données, ni le nom des personnes qui ont collecté ces données.

La discussion et la conclusion sont élaborées suivant un versant psychologique c'est pourquoi cette étude est principalement adressée à des professionnels dans ce champ de compétence disciplinaire.

Conclusion

Au vu du caractère quantitatif de l'étude, l'échantillon est trop faible pour songer à pouvoir généraliser les résultats. Cependant nous pouvons retenir la diversité des professions et des points de vue. Devant un échantillon plus important nous aurions pu envisager une «généralisabilité» en Europe, étant donné les caractéristiques sociodémographiques semblables de la population. Si les auteurs avaient traité les résultats de façon qualitative nous aurions pu avoir une meilleure compréhension du phénomène.

Les émotions suscitées chez les soignants par le déni de grossesse pourraient interférer en positif comme en négatif sur la prise en charge des femmes et des couples. C'est pourquoi les auteurs proposent de réfléchir sur ces émotions au travers « de réunions d'analyse de la pratique» (p. 201) afin d'assurer une prise en charge optimale.

V.8 Analyse de l'article 8

Maternal physical morbidity associated with denial of pregnancy

La date de parution : 2015

Les auteurs : Schultz, M & Bushati, T

La profession des auteurs : médecins au département d'obstétrique et de gynécologie de Hornsby Ku-ring-gai Hospital, à Hornsby, en New South Wales, en Australie.

Journal: *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 55, 559–564

Type d'étude : transversale rétrospective

Lieu d'étude : Australie et Nouvelle-Zélande

Durée de l'étude : 2007 à 2013

But

Évaluer la morbidité maternelle et fœtale associée au déni de grossesse diagnostiqué durant le per-partum [traduction libre] (p. 559).

Méthode

L'étude se déroule de 2007 à 2013 dans un hôpital australien de «level 4» (p. 560) (niveau quatre sur six de la gestion des urgences, en fonction du Role Delineation of Health Services cité par le Australian Bureau of Statistics). Les périodes de recrutement ne sont pas décrites, ni le suivi, ni le recueil de données. Deux chercheurs indépendants ont interrogé une base de données électronique d'un hôpital de niveau 4 pour rechercher des femmes n'ayant pas eu de soins prénataux. Les auteurs font la différence entre le déni et la dissimulation de grossesse qui pourrait être le principal facteur de confusion. Le contexte n'est pas décrit précisément. La population recrutée était de 16 femmes sans soins prénataux [traduction libre] (p. 560). Au final, six ont été incluses dans l'étude pour diagnostic de déni de grossesse, dont une qui a eu deux dénis de grossesse durant la période d'étude [traduction libre] (p.560)

Le test statistique utilisé est Fisher.

Résultats

Nous ne relevons pas de profil type des femmes ayant fait un déni de grossesse. L'âge s'étend de 23 à 43 ans et elles ne seraient pas nulligestes. D'après l'étude elles seraient nullipares ou primipare. La majorité de ces femmes ont eu des saignements cycliques durant le déni de grossesse qui pourraient correspondre à une insuffisance lutéale du corps jaune. Elles sont toutes employées. Le BMI de ces femmes est étudié, mais aucune caractéristique ne se dégage. Enfin la moitié de ces femmes vivent en couple. Les auteurs ne notent pas la présence de maladie mentale chez ces femmes.

D'après ces résultats **la morbidité maternelle est significativement plus élevée en cas de déni de grossesse ($p < 0,05$)**. En particulier, les auteurs spécifient **l'augmentation d'éclampsie en lien avec le déni de grossesse ($p < 0,01$)** [traduction libre] (p. 561). D'autre part, **l'admission en soins intensifs adulte est significativement plus importante ($p < 0,01$)** [traduction libre] (p. 561). Il y aurait une augmentation de la morbidité fœtale (prématurité, retard de croissance intra-utérin, faible poids de naissance et admission en néonatalogie), sans valeur p mentionnée. Les chercheurs nomment 3 femmes qui auraient eu des complications du travail.

Analyse

Les auteurs ont calculé la prévalence du déni de grossesse s'élevant à 1/1420. Cette donnée nous semble légèrement sous-estimée comparée à la littérature. Nous pouvons nous demander si tous les dénis ont été recensés. Cette étude relève une hétérogénéité du profil des femmes faisant un déni de grossesse.

Le résultat met en lumière la morbidité néonatale, c'est un fait nouveau qui éclaire les difficultés de la naissance liées au déni de grossesse pour la mère et le nouveau-né. Habituellement les auteurs se basent moins sur les complications et les conséquences fœto-maternelles.

Nous trouvons que les chercheurs auraient pu exploiter davantage la prévention du risque de récurrence du déni de grossesse. Cependant, nous sommes conscientes du faible échantillon de cette étude. Il est donc difficile d'obtenir des données exploitables.

- Points forts :

Les auteurs ont respecté la trame de construction IMRAD pour cet article. Le résumé est clair et précis. Les chercheurs ont posé un objectif limpide. De plus, le contexte et la justification de la réalisation de l'étude s'appuient sur un cas clinique ce qui renforce la légitimité de cette recherche. Les auteurs ont signé une clause de respect de l'éthique.

Un des points forts de l'étude est le fait que deux chercheurs indépendants ont récolté les informations dans la base de données, ce qui évite un biais éventuel.

Les auteurs font preuve d'honnêteté intellectuelle en mentionnant le manque d'articles dans la littérature concernant les facteurs prédictifs et les facteurs d'influences. Par ailleurs, ils ont conscience que d'autres morbidités maternelles, tels que le diabète et l'hyperthyroïdisme, ne peuvent être diagnostiqués qu'une fois le déni de grossesse réalisé. Effectivement, il n'y a pas de test diagnostique durant le post-partum.

- Points faibles/ Limites :

Un biais général possible pour cet article pourrait être l'utilisation de la base de données puisqu'il s'agit d'une étude rétrospective.

Les auteurs ne décrivent pas la présence d'éventuelles informations mal rédigées, mal écrites ou incompréhensibles et ce qu'ils en font. Lorsque les chercheurs mentionnent la morbidité maternelle, nous trouvons que ce terme laisse sous-entendre de nombreuses complications non expliquées dans l'étude. Les auteurs n'ont pas fait de diagramme de flux de participants ce qui aurait pu simplifier la compréhension des données.

Nous notons qu'il aurait été intéressant d'étudier la consommation d'alcool, de tabac, de stupéfiants, ainsi que la dernière consultation médicale afin d'établir un lien entre les habitudes de vie durant le déni de grossesse et la morbidité maternelle et fœtale.

Conclusion

Le fait que cette étude soit récente est un atout. La généralisation de cette étude est mitigée d'abord du fait de la faible population étudiée et ensuite du fait que l'étude ne se soit déroulée

que dans un seul hôpital. Néanmoins la population Australienne de la banlieue de Sydney a sensiblement les mêmes caractéristiques que celles de l'Europe.

Les auteurs spécifient l'intérêt de multiplier les études sur ce sujet afin d'apporter une plus grande connaissance du déni de grossesse. Par ailleurs, les chercheurs proposent que les professionnels de santé renforcent leur prise en charge des femmes, faisant un déni de grossesse, sur le dépistage des risques de morbidité associés. En résumé, l'absence de soins prénataux induit plus de morbidité maternelle et fœtale.

V.9 Tableau récapitulatif des principaux résultats de la revue de littérature

Études	Résultats primaires	Résultats secondaires
<p><u>Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin.</u> Wessel, J., Endrikat, J., & Buscher, U. (2002) Allemagne <i>Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica</i>, 81, 1021-1027</p>	<p>Il n'y a pas de profil type se dégageant de cette étude. L'âge s'étend de 19 à 41 ans (avec une médiane à 27 ans [15.44]), et serait majoritairement en couple. Les auteurs stipulent que 36 femmes ont précédemment accouché et que 21 femmes n'ont jamais été enceintes.</p> <p>Les femmes immigrées font moins de déni que les femmes de nationalité allemande (p <0.01). De plus, il y a plus de femmes immigrées qui dissimulent leur grossesse (p<0.01).</p> <p>La prévalence du déni de grossesse calculée au cours de la recherche est d'environ 2/1000 naissances, ce qui correspond aux données de la littérature.</p>	<p>La majorité des dénis de grossesse ont été diagnostiqués en prénatal et révèle une répartition en faveur du déni partiel.</p> <p>La majorité de ces femmes ont accouché par voie basse.</p> <p>Concernant le versant des nouveau-nés, l'étude montre que le déni de grossesse touche aussi les grossesses gémeillaires mais la majorité concerne des grossesses uniques.</p> <p>Il y aurait un nombre important de morbidité néonatale (RCIU, hospitalisation en néonatalogie, prématurité et mort-né).</p> <p>La plupart des bébés restent avec leurs parents.</p> <p>Les chercheurs notent que les situations de déni de grossesse ne sont apparues que dans les hôpitaux obstétricaux (pas de cas de déni dans les autres institutions),</p>

la prévalence varie selon les hôpitaux de 1/165 à 1/1796.

D'après les deux études, il n'y a pas de profil type pour les femmes atteintes d'un déni de grossesse. De plus, l'inexpérience sexuelle et sociale n'influence pas sur le déni de grossesse. Ces études ne révèlent pas de facteurs de risque

Les auteurs soumettent l'idée de réaliser plus fréquemment des tests de grossesse pour les femmes en phase fertile.

telles les maladies psychiatriques, la consommation de substances illicites ou l'adolescence pour la survenue du déni de grossesse. Cependant certains facteurs peuvent influencer l'apparition du déni comme le stress, les problèmes personnels et la séparation du conjoint.

La situation maritale ne semble pas influencer sur le déni.

Le classement des dénis permettrait d'envisager une prise en soins systématique. Cependant, les auteurs proposent de faire des sous-catégories afin de créer une partie spécifique au déni de grossesse et non de l'inclure avec d'autres troubles de la fonction de la reproduction.

Les résultats des deux études montrent un maintien des menstruations dans une grande majorité des femmes présentant un déni.

Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: A proposal for international classification systems.

(2005)

Beier, K. M., Wille, R., & Wessel, J.

Journal of psychosomatic research,
61(5), 723-730

<p><u>The incidence and outcome of concealed pregnancies among hospital deliveries:</u></p>	<p>- Les auteurs ont démontré qu'il y avait une prévalence significativement plus importante du déni de grossesse en hiver. [traduction libre] (p. 119)</p>	<p>- Les auteurs ne remarquent pas de profil type particulier des femmes touchées par un déni de grossesse.</p>
<p><u>An 11-year population-based study in South Glamorgan.</u></p>	<p>- Les auteurs démontrent que ces accouchements sont plus à risques, notamment pour la prématurité.</p>	<p>- On ne note pas de différence entre l'échantillon et la base de données concernant le taux d'hémorragie du post-partum.</p>
<p>D. Nirmal, I. Thijs, J. Bethel & P.S. Bhal (2006) <i>Journal of Obstetrics and Gynaecology</i>, 26(2), 118-121</p>	<p>- On note une augmentation significative des naissances prématurées. L'augmentation des admissions en néonatalogie et le faible poids de naissance pour 11 % des nouveau-nés, ne sont pas significatifs.</p>	<p>- Le mode d'accouchement ne varie pas de façon significative en fonction de la connaissance de la grossesse.</p>
<p><u>Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy.</u> Hatters Friedman, S., Heneghan, H., & Rosenthal, M. (2007) Etats-Unis <i>Psychosomatics</i> 48(2), 117-122</p>	<p>- D'après les résultats de l'étude, les femmes dissimulant leur grossesse seraient significativement au courant plus tôt de leur état gravide que les femmes présentant un déni de grossesse (p <0.04) [traduction libre] (p. 118). - D'après les données significatives de l'étude, dans le cas des dénis, il y a plus de femmes employées que dans les cas de dissimulation de</p>	<p>Il semblerait que les antécédents d'abus n'influencent pas sur la survenue d'un déni ou d'une dissimulation. [traduction libre] (Hatters Friedman et al., 2007, p. 118). Les femmes qui font un déni ou une dissimulation de grossesse sont : Agées de plus de 18 ans, multigestes, étudiantes ou employées, diplômées</p>

<p>grossesse où elles sont étudiantes ou sans emploi (p <0.05) [traduction libre] (Hatters Friedman et al., 2007, p. 118).</p>	<p>du lycée (pour les dénis). Elles ont un soutien social.</p> <p>L'éducation de la population générale est aussi importante et passe à travers le travail d'autres professionnels (éducation...).</p> <p>Les auteurs proposent de considérer le déni et la dissimulation de grossesse comme un signe d'alerte qui devrait déclencher des soins psychiatriques une évaluation du rôle parental et une aide sociale. [traduction libre] (p. 118).</p> <p>Il est important de travailler avec d'autres professionnels de la santé pour la prévention de ce phénomène. [traduction libre] (p. 118).</p>
<p>consultation psychiatrique, en post-partum immédiat, est significative lors de déni et de dissimulation (p <0.05). [traduction libre] (p. 118).</p> <p>Les variables significativement associées à l'absence de soins prénataux causés par un déni de grossesse sont la présence de grossesses antérieures et la durée de la conscience de la grossesse supérieure à un mois avant l'accouchement.</p>	<p>es auteurs démontrent que la demande d'une consultation psychiatrique, en post-partum immédiat, est significative lors de déni et de dissimulation (p <0.05). [traduction libre] (p. 118).</p> <p>Les variables significativement associées à l'absence de soins prénataux causés par un déni de grossesse sont la présence de grossesses antérieures et la durée de la conscience de la grossesse supérieure à un mois avant l'accouchement.</p>
<p><u>Denial of pregnancy - characteristics of women at risk</u></p> <p>Wessel, J., Gauruder-Burmester, A., & Gerlinger, C. (2007) Allemagne</p>	<p>- Cette étude ne donne pas de caractéristiques spécifiques aux femmes faisant un déni, hétérogénéité de la population. Les auteurs spécifient juste des facteurs de risque.</p> <p>- Une plus grande probabilité de faire un déni pour les femmes <20ans et celles âgées de plus de 40 ans avec un p<0.001.</p> <p>Le déni lié à une maladie psychotique est très faible.</p> <p>- La voie d'accouchement est dans la majorité des cas de déni un AVB.</p> <p>- La majorité des nouveau-nés issus de déni dans cette étude sont nés à terme.</p> <p>Cette étude ne montre pas les risques néonataux liés au déni de grossesse.</p>

Les femmes isolées ou en relation instable sont plus susceptibles de faire un déni avec $p < 0.01$.

- La différence de nationalité est significative ($p < 0.01$) **Il y a moins de femmes de nationalité étrangère qui font un déni.**

- **Une situation professionnelle et sociale faible** avec $p < 0.01$.

- Les auteurs donnent la prévalence des dénis obtenus dans leur étude : 2.3/ 1000 naissances entre 20-38 SA.
- Ces résultats montrent bien l'hétérogénéité de cette population et l'absence de caractéristiques spécifiques des femmes ayant fait un déni.

- **Les auteurs décrivent que dans les cas de dénis de grossesse, il y a plus d'antécédents d'IVG, plus de césariennes et plus d'abandons.**

- Les auteurs précisent que les risques néonataux sont augmentés pour les grossesses déniées avec 8% de mortalité, plus de RCIU et d'abandons.

- Le profil épidémiologique des femmes selon l'étude : âge moyen est de 26 ans, la situation maritale est stable, majorité de multipares, le déni de grossesse touche toutes les femmes et pas que celles ayant une pathologie psychiatrique.

- Les auteurs demandent que le déni de grossesse soit inscrit dans la CIM afin de pouvoir mieux les repérer et pour pouvoir adapter la prise en charge. Ils proposent l'intitulé « Découverte tardive de grossesse » pour classer les dénis de grossesse.

- Les auteurs proposent une consultation psychologique systématique. Ils pensent qu'un suivi obstétrical accompagné d'un suivi

Le déni de grossesse : étude réalisée sur

75 dossiers de découverte

tardive de grossesse

Chauvet, S., Juan-Chocard, A.-

S., Vasseur, S., Hamel, J.-F., Duverger, P.,

Descamps, P., & Fanello, S.

(2013)

France

Annales Médico-Psychologiques, 171,

705-709



<p>- Répétition du déni : 9%. Résultats intéressants car peu d'études s'intéressent aux récurrences du déni de grossesse.</p>	<p>psychologique aura un impact en terme de prévention des récurrences.</p>
<p>La majorité des professionnels pensent que « les femmes qui font un déni de grossesse ne sont absolument pas conscientes de leur grossesse.» (Janati Idrissi et al., 2013, p. 198). Bien que la majorité des professionnels se dise à l'aise avec ces femmes, les émotions véhiculées sont plutôt « négative ». Les associations libres au déni de grossesse, les plus pertinentes sont : l'incompréhension, l'inconscient, le refus, la souffrance. Sur la majorité des professionnels, il n'y a pas de profil type des femmes touchées par le déni de grossesse. L'avis et l'intervention d'un pédopsychiatre et d'un psychiatre semble important pour la majorité des professionnels.</p>	<p>Les sages-femmes et les puéricultrices sont en première ligne pour rencontrer les femmes faisant un déni de grossesse ($p < 0,01$). L'inquiétude ressentie vis-à-vis des bébés concerne la relation mère-enfant, le devenir de l'enfant, le lien d'attachement, la réaction de la mère au moment de la levée du déni, et la réaction de l'entourage. L'incapacité d'être mère chez les femmes est associée avec le fait de se représenter le déni de grossesse comme une maladie psychiatrique. L'avis et l'intervention d'un psychiatre adulte fait l'objet d'une plus forte adhésion chez les médecins (psychiatres et gynécologues) que chez les autres catégories professionnelles. « Les répondeurs qui ont rencontré une situation de déni de grossesse dans le cadre de leur activité professionnelle sont moins fréquemment favorables au recours à l'avis d'un psychiatre</p>
<p><u>Représentations sociales du déni de grossesse chez des professionnels et futurs professionnels de maternité de la métropole lilloise</u> Janati Idrissi, M., Dany, L., & Libert M. (2013) France <i>Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence</i>, 62(4), 195–202</p>	<p>Le fait d'avoir été formé ou non sur le déni de grossesse n'apparaît pas significativement lié au fait d'être à l'aise ou non avec ces femmes.</p>

<p>Par contre, cela apporte des connaissances plus précises sur les femmes atteintes d'un déni de grossesse et encourage la collaboration entre les professionnels.</p> <p>Les personnes ayant une expérience pratique du déni de grossesse connaissent l'absence de profil des femmes touchées. Leur expérience leur permet de se sentir plus à l'aise avec ces femmes (p < 0.04).</p>	<p>adulte (p < 0,01) et à son intervention (p < 0,02) » (Janati Idrissi et al., 2013, p. 199).</p> <p>D'après les auteurs « accorder une place à l'ambivalence amour/haine, tant dans le discours social que dans le discours soignant contribuerait ainsi à mieux prévenir les aléas de la prise en charge du déni de grossesse » (Janati Idrissi et al., 2013, p. 201).</p> <p>Pour les auteurs, le champ représentationnel du déni de grossesse est peu structuré.</p> <p>Les auteurs sont contre la classification dans le DSM.</p>
<p><u>Maternal physical morbidity associated with denial of pregnancy</u></p> <p>Schultz, M and Bushati, T (2015)</p> <p>Australie et Nouvelle-Zélande</p> <p><i>Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology</i>, 55, 559–564</p>	<p>Pas de profil type des femmes faisant un déni de grossesse.</p> <p>- La morbidité maternelle est significativement plus élevée chez ces femmes.</p> <p>- L'éclampsie est significativement plus importante chez ces femmes.</p> <p>- Une augmentation significative de la morbidité néonatale.</p> <p>Il y a eu des saignements cycliques durant tout le déni de grossesse.</p> <p>Il n'y a pas de maladies mentales chez ces femmes.</p> <p>La prévalence du déni de grossesse 1.4/1000.</p> <p>Il y a eu la récurrence d'une femme durant la période d'étude.</p>

VI. Discussion

Au travers de la lecture et de l'analyse des différents articles sélectionnés, différents résultats ont été mis en évidence. Pour commencer, ces articles nous ont permis de recueillir une définition du déni de grossesse. Ensuite, nous avons pu comparer les différentes incidences trouvées. Nous avons, également, pu mettre en lumière le profil hétérogène des femmes faisant un déni de grossesse. De plus, cette revue de littérature nous a démontré la morbidité foeto-maternelle en lien avec le déni de grossesse. Nous avons, aussi, obtenu des résultats concernant les représentations des professionnels. Enfin, ce travail nous a montré la réflexion sur le classement du déni de grossesse.

Pour initier cette partie dédiée à la discussion, nous débuterons par une synthèse des différents résultats de notre revue de littérature. Ensuite, nous développerons les ouvertures des auteurs. Puis, nous aborderons le fond de la discussion en nous référant à nos concepts, tout en détaillant les perspectives professionnelles sage-femme en lien avec le référentiel de compétences. Et enfin, nous terminerons notre travail en ciblant les forces et les faiblesses de notre démarche.

VI.1 Synthèse des résultats

VI.1.1 La définition du déni de grossesse

D'une façon générale, les différents auteurs énoncent l'absence de soins prénataux comme une conséquence manifeste du déni de grossesse. Il s'agit, comme le disent Janati Idrissi, Dany et Libert, « de la non-conscience de l'état de grossesse à un moment où l'enfant devrait être représenté dans le psychisme maternel » (2013, p. 196). Cette notion d'absence de conscience de la grossesse apparaît dans la plupart des articles. Pour Wessel, Gauruder-Burmester et Gerlinger (2007) « Denial of pregnancy is a woman's subjective lack of awareness of being pregnant. » (p.542). Chaulet, Juan-Chocard, Vasseur, Hamel, Duverger, Descamps, et Fanello (2013) précisent que le déni de grossesse est la « non-reconnaissance de la grossesse par la femme enceinte au-delà du premier trimestre de grossesse » (p. 706). Nous nous rendons bien compte que la notion de temps est très importante dans la définition du déni. Cependant, il n'existe pas de limite consensuelle en âge gestationnel pour la découverte de l'état gravide. En effet, la date limite physiologique de découverte d'une grossesse se situe entre 14 SA et 20 SA dans notre revue de littérature. Beaucoup d'auteurs parlent de la découverte du déni au moment de la mise en travail. Pour Nirmal, Thijs, Bethel et Bhal (2006), le déni est défini par le fait que les femmes ne

se savent pas enceintes jusqu'à l'admission en travail [traduction libre] (p. 118). Certains auteurs font la distinction entre le déni partiel et le déni total. Ce sont Chaulet et al. (2013) qui en décrivent les proportions. Dans leur étude, il y a plus de dénis partiels que de dénis totaux.

Concernant la différence faite entre la dissimulation et le déni de grossesse, les études ne sont pas identiques. Par exemple, Nirmal et al. (2006) ne distinguent pas ces deux entités, elles sont regroupées sous le terme « concealed pregnancy ». A contrario, pour Hatters Friedman, Heneghan, et Rosenthal (2007), les données du déni de grossesse sont comparées à celle de la dissimulation. Alors que pour les études, auxquelles participent Wessel, Endrikat, et Buscher (2002), et celle de Schultz et Bushati (2015), les femmes ayant dissimulé leur grossesse sont exclues de l'échantillon. De plus, Hatters Friedman et al. (2007) ont séparé les cas de déni selon la classification psychiatrique de Laura Miller ; ce sont les seuls auteurs à s'être basés sur cette classification.

VI.1.2 Les incidences retrouvées

Au travers de la lecture et de l'analyse des différents articles, nous avons pu établir une évaluation de l'incidence du déni de grossesse. Selon les auteurs et selon les études, ces chiffres varient. D'après Wessel et al. (2002), la prévalence du déni de grossesse est de deux pour 1000 naissances. Chaulet et al. (2013) sont en accord avec ces données (2,6/1000). Il en est de même pour l'étude de Hatters Friedman et al. (2007), qui obtient, également, une incidence de deux pour 1000 naissances. Ces chiffres correspondent aux incidences suisse et française trouvées dans le cadre de référence.

Cependant, nous pouvons noter que deux études relèvent une incidence plus faible, avoisinant les 0,5 pour 1000 naissances. C'est le cas de Schultz et Bushati (2015), ainsi que de Nirmal et al. (2006). Concernant ces incidences, nous pouvons envisager que cela est dû aux différences entre les études, notamment au niveau de l'échantillon étudié.

Notons que, Nirmal et al. (2006) ont observé une prévalence plus importante du déni de grossesse durant les périodes hivernales. La définition du déni n'étant pas séparée de celle de la dissimulation, ils justifient cette observation par une facilité à cacher la grossesse avec des vêtements d'hiver.

Enfin Chaulet et al. (2013) mentionnent un nombre croissant de dénis de grossesse depuis 2007. Ils expliquent cette augmentation par deux facteurs : la création d'une unité médico-psychosociale en Périnatalité au sein du CHU et le fait divers intitulé « l'affaire Courjault » (2006). Ainsi, ces deux éléments auraient permis une démocratisation du déni, une meilleure connaissance des soignants et par conséquent un meilleur diagnostic au sein de cet hôpital.

D'un point de vue général, le déni de grossesse est considéré comme un phénomène rare. Or, cette revue de littérature nous montre, par ces fréquences d'apparition, que cela n'est pas si exceptionnel que l'on pourrait le supposer. Wessel et al. (2002) précisent que le déni de grossesse se produit plus souvent que la rupture utérine et que la survenue de triplés.

VI.1.3 Le profil étudié

Aucun des auteurs n'est parvenu à définir un profil type et des caractéristiques spécifiques des femmes faisant un déni. Dans notre revue de littérature, l'âge s'étend de 15 à 43 ans et la moyenne la plus fréquente est de 26 ans. Seuls Wessel, et al. (2007) démontrent simplement des facteurs de risque qui pourraient engendrer ce phénomène. Ils distinguent que les femmes âgées de moins de 20 ans et de plus de 40 ans ont plus de risque de faire un déni.

Les auteurs sont plutôt d'accord pour affirmer que le déni de grossesse touche plus souvent les multipares. Cependant, Hatters Friedman, et al. (2007) ainsi que Schultz et Bushati (2015) distinguent que ce sont les multigestes les plus touchées. Il nous paraît difficile de connaître ce qu'englobe précisément le terme « multigeste » pour ces auteurs. Étant donné les résultats majoritaires en faveur de la multiparité, nous avons décidé de l'inclure avec ces données, et de parler de multiparité comme facteur prédisposant pour un déni de grossesse.

Chalet et al. (2013) affirment que la population faisant un déni, a significativement plus d'antécédents d'IVG. Face à ce constat, et aux propos de Marinopoulos (2011) sur le sujet, voici la question que l'on se pose : Ces grossesses interrompues pourraient-elles être des dénis découverts très tôt ou des grossesses non désirées ? Nous n'avons pas de réponse à cette interrogation. Les mêmes auteurs ont relevé 9% de récurrences de déni.

Dans la plupart des articles, la nationalité n'est pas mentionnée, seuls Wessel et al. (2002) ont avancé la théorie que les femmes d'origine allemande faisaient plus de dénis, mais ce résultat est lié à la population étudiée. Cette caractéristique démographique n'est, selon nous, pas généralisable.

Tous les auteurs s'accordent pour dire que les consommations de toxiques et autres substances ne sont pas des facteurs de risques pour les dénis de grossesse. De plus, les auteurs cités n'ont pas trouvé de corrélation avec les antécédents de maladies psychiatriques ; ils en déduisent donc que toutes les femmes sont susceptibles d'être touchées par le déni.

La majorité des articles cite que les femmes faisant un déni sont souvent en couple, seuls Wessel et al. (2002) affirment que les femmes vivent le plus souvent seules. Néanmoins, pour Hatters et al. (2007), les femmes souffrant de déni ont un soutien social lié à la famille ou à d'autres

ressources. A cela s'ajoute, le constat de Wessel et al. (2007) qui précisent que ces femmes reçoivent le plus souvent de l'aide sociale.

Beaucoup d'auteurs ont trouvé que les femmes avaient un emploi mais qu'elles n'avaient pas fait de hautes études. A contrario, Chaulet et al. (2007) ainsi que Nirmal et al. (2006), s'accordent pour dire que la plupart des femmes faisant un déni, sont sans emploi ou étudiantes.

Dans leur article, Beier, Wille, & Wessel (2005) stipulent que d'autres facteurs, tels que le stress, les problèmes personnels ou la séparation d'avec leur conjoint, peuvent influencer l'apparition d'un déni. Ces facteurs ne sont pas repris par les autres auteurs. Cependant il semble intéressant de les signaler.

Nous nous étions questionnées sur l'existence de caractéristiques sociodémographiques des femmes faisant un déni. Concernant les articles retenus, tous les auteurs sont d'accord pour dire qu'il n'existe pas de profil type de femme faisant un déni. Certains auteurs comme Wessel et al. (2007) indiquent simplement qu'ils ont découvert des facteurs de risques pouvant entraîner un déni de grossesse mais, que ces facteurs ne peuvent, en aucun cas, être considérés comme des caractéristiques spécifiques. De même, pour la majorité des professionnels de santé, il n'existe pas de profil type des femmes atteintes du déni de grossesse (Janati Idrissi et al., 2013).

VI.1.4 La morbidité maternelle

Schultz et Bushati (2015) mettent en lumière l'association de la morbidité maternelle avec le déni de grossesse. Effectivement, ils notent une corrélation entre la survenue de complications maternelles et le déni. Ces mêmes auteurs montrent dans leur étude, que ces femmes sont, de façon significative, plus sujettes à l'éclampsie. Par ailleurs, ils stipulent «the rate of ICU admissions was also significantly raised» (Schultz et Bushati, 2015, p. 561). Cela démontre, à nouveau, la morbidité que ces femmes encourent au cours de l'accouchement et durant la période de post-partum.

Notre revue de littérature démontre que la majorité des femmes ayant un déni de grossesse accouche par voie basse. Effectivement, Beier et al. (2005) notent que dans leur étude, que la majeure partie des femmes a accouché par voie basse. Il en est de même pour les études de Wessel et al (2002 et 2007) et de Chaulet et al. (2013).

L'une des études a démontré que les risques de césarienne étaient plus significatifs dans la population de femmes faisant un déni que dans la population générale. (Chaulet et al. 2013). Cette donnée contribue à l'augmentation de la morbidité maternelle ; étant donné que les complications liées à la césarienne ont pu être démontrées dans la littérature.

Par ailleurs, Chaulet et al. (2013) ainsi que Beier et al. (2005) mentionnent dans leurs études, que les grossesses gémellaires peuvent également faire l'objet d'un déni de grossesse. En connaissance des complications maternelles qu'implique une grossesse gémellaire, nous pouvons en déduire que cela augmente la morbidité maternelle en cas de déni de grossesse gémellaire.

Nirmal et al. (2006) ne notent pas de différence concernant les hémorragies du post-partum. Il n'y en aurait donc pas davantage dans les cas de déni de grossesse.

Enfin Schultz et Bushati (2015) mettent en lumière que les femmes n'ayant pas reçu de soins prénataux, ont souvent des pathologies non diagnostiquées (par exemple un diabète gestationnel, un placenta praevia etc ...). De plus, ces auteurs relèvent la difficulté de réaliser le diagnostic lors de la levée du déni en post-partum.

VI.1.5 La morbidité néonatale

De nombreux articles relèvent une augmentation de la morbidité fœtale et néonatale. Au sujet de la prématurité, Nirmal et al. (2006) observent une augmentation significative des naissances prématurées en cas de déni de grossesse. Beier et al. (2005) ainsi que Schultz et Bushati (2005), remarquent eux aussi cette variation dans leurs études, mais elle n'est pas significative. Trois études révèlent qu'il y aurait un plus grand risque, non significatif, de retard de croissance intra utérin [RCIU] pour les bébés nés d'un déni de grossesse. Chaulet et al. (2013) démontrent que les nouveau-nés de grossesses déniées ont un plus grand risque que les autres, de décéder en anté ou post-natal. De surcroît, d'après Wessel, et al. (2002), le transfert en néonatalogie du nouveau-né est significativement plus élevé lors d'un déni de grossesse. Ce risque est repris par deux autres articles, sans résultat significatif. Les auteurs, Chaulet et al. déduisent, de leur étude, « qu'il existe dans le groupe des dénis de grossesse [...] plus d'abandons que dans la population des femmes ayant accouchés au CHU d'Angers à la même période » (2013, p. 708).

A l'exception de l'étude se basant sur des dossiers médico-légaux, aucun cas de néonaticide n'a été relevé dans les études.

VI.1.6 Les représentations professionnelles

D'après l'étude de Janati Idrissi et al. (2013), seule étude ayant un focus sur les soignants, les constructions mentales concernant le déni de grossesse au sein de la population des soignants sont peu structurées. Par ailleurs, toujours d'après ces auteurs, les émotions des soignants interféreraient de façon positive ou négative dans la prise en charge de ces femmes. Bien que la majorité des professionnels se dit à l'aise avec ces femmes, les émotions véhiculées sont plutôt «

négligentes » (tristesse, incompréhension, inquiétude). Ils ajoutent qu'il n'y aurait que l'expérience qui pourrait moduler ces émotions. Selon Janati Idrissi et al., les professionnels reconnaissent que « l'inconscient existe » et que « le mental influence la grossesse » (2013, p. 198). Le déni de grossesse est donc connu des soignants et différencié de la dissimulation. « Les femmes qui font un déni de grossesse ne sont absolument pas conscientes de leur grossesse » (Janati Idrissi et al., p. 198). L'avis et l'intervention d'un pédopsychiatre et d'un psychiatre semblent importants pour la majorité des professionnels. En tant que soignant, le fait de ne pas avoir d'enfants permet d'être, de façon significative, « plus fréquemment favorables au recours à l'intervention d'un pédopsychiatre » (p. 199).

Lors d'une prise en charge d'un déni de grossesse, les professionnels sont inquiets d'une part, pour l'enfant et d'autre part, quant à la capacité de la femme à être mère. Ce dernier point concerne notamment, la relation mère-enfant, le devenir de l'enfant, le lien d'attachement, la réaction de la mère au moment de la levée du déni et la réaction de l'entourage. Il est prouvé que cette inquiétude est « corrélée positivement avec le fait de concevoir le déni de grossesse comme une maladie psychiatrique, comme un trouble psychologique et la croyance en l'incapacité d'être mère chez les femmes qui font un déni de grossesse » (Janati Idrissi et al., p. 199). D'après Janati Idrissi et al., se sentir à l'aise avec ces femmes permet, significativement, d'être moins inquiet quant à leur capacité à être mère.

D'après les résultats, les femmes seraient, de façon significative, plus à l'aise et auraient davantage de connaissances sur le déni de grossesse que les hommes. Il nous paraît difficile de tirer des conclusions sans être misandres.

Les professionnels ayant suivi une formation sur le déni de grossesse sont, significativement, plus au clair sur l'absence de profil type des femmes touchées. Néanmoins, le fait d'avoir été formé ou non sur le déni de grossesse n'apparaît pas, significativement, lié au fait d'être à l'aise ou non avec ces femmes.

Les soignants, ayant eu une expérience pratique du déni de grossesse, se sentent significativement plus à l'aise avec les femmes et sont moins favorables à l'intervention d'un psychiatre.

VI.1.7 La classification dans le Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders [DSM]/International Classification of Diseases [ICD]

Comme nous l'avons précédemment évoqué dans l'historique du cadre de référence théorique, les auteurs ont toujours cherché à comprendre et à définir le déni de grossesse. Depuis plusieurs décennies, ils ont tenté de classer ce phénomène parmi d'autres maladies psychiatriques ou

d'autres maladies somatiques. Laura Miller dans les années 90, demande que les dénis de grossesse soient placés dans le DSM IV, recueil de maladie psychiatrique, ce qui lui a été refusé. Au cours de notre revue de littérature, nous nous sommes aperçues que la volonté de classement du déni de grossesse était toujours d'actualité.

Chaulet et al. (2013), suggèrent que le déni de grossesse soit inscrit dans la classification internationale des maladies [CIM], afin de mieux pouvoir les repérer et d'adapter la prise en charge.

Pour Beier et al. (2005), le classement des dénis dans le DSM ou ICD permettrait d'envisager une prise en soins systématique. Cependant, le classement dans le DSM V pourrait stigmatiser le déni de grossesse comme une maladie psychiatrique. On pourrait craindre une dérive des prises en soins de ces femmes et de leurs nouveau-nés. Janati Idrissi et al. (2013) mentionnent qu'ils sont contre la classification du déni de grossesse. En effet, « on peut craindre que ces classifications aboutissent à la rédaction de « guidelines » sur le sujet, et cette dérive semble à craindre puisqu'il s'agit, en particulier pour le déni de grossesse, de se laisser interroger par la clinique » (p. 200). Les avis sont donc disparates, la classification du déni de grossesse reste un débat au sein de la communauté scientifique.

VI.2 Les ouvertures des auteurs

A la suite de leurs études, les auteurs ont proposé des ouvertures et ont essayé de rechercher des solutions et des pistes de réflexion pour améliorer la prise en charge des femmes faisant un déni de grossesse.

Tout d'abord, concernant la définition du déni de grossesse, Chaulet et al (2013) soulèvent la difficulté de différencier les dénis, de la grossesse tardive, puisque la limite d'âge gestationnel n'est pas définie. Ce dernier point empêche de nombreux diagnostics. Par ailleurs, cette délimitation permettrait de comparer les études entre elles d'une façon plus pertinente, en se basant sur une même limite. Une autre proposition de Chaulet et al. (2013) est le classement du déni de grossesse dans la classification internationale des maladies [CIM] afin de pouvoir mieux les repérer et d'adapter la prise en charge. Ils proposent pour les distinguer l'intitulé « Découverte tardive de grossesse » (p.709).

De plus, Shultz et Bushati (2015) et Wessel et al. (2002) reconnaissent, à la fin de leurs études, le besoin de mener d'autres recherches, à l'aide d'un échantillon plus vaste, pour obtenir davantage de données. Wessel et al. spécifient qu'il faudrait une autre étude prospective afin de valider et

de comparer les résultats de la fréquence du déni [traduction libre] (p. 1026). En effet, les études prospectives présentent moins de biais que les études rétrospectives (Buchan, 2016). En outre, d'autres auteurs proposent de passer, par exemple, à un niveau régional ou national pour leurs études, permettant ainsi d'augmenter la taille de l'échantillon.

Au sujet de la morbidité maternelle et fœtale, Nirmal et al (2006) suggèrent une surveillance plus accrue lors du post-partum, afin de favoriser le lien mère-nouveau-né ainsi que le bien-être du nouveau-né qui est reconnu comme étant plus à risque de prématurité voire de RCIU.

De surcroît, Janati Idrissi et al. (2013) et Nirmal et al. (2006) proposent des outils pour prendre en charge le déni de grossesse. Ils proposent, alors, une aide pharmacologique, psychologique et une évaluation des compétences parentales. Hatters Friedman et al. (2007) envisagent une collaboration multidisciplinaire pour la prise en charge de ces femmes. En outre, Chaulet et al. (2013) suggèrent qu'une consultation psychologique ou psychiatrique soit systématiquement effectuée à la levée du déni pour prévenir les risques de complications maternelles et néonatales. Mais ils soumettent également que cette prise en charge combinée pourrait potentiellement avoir un impact sur la prévention des récives. Alors que pour Wessel et al., (2007) cette intervention psychothérapeutique ne devrait pas être systématique. «Occasionally, psychotherapeutic interventions are necessary» (Wessel et al, 2007, p. 545). Au contraire, Hatters Friedman et al. (2007) suggèrent un déclenchement systématique des soins psychiatriques. Il n'existe donc pas de consensus des auteurs sur le sujet.

D'autre part, Hatters Friedman et al (2007) proposent d'avoir recours à une échographie prénatale pour faciliter la levée du déni. De même, Schultz et Bushati (2015) émettent l'idée de réfléchir sur un dépistage, afin d'anticiper les complications du déni de grossesse qui pourraient survenir ultérieurement.

Dans d'autres mesures, Beier et al (2005) soumettent l'idée d'effectuer, de façon plus systématique, un test de grossesse aux femmes en âge de procréer.

Concernant les soignants, Beier et al (2005) proposent une formation des professionnels sur le sujet, afin d'améliorer leurs connaissances. Les auteurs recommandent que des cours, traitant du déni de grossesse, soient intégrés dans la formation des médecins et des sages-femmes. Il est vrai que les sages-femmes sont en première ligne concernant la prise en charge des dénis de grossesse selon Janati Idrissi et al. (2013). En effet, la contagiosité du déni de grossesse serait « en lien avec des processus de rationalisation très puissants chez ces femmes, qui figeraient la pensée du

soignant » (Janati Idrissi et al., p. 201). Nous supputons qu'une connaissance approfondie du sujet, permettrait de limiter cet état de fait.

Comme le proposent Janati Idrissi et al. (2013), il semble intéressant d'organiser, au sein des pôles de gynécologie-obstétrique, des réunions d'analyse de pratique, afin de travailler sur les représentations et de suggérer de nouvelles conduites adaptées pour une meilleure prise en charge. De plus, Hatters Friedman et al. (2007) proposent d'éduquer le grand public.

VI.3 Les perspectives professionnelles et les focus sur le rôle sage-femme

A la suite à ces ouvertures, nous allons développer nos propres propositions concernant la prise en charge et le rôle professionnel de la sage-femme au sujet du déni de grossesse.

Cette revue de littérature nous a permis de confronter la définition du déni de grossesse retenue dans notre cadre théorique, et aux définitions données par les auteurs des études. Nous avons pu observer la difficulté d'obtenir une définition précise, au début de notre cadre de référence. Ce travail nous montre qu'en fonction des chercheurs il existe également des variations. Il semble que, dans certaines études, la différenciation entre le déni et la dissimulation de grossesse reste floue. Cette distinction nous paraît théoriquement claire, mais l'évaluation dans la pratique peut s'avérer bien plus complexe. En tant que professionnel 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 cet état. Même en ayant conscience de cette ambivalence, le professionnel est susceptible de ne pas reconnaître un déni de grossesse en fonction du contexte et de la femme.

De plus, il n'existe pas de limite d'âge gestationnel consensuelle pour dépister les dénis de grossesse, comme le dit Chaulet et al. (2013). Cette notion nous amène à nous interroger sur la nécessité de définir un âge gestationnel précis, pour délimiter le déni de grossesse de la découverte tardive de grossesse. Par exemple Wessel et al. (2002) estiment qu'un déni de grossesse intervient après un âge gestationnel de 20 SA. Il est clair que selon l'âge de gestation auquel la grossesse est découverte, il y aura une influence sur le cheminement psychologique de la femme, dans la construction de son statut maternel. Notons qu'une femme découvrant sa grossesse au troisième trimestre, bénéficie encore de trois mois pour se projeter mentalement dans la construction de son statut maternel ainsi que dans l'élaboration de son enfant imaginaire. A contrario, lors d'un déni total, la femme découvrant sa grossesse au moment de l'accouchement se retrouve, alors, face au

nouveau-né, sans avoir pu réaliser le cheminement psychologique qu'une grossesse physiologique entraîne. Ainsi, le « voyage » intérieur nécessaire décrit par Delassus (2011) n'est pas réalisé ou très succinctement. Néanmoins, selon Stern et Bruschiweiler-Stern (1998), après la levée du déni et cela quel que soit l'âge gestationnel, les étapes de la construction de l'identité maternelle, semblerait se réaliser selon un rythme propre chaque femme.

Par ailleurs, la limite floue de l'âge gestationnel entraîne un risque de non diagnostic de certains dénis de grossesse. Nous imaginons, étant donné qu'il n'y a pas de consensus sur l'âge gestationnel, qu'une femme découvrant sa grossesse à 15 SA va être diagnostiquée en déni de grossesse pour certains, et en découverte tardive de grossesse pour d'autres. Ce point pourrait alors influencer l'incidence du déni, et par extension la prise en charge de ces femmes.

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. Nous sommes conscientes qu'il ne s'agit pas d'une urgence obstétricale, mais 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.

Au sujet de la proposition des auteurs de classer le déni, il nous semble intéressant de le classer dans l'ICD plutôt que dans le DSM, ce qui inscrirait le déni de grossesse comme une maladie psychiatrique. De plus, la classification du déni de grossesse induirait, à notre avis, un inévitable consensus international au sujet de la définition et faciliterait ainsi son repérage.

Pour un meilleur diagnostic du déni de grossesse, l'élément principal à développer serait d'aider les soignants à avoir accès et à acquérir des connaissances fiables et précises. Cela permettrait, pensons-nous, un meilleur dépistage et donc éviterait ou réduirait les complications fœto-maternelles. Il nous semble pertinent que des cours ayant comme sujet le déni de grossesse soient intégrés dans la formation des médecins et des sages-femmes. Il est vrai que les sages-femmes sont en première ligne pour la prise en charge des dénis de grossesse selon Janati Idrissi et al. (2013). Nous savons que le déni de grossesse a été intégré relativement récemment dans le programme pédagogique des écoles de sages-femmes de Suisse romande.

De même, nous pensons que cette initiative serait à développer dans la formation médicale, étant donné que les médecins généralistes et les gynécologues obstétriciens sont les professionnels de premier recours pour la santé de la femme. Après plusieurs recherches d'informations, il est acté que durant les études de médecine, mise à part l'assistantat des gynécologues obstétriciens et des

psychiatres, le sujet est très peu abordé et de façon informelle. Il nous semblerait important que les médecins généralistes soient mieux sensibilisés au déni. En effet, la contagiosité du déni de grossesse serait « en lien avec des processus de rationalisation très puissants chez ces femmes, qui figeraient la pensée du soignant » (Janati Idrissi et al., p. 201). Cela corrobore notre idée qu'une connaissance approfondie du sujet entraînerait une limitation de cet état de fait. Nous pouvons mettre ce dernier point en lien avec le nombre important de femmes qui, dans notre revue de littérature, ont consulté un médecin généraliste pour un symptôme non spécifique de la grossesse, seulement quelques semaines avant la levée du déni.

Concernant le contenu de la formation, il nous paraît, notamment, important pour un diagnostic précis du déni de grossesse, de différencier le déni de la dissimulation de grossesse, afin de ne pas faire d'amalgame.

Dans ce sens, Janati Idrissi et al. (2013), proposent d'organiser, au sein des pôles de gynécologie-obstétrique, des séances d'informations sur le déni et des réunions d'analyse de pratique afin de suggérer de nouvelles conduites adaptées pour une meilleure prise en charge. En complément, pour les soignants, après la prise en charge d'un déni de grossesse, les émotions véhiculées étant plutôt négatives, il nous semble intéressant de proposer des supervisions d'équipe sous la forme de débriefings encadrés par un psychologue.

En complément de la formation des professionnels, nous considérons qu'informer le grand public est un élément de prévention important. En effet, le déni de grossesse est un problème de santé publique qui nécessite une prévention et des prises en charge réfléchies, pour un coût financier raisonnable. La notion de prévention est totale, elle s'étend au niveau primaire, secondaire et tertiaire. Le niveau primaire nous paraît être difficilement réalisable devant l'absence de profil type et de facteurs de risques consensuels et précis. Le niveau secondaire sous-entend, notamment, l'information de la population générale et la formation des professionnels de santé. Enfin le niveau tertiaire comprend les mesures prises pour éviter les complications maternelles et néonatales ainsi que le risque de récurrence.

Nous souhaitons revenir sur les antécédents d'IVG des femmes faisant un déni. Comme nous l'avons suggéré précédemment dans les résultats, ces interruptions pourraient être des dénis découverts tôt dans l'âge gestationnel. En terme de prévention, nous nous questionnons sur l'intérêt ou non d'investiguer ces demandes dans le but de diagnostiquer un éventuel déni précoce. Ceci pour sensibiliser la femme sur le risque de récurrence. A ce point se surajoute la nécessité de définir le déni de grossesse par un âge gestationnel consensuel et précis.

Par soucis d'information et de prévention, en France, l'Association Française pour la Reconnaissance du Dénier de Grossesse [AFRDG] a permis de mettre en lumière ce phénomène mal connu. Celle-ci organise des colloques afin de diffuser et d'informer plus généralement la population. A notre connaissance, il n'existe pas, en Suisse, une telle association. La création de celle-ci serait, effectivement, intéressante afin de mieux faire connaître le dénier de grossesse.

Nous avons imaginé sensibiliser le grand public sur le thème du dénier de grossesse au travers de la distribution de flyers dans les plannings familiaux. Il pourrait s'agir d'une brochure définissant le dénier de grossesse, qui permettrait d'informer les femmes se rendant au planning familial, mais aussi de déculpabiliser les femmes ayant fait un dénier de grossesse.

Nous nous sommes aussi interrogées sur l'utilité d'aborder ce sujet lors des cours d'éducation sexuelle. Effectivement, le dénier touchant principalement les âges extrêmes, nous pouvons envisager sensibiliser les adolescentes durant ces cours. Par exemple, le film « La brindille » d'Emmanuelle Millet (2011, durée 81 min), nous paraît adapté à ces interventions, pour lancer le débat sur leurs représentations et leurs connaissances du dénier de grossesse.

Suite à ce travail, à notre niveau, nous souhaitons réaliser un poster informatif reprenant et résumant l'ensemble de cette revue de littérature afin d'informer les professionnels de santé lors des prochains congrès de sage-femme, notamment celui de la Fédération Suisse des sages-femmes. Et pourquoi pas, en tant que françaises, participer aux colloques organisés par l'AFRDG. De même, nous pourrions réaliser des séances d'information voire des interventions dans les écoles de sages-femmes.

Abordons maintenant, le versant concernant le profil des femmes faisant un dénier de grossesse. Les résultats ont montré qu'il existait une hétérogénéité de la population des femmes faisant un dénier. Les études effectuées à ce jour, n'ont pas démontré de caractéristiques particulières ; ce qui complique la prise en charge de ces femmes et n'aide pas à la prévention de ce phénomène. Cependant le fait de ne pas avoir de profil type de femmes permet également de ne pas les stigmatiser, ce qui est un facteur important pour la prise en charge et l'accompagnement de ces femmes.

Au vue de cette hétérogénéité de profil, il nous semble pertinent d'opter pour une prise en charge centrée sur la femme. Effectivement dans ces situations, nous ne pouvons pas adopter une prise en soin standardisée. Nous nous devons de ne pas juger ces femmes et de les accompagner avec leurs histoires de vie sans porter de jugement de valeur. Il s'agit de travailler en collaboration

avec la femme, et de la guider lors de la levée du déni. En effet, « l'être humain a en lui d'immenses ressources, qui lui permettent de se comprendre lui-même » (Rogers, 2001, p. 166). De plus, selon Thorne les soignants doivent essayer de comprendre le « monde subjectif » de la femme au moment de la prise en charge (1994, p. 56). Ce principe s'applique d'autant plus aux femmes faisant un déni de grossesse, compte tenu que leur accompagnement demande davantage d'empathie et de congruence. Concrètement, cela a renforcé notre idée que l'approche centrée sur la personne était primordiale et cela d'autant plus dans les cas de dénis de grossesse, où les femmes sont souvent très vulnérables. La sage-femme doit apporter à la femme toutes les informations qui pourront l'aider à faire le cheminement psychologique pour devenir mère. Cela peut passer à travers la normalisation par la sage-femme, des ressentis exprimés par la femme. La sage-femme peut apporter au couple les informations vulgarisées sur le processus de maternalité, afin de leur permettre de se projeter et de dédramatiser la situation.

Une communication adaptée avec ces femmes est très importante pour les accompagner dans leur rôle de mère si inattendu. Il nous semble intéressant de se présenter à la femme, de lui expliquer le déroulement et les soins de la journée en se basant sur ses demandes et ses besoins, de créer un climat de repos (calme dans la chambre, regrouper les soins, lui demander son accord pour chaque action), et de savoir écouter la femme et son conjoint sur leurs représentations et leurs appréhensions (craintes et peurs) concernant le présent et le futur. Chaque soignant est invité à employer le vocabulaire adapté pour parler à ces femmes et à leurs familles (le père, la fratrie, les grands-parents). Les professionnels doivent utiliser la communication verbale et non verbale à bon escient et ne pas les utiliser pour stigmatiser et juger ces femmes faisant un déni.

En outre, nous serons sensibles par rapport à l'importance d'exploiter les ressources de la femme. C'est pourquoi, lors d'un déni de grossesse, les femmes elles-mêmes sont des outils à ne surtout pas négliger pour la sage-femme. Par exemple, nous considérons qu'il est important d'intégrer le père dans la prise en charge. Bien souvent, il est une personne ressource pour la femme. Nous pouvons penser que le cheminement paternel, qui se fait en partie à la naissance pour tous les pères, serait une aide précieuse pour les femmes faisant un déni, et qu'il pourrait ainsi les aider à réaliser leur position de nouvelle mère. Néanmoins, certains pères peuvent se sentir trompés et trahis, il est, dans ces cas-là, nécessaire que les soignants leur expliquent précisément le processus psychologique du déni. En fonction des situations, d'autres personnes ressources peuvent soutenir le couple à la levée du déni, par exemple, les grands-parents, les amis proches de la famille.

Par ailleurs, comme le propose Hatters Friedman et al. (2007), réaliser une échographie au moment de la découverte de la grossesse peut être intéressant. Nous pensons que lorsque la femme visualise le fœtus à l'ultrason elle élabore les prémices de sa construction maternelle. Nous pouvons imaginer que l'utilisation de cet outil visuel, une fois que la grossesse est connue et au-delà de la simple surveillance fœtale, serait pertinente, pour certaines femmes, afin de leur permettre de se rendre compte de l'existence concrète de leur bébé.

Comme nous l'avons constaté dans les résultats, en cas de déni de grossesse, il y a une augmentation significative de la morbidité maternelle et néonatale. En tenant compte de ces éléments et afin de faire référence au paragraphe sur l'attachement, déjà développé, nous avons réfléchi aux propositions suivantes :

En premier lieu, lors de la levée du déni, il nous semble pertinent d'effectuer certains examens de dépistage telle qu'une glycémie randomisée par exemple, qui n'est pas faite systématiquement. En outre, nous avons aussi pensé à la réalisation d'un bilan sanguin complet (groupe sanguin et anticorps irréguliers, formule sanguine complète, bilan hépatique, rénal, bilan de coagulation et sérologies) pour toutes les femmes diagnostiquées en déni partiel ou total. En effet, réaliser ce bilan de façon systématique, permettrait de dépister d'éventuelles complications de la grossesse tels : le diabète gestationnel, l'anémie sévère, la thrombocytopenie, la pré-éclampsie, la cholestase gravidique... De plus, pour s'assurer du bien-être et de la santé fœtale il nous semble important d'effectuer une échographie morphologique et de croissance avec un Manning.

En deuxième lieu, comme l'ont suggéré Beier et al. (2005), le meilleur moyen de dépister un déni serait la réalisation d'un test de grossesse. Cette démarche nous semble pertinente dans sa conception. Cependant, nous nous questionnons sur les coûts que cela engendrerait pour les organismes de santé. Effectivement, nous pourrions sensibiliser les professionnels de la santé (professionnels de premier recours : médecins généralistes, médecins du travail, médecins et infirmiers scolaire) sur le déni de grossesse et les solliciter à dépister les femmes ayant déjà réalisé un déni ou les femmes, en âge de procréer, qui manifestent des maux de grossesse. Cela permettrait de détecter des cas potentiels de déni, sans réaliser de façon systématique un test de grossesse.

En troisième lieu, il nous semble important d'organiser pour les femmes un suivi en post-partum modulé en fonction des besoins de la femme. Il serait envisageable de prévoir un séjour en post-partum plus long, un hébergement avec des soins ambulatoires, une sortie à trois ou quatre jours

de la naissance avec l'accompagnement d'une sage-femme indépendante et d'un réseau soutenant. Pour argumenter cette proposition, et dans une logique d'approche centrée sur la femme, nous envisageons plusieurs points :

- Accompagner la femme dans son processus d'acceptation de la réalité.

Par ces termes, nous entendons respecter le rythme de la femme dans son cheminement vers la maternité. La sage-femme lui explique les étapes de la psychologie de la grossesse, afin de l'aider dans son nouveau rôle de mère et ainsi limiter sa culpabilité. Dans le cas où la femme décide d'abandonner son enfant, nous souhaitons être attentives à son bien-être, à son accompagnement et au respect son choix. D'autre part, nous pouvons imaginer que confronter la femme à son rôle de mère alors qu'elle n'est pas prête, peut être perçu comme une agression par cette dernière. Concrètement, les soignants ont la possibilité, dans les services hospitaliers, de garder les bébés en pouponnière et de proposer une rencontre progressive à travers les soins quotidiens donnés au bébé.

- Surveiller la survenue d'éventuelles complications post-partum.

D'après notre revue de littérature, ces grossesses non suivies ont un risque supérieur de morbidité maternelle. C'est pourquoi la sage-femme se doit d'être attentive aux signes cliniques et paracliniques. Par exemple, les surveillances cliniques et psychiques sont intensifiées. La tension artérielle pourrait être prise aux trois heures afin de dépister le risque de pré-éclampsie, qui, selon Schultz et Bushati (2015), augmente en cas de déni de grossesse. La sage-femme se doit donc être davantage vigilante et d'investiguer les éventuels signes de complications sachant que la femme n'y sera pas forcément attentive. Effectivement, nous pouvons imaginer que la femme pourrait ne pas être disponible psychologiquement à ses ressentis corporels.

- Soutenir la rencontre mère-enfant.

Le but est de valoriser la femme dans son nouveau rôle de mère en construction. En la rendant attentive aux bienfaits de ses actions et de ses attentions envers son nouveau-né, la sage-femme favorise ainsi la création du lien mère-enfant. La sage-femme, dans ces situations, doit d'autant plus relever chez la femme les compétences qui l'habitent et promouvoir ainsi ses capacités maternelles. Ensemble, la femme et la sage-femme renforcent la confiance que la mère a en ses capacités.

Le fait que ces femmes ont plus de risques de morbidité liés au déni de grossesse pourrait davantage freiner le lien d'attachement au nouveau-né. D'après Bowlby (2002), « l'attachement se crée parce que dans l'environnement familial ordinaire, ces systèmes croissent et se

développent d'une façon relativement stable » (p. 355). En effet, nous savons qu'en dehors d'un déni de grossesse, lorsque les femmes sont hospitalisées en soins intensifs après des complications obstétricales, cela a des répercussions sur la création du lien mère-enfant. Nous imaginons dans le cadre du déni de grossesse que cette morbidité se surajoute à la difficulté de la création du lien.

Ces femmes, surprises, ne sont pas prêtes psychologiquement à débiter leur construction de l'identité maternelle lorsque leur nouveau-né ne se porte pas bien. Dans le cas d'une hospitalisation néonatale, la création du lien mère-enfant est d'autant plus préteritée. Il en est de même avec les pères. Les enfants avec une prématurité ou un RCIU requièrent une attention et des soins particuliers de la part des soignants et des parents. En cas de déni de grossesse, les parents ne sont pas toujours dans des conditions optimales pour s'investir auprès du nouveau-né. De plus, la création du lien d'attachement est toujours difficile lorsque les bébés sont hospitalisés loin de leur mère. Il incombe au soignant de favoriser le contexte en accompagnant ces parents, tout en veillant au bien-être de l'enfant. Par exemple, la sage-femme peut accompagner le couple en néonatalogie pour voir leur nouveau-né dès qu'il en ressent le besoin, et appeler le service de néonatalogie lorsque le bébé est hospitalisé dans un autre établissement. Parallèlement à ce dernier point, elle peut aussi effectuer les démarches nécessaires pour un rapprochement mère-bébé au sein d'un même hôpital.

D'une façon générale, concernant l'attachement, la sage-femme est appelée à maintenir une communication et un lien de confiance avec ces femmes dans le but de permettre la création du lien mère-bébé. Nous devons être attentives à dépister les signes d'attachement de la femme à l'égard de son nouveau-né. Nous observerons alors les regards échangés, les gestes de la mère vers son enfant, la façon dont elle le porte, ainsi que les paroles employées pour parler à son bébé et de son bébé. De plus, il est important de veiller à favoriser la création de ce lien, en encourageant la femme dans ces démarches. Par conséquent, comme futures sages-femmes, nous souhaitons valoriser la femme dans ses gestes, ses paroles et ses attentions envers son nouveau-né, afin d'aider à la mise en place du lien mère-enfant.

- Participer à la surveillance du nouveau-né.

Nos articles ont mis l'accent sur l'augmentation de la morbidité néonatale lors des dénis de grossesse. En plus des soins spécifiques et chronophages que ces enfants parfois fragiles requièrent, nous imaginons la difficulté que ceux-ci pourraient engendrer sur la création du lien mère-enfant. Au travers de notre expérience, nous avons souvent constaté, étant donné que le séjour en maternité des mamans est seulement d'environ trois jours, que les enfants diagnostiqués comme small gestational age [SGA] et RCIU sont souvent hospitalisés en néonatalogie et que

cette séparation n'est jamais un facteur favorisant l'attachement. Notre proposition serait de trouver un hébergement au sein de l'hôpital pour la maman, type maison des parents ou studio parental d'hébergement ; et ceci, pour permettre à la femme d'être proche de son bébé et de pouvoir poursuivre sa prise en charge de façon allégée avec les professionnels du réseau hospitalier mis en place à sa sortie de maternité.

- Réorganiser la charge de travail de la sage-femme.

Nous avons également réfléchi à l'éventualité de moduler la répartition du travail dans les services de post-partum accueillant ces femmes. Effectivement, nous avons imaginé que cela pourrait s'effectuer en deux temps. Premièrement, lors de la répartition des patientes, en accord avec la hiérarchie et l'équipe, la sage-femme prenant en soin une femme ayant fait un déni de grossesse, devrait avoir moins de femmes en charge. Deuxièmement, dans le cas où la solution précédente n'est pas envisageable, cette même sage-femme doit réorganiser sa planification pour se dégager du temps. La sage-femme serait ainsi plus disponible pour un accompagnement de qualité auprès de ces femmes faisant un déni, de leurs bébés, et de leurs familles. Cette démarche permettrait à la sage-femme et à la femme d'avoir une collaboration optimale.

- Coordonner le réseau hospitalier avec les professionnels.

Chaque professionnel a un champ de compétence spécifique pour prendre la femme en soin. C'est en conjuguant nos savoirs et nos expériences que nous obtiendrons une prise en charge optimale pour la femme, le couple, et la famille. La sage-femme est quotidiennement auprès de la femme, lors de son séjour hospitalier, elle a pour rôle de coordonner l'intervention des différents professionnels autour de la triade mère-père-enfant. Cette dernière est en première ligne pour détecter les éventuelles complications, elle travaille en collaboration avec le gynécologue en cas de morbidité maternelle et avec le pédiatre en cas de complications néonatales. Elle est chargée de maintenir un dialogue avec l'équipe de néonatalogie en cas d'hospitalisation de l'enfant. Elle est attentive à proposer une aide psychologique ou psychiatrique si la femme en ressent le besoin ou si elle en manifeste les signes. D'un point de vue matériel, pratique et administratif, la collaboration avec l'assistante sociale est essentielle pour améliorer cette situation imprévue de la femme et de sa famille. Enfin, en cas de déni partiel, la coopération avec la sage-femme conseillère est importante pour le suivi à long terme, si celle-ci suivait la femme en anténatal. Concernant la collaboration avec l'équipe de psychiatrie, comme évoqué précédemment, nous craignons une stigmatisation psychiatrique de ces femmes. Il nous semblerait plus judicieux de commencer par une évaluation psychologique réalisée par un psychologue, plutôt qu'un réel suivi psychiatrique systématique. Cette évaluation permettrait une prise charge personnalisée aux

besoins de la femme. Le stress, les problèmes conjugaux et personnels, d'après Beier et al. (2005), pourraient être des facteurs de risques de survenue d'un déni de grossesse. C'est pourquoi une psychothérapie nous paraît importante.

- Préparer le réseau pour la sortie au domicile.

L'équipe soignante est vigilante à la création d'un réseau pour le retour à domicile. Le but de ce réseau est d'accompagner le couple et leur enfant, d'une part pour favoriser l'attachement parents-enfant, et d'autre part pour permettre à la femme d'accepter son déni, et de prévenir les récives. La sage-femme est attentive à explorer les ressources familiales et sociales afin d'adapter de façon personnalisée, la mise en place du réseau (aide-ménagère, aide à la garde des autres enfants ...). L'accompagnement durant l'hospitalisation peut être insuffisant et peut nécessiter d'être complété sur un plus long terme. Comme pour toutes les femmes, il sera planifié un suivi gynécologique à six semaines post-partum, ainsi qu'un rendez-vous chez le pédiatre à un mois de vie. Nous pouvons imaginer qu'au-delà d'un suivi par une sage-femme indépendante, il serait nécessaire de faire intervenir d'autres professionnels : infirmière petite enfance, psychologue ou pédopsychiatre, voire en fonction de l'observation de la sage-femme indépendante, des consultations en unité de développement. Si le souhait de la femme est un retour à domicile plus rapide, nous devons l'organiser avec un réseau davantage encadrant pour qu'elle ne se retrouve pas isolée.

Concernant la prévention des récives, à notre avis, 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, nous pensons que la mise en place d'une contraception est importante, mais qu'elle devrait être associée à une psychothérapie afin de permettre à la femme de se recentrer sur les signes de son propre corps. Ces femmes et ces bébés vont être suivis plus régulièrement, à moyen terme durant une année. A plus long terme, l'attention des soignants sera portée sur le risque de récive de ces femmes et sur la relation construite avec leurs enfants.

D'une façon plus globale, si l'opinion publique a des représentations du déni de grossesse, il en est de même pour les soignants. L'un de nos articles étudie les représentations des professionnels qui se révèlent très peu structurées (selon Janati Idrissi, 2013). Les auteurs analysent l'impact de l'expérience et de la formation sur ces représentations. Nous en concluons qu'avoir une expérience du déni permet d'être plus à l'aise avec ces femmes, cependant la formation permet d'avoir une vision plus claire de ce qu'est le déni de grossesse. Ainsi, d'après notre ressenti, une sage-femme expérimentée ne sera pas forcément plus apte à prendre en charge une femme avec un déni de grossesse, qu'une jeune diplômée formée à cette pathologie. Suite à ces deux constats,

nous nous questionnons : Qu'en est-il de la prise en charge ? Est-ce la formation ou l'expérience ou bien les deux qui permettraient une prise en charge centrée sur la femme ? Dans tous les cas, ce qui nous semble primordial, est que l'approche centrée sur la femme soit réalisée de façon collaborative et interdisciplinaire.

Pour conclure, cette revue de littérature nous a démontré que la morbidité fœto-maternelle est associée au déni de grossesse ; ce qui justifie d'effectuer davantage d'études et de recherches afin d'acquies des pistes en terme de prévention, de dépistage et de diagnostic. Comme relevé dans les résultats, le déni de grossesse n'est pas aussi rare que l'opinion publique le laisse supposer. C'est pourquoi il est d'autant plus légitime de poursuivre, voire d'intensifier la recherche sur ce thème. Par ailleurs, il nous semblerait pertinent que des futures recherches tiennent compte le point de vue des parturientes. Nous pourrions imaginer mener des études qualitatives prospectives dans le but de rassembler et de recueillir le ressenti et le vécu des mères, ainsi que celui des pères, qui sont les grands oubliés de la littérature, et ceci afin de pouvoir le comparer à celui des professionnels de santé.

Suite à l'énoncé des perspectives professionnelles ci-dessus, nous avons développé avec nos propositions les rôles d'experte, de communicatrice, de collaboratrice, de promotrice de la santé et de manager de la sage-femme. Au sujet du rôle professionnel de la sage-femme, la notion d'éthique dans la pratique est essentielle, surtout lors de sujets stigmatisés dans l'imaginaire commun. La sage-femme est une professionnelle de la santé, garante de la qualité des soins qu'elle apporte aux femmes et à leurs enfants. Pour ce gage de qualité, la sage-femme doit s'appuyer sur les données probantes scientifiques, et met à jour régulièrement ses connaissances. D'autant plus, que le déni de grossesse est une pathologie encore mal connue. Nous pouvons imaginer que ces prochaines années amèneront de nouveaux savoirs à ce sujet. Citons par exemple, une étude prospective en cours, réalisée à Reims, en France, et intitulée « déni de grossesse et attachement », les résultats sortiront courant 2018.

VI.4 Faiblesses de notre travail de bachelor

Tout d'abord, nous avons été limitées par le nombre d'articles trouvés concernant notre sujet. Il est vrai qu'il n'y avait que très peu d'articles sur le déni de grossesse. C'est pourquoi, nous avons été dans l'obligation de modifier notre question de recherche et de faire desancements avec des

descripteurs plus généraux. Du fait que beaucoup d'études de notre sujet remontent à plus de 20 ans, nous avons pris la décision de sélectionner les articles les plus récents. Néanmoins, nous avons choisi de prendre l'étude de Wessel de 2002 car il s'agit de la seule étude prospective à ce jour relative à notre sujet. C'est ainsi que nous avons obtenu une revue de littérature avec un nombre limité à huit articles.

Au vue du faible nombre de spécialistes étudiant ce phénomène, nous avons été également limitées dans la diversité des auteurs. En conséquence, nous avons sélectionné trois articles réalisés par le docteur Wessel. Effectivement, c'est le seul auteur qui a effectué une étude prospective, qui par ailleurs, a servi de pilier de référence pour les autres études effectuées. Nous sommes tout à fait conscientes du biais possible que cela a pu engendrer. Cependant, nous avons fait ce choix car les trois articles de Wessel n'avaient pas les mêmes objectifs de départ, ni le même angle de recherche. Les résultats obtenus sont complémentaires et permettent d'apporter des ébauches de réponses à notre question de recherche, c'est pourquoi, il nous a semblé opportun de les analyser. Enfin, notre sélection d'articles ne comporte que des études quantitatives rétrospectives hormis une seule étude prospective, nous avons conscience que le niveau de qualité de recherche de ces études est faible et que cela peut constituer un biais pour les résultats trouvés.

Au vue de notre sujet et des résultats obtenus, nous regrettons, de ne pas avoir pu accorder plus de place aux pères. Il peut représenter un soutien et une ressource supplémentaire pour la femme. De plus, le père faisant partie intégrante de la triade centrale : mère - nouveau-né - père, il joue un rôle majeur aussi bien auprès du nouveau-né que de sa compagne.

Nous reconnaissons que nous possédons chacune notre propre représentation sur le déni de grossesse. Lors de la sélection des articles, nous avons essayé d'adopter un regard neutre. Malgré tout, nous concédons que cela a pu influencer sur la prise de décision lors du choix des articles, ainsi que sur l'ensemble de l'élaboration du travail.

Nous souhaitons souligner notre niveau de compétence dans la réalisation de ce travail. Effectivement, nous sommes toutes les trois débutantes dans ce genre d'exercice, aussi bien pour l'écriture scientifique que pour l'analyse des articles. C'est pourquoi, l'élaboration de cette revue de littérature nous a demandé un investissement important afin d'atteindre le niveau attendu.

VI.5 Forces de notre travail

Concernant les forces de notre travail, nous notons d'abord, que le fait d'évoluer en trio a permis d'enrichir nos discussions et de diversifier les pistes de réflexion. En acceptant de nous remettre mutuellement en question, nous sommes parvenues à élargir nos champs de réflexion.

Le déni de grossesse, est un sujet d'actualité, qui suscite des émotions vives souvent négatives. Les représentations de l'opinion publique sont stigmatisantes. C'est pourquoi, il nous a semblé primordial, d'étayer nos connaissances sur ce phénomène et de réaménager notre propre représentation du déni de grossesse. Cette démarche intellectuelle est un gage de qualité.

Les études sélectionnées pour cette revue de littérature sont récentes et datent, pour la majorité, de moins de 10 ans ; ce qui constitue une véritable force de notre travail. D'autant plus, que les études choisies ont été réalisées dans cinq pays et sur trois continents différents ; cela nous apporte une riche diversité concernant la population étudiée. L'association d'études rétrospectives et prospective nous permet de diversifier les points de vue. En outre, les études sélectionnées sont de bonne qualité scientifique et les auteurs sont intègres. Trois de nos articles sont écrits par l'équipe du Professeur Jens Wessel, gynécologue obstétricien, et spécialiste européen du déni de grossesse, durant ces 20 dernières années. D'après ces derniers points, notre revue de littérature est plutôt pertinente et crédible.

Devant la complexité de notre sujet, nous avons fait appel à notre directrice de bachelor, à la bibliothécaire ainsi qu'à des professeurs d'HESAV. Ils nous ont apporté de précieux conseils pour améliorer notre recherche. De plus, nous pensons, en toute conscience, avoir su faire preuve de curiosité intellectuelle ; ce qui légitime notre travail effectué pour ce travail de bachelor.

Pour finir, nous avons souhaité être particulièrement attentives à porter un regard neutre et non jugeant lors de l'analyse des articles, afin de ne pas biaiser les résultats.

Conclusion

Au vu de notre thème, nous nous sommes aperçues des nombreuses représentations stigmatisantes dans la population, entre autres, par des connaissances galvaudées du sujet et par une surmédiation des rares affaires de néonaticides. Cette réflexion a développé nos connaissances sur le déni de grossesse et nous a aidé à améliorer notre pratique professionnelle.

L'un des principaux constats des articles est l'augmentation, en cas de déni de grossesse, de la morbidité foeto-maternelle. En outre, les femmes touchées n'ont pas de caractéristiques spécifiques. En effet, dans ces situations il nous paraît primordial que la sage-femme favorise un lien de confiance et un réel partenariat avec la femme et le couple dans le but d'apporter des soins de qualité. Nous relevons également l'importance de définir le déni de grossesse par une limite d'âge gestationnelle consensuelle ; afin de faciliter son diagnostic et de pouvoir comparer équitablement les études.

En premier lieu, nous proposons, pour la femme, une prise en charge individualisée par un réseau pluridisciplinaire coordonnée par la sage-femme, professionnelle de première ligne face au déni de grossesse. De plus, ce sujet, étant peu abordé durant les études des professionnels de santé, il nous semble primordial de pouvoir les sensibiliser sur ce phénomène et ainsi améliorer la prise en charge de ces femmes. Pour cela nous avons élaboré un poster sur le déni de grossesse que nous aimerions présenter au Congrès suisse des sages-femmes à Genève en 2017. Et pourquoi pas, par la suite pouvoir transmettre des informations ou des cours dans les écoles de sages-femmes de Suisse Romande ?

De plus, il est nécessaire d'éduquer et de sensibiliser l'opinion publique par le biais de campagnes d'informations afin de permettre notamment d'éviter les survenues de déni de grossesse et les récidives.

Notre démarche nous a permis de mettre en pratique les connaissances acquises durant le module 1702 : La sage-femme et sa profession : cadre de référence et apprentissages. Cela nous a aidées pour la réalisation de ce travail, notamment pour la méthodologie de recherche, l'analyse des articles et la pertinence des preuves de recherche. Par ailleurs, nous avons pu élaborer cette revue de littérature et dégager de nouvelles pistes de prise en charge pour la sage-femme. Dans une moindre mesure, nous sommes capables d'argumenter, lors de nos pratiques professionnelles, nos choix en nous basant sur une littérature scientifique, probante et récente. Nous sommes des militantes pour le bien-être des femmes, c'est pourquoi nous nous devons d'être capables de

remettre en question nos pratiques et nos accompagnements en s'inspirant de la littérature scientifique pour pouvoir légitimer et argumenter nos décisions sage-femme.

Pour finir, si nous devions reproduire ce type de réflexion, nous aimerions réaliser une enquête qualitative sur le terrain pour produire des connaissances sur le ressenti des mères et des pères.

Liste de références

- Association Française pour le Reconnaissance du Déni de Grossesse [AFRDG] (2016). Repéré à www.afrdg.info
- Art 116 du Code Pénal suisse du 1er janvier 1990 (=CP ; RS 311).
- Art 224 du Code Pénal français du 19 septembre 2000 (art 224-1, 224-4, 224-5).
- Bayle, B. (2003). *L'embryon sur le divan : psychopathologie de la conception humaine*. Paris, France: Masson
- Beier, K. M., Wille, R., & Wessel, J. (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
- Bowlby, J. (2006). *Attachement et Perte* (5e éd.). Paris, France : Presses Universitaires Françaises.
- Brabant, I. (2013). *Vivre sa grossesse et son accouchement, Une naissance heureuse*. Lyon, France : Chronique Sociale.
- Buchan, E. (2016). *StatisticalHelp*. Repéré à <http://www.statsdirect.com/help/default.htm#basics/prospective.htm>
- Chaulet, S. (2011). *Déni de grossesse : exploration clinique et psychopathologique, prise en charge étude rétrospective sur 5 ans au CHU d'Angers*. (Mémoire de thèse de doctorat en médecine psychiatrique inédit). Faculté de médecine d'Angers, France.
- Chaulet, S., Juan-Chocard, A.-S., Vasseur, S., Hamel, J.-F., Duverger, P., Descamps, P., & Fanello, F. (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
- Coan, J.A. (2008). *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical implications* (2e éd.). New York, USA: Guilford Press.
- Confino, B., Hohlfeld, P., & Morisod Harar, M. (2014). *Le déni de grossesse expliqué* [Audio en ligne]. Emission Radiotélévision Suisse romande. Repéré à <http://www.rts.ch/la-1ere/programmes/cqfd/5866531-le-deni-de-grossesse-explique-04-062014.html?f=player/popup>

- Dayan, J., & Bernard, A. (2013). Denial of pregnancy, infanticide and Justice. *Annales médico-psychologiques*, 171(7), 494-498. doi: 10.1016/j.amp.2013.05.019
- Delassus, J.-M. (1995). *Le sens de la maternité*. Paris, France : Dunod.
- Delassus, J.-M. (2011). *Penser la naissance*. Paris, France : Dunod.
- Des Déserts, S. (2009, 4 juin). Affaires des bébés congelés : «je ne voulais pas l'abandonner ». *Le Nouvel Observateur*.
- Durand-Souffland, S. (2009, 18 juin). Véronique Courjault condamnée à 8 ans de prison. *Le Figaro*.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal, Canada : Chenalière Education.
- Freud, S. (1924). *Névrose, psychose et perversion : La perte de la réalité dans la névrose et la psychose*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Guédeney, A., & Guédeney, N. (2009). *L'attachement : approche théorique, du bébé à la personne âgée*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Guernalec-Levy, G. (2007). *Je ne suis pas enceinte : enquête sur le déni de grossesse*. Paris, France : Editions Stock.
- 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, France.
- Hatters Friedman, S., Henegham, A., & Rosenthal, M. (2007). Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy. *Psychosomatics* 48(2), 117-122.
- Halioua, B. (2010). Le procès des médecins de Nuremberg. *La Revue du Praticien*, 60, 734-737.
- Janati Idrissi, M., Dany, L., & Libert, M. (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
- Jelavi34 (2013). *Déni total*. Repéré à : http://forum.doctissimo.fr/grossesse-bebe/Deni-de-grossesse/deni-total-sujet_950_1.htm

- Lamidé, F., & Prost, A. (2008, septembre). Ressentis et observations de 55 sages-femmes. *Sage-femme.ch*, 32-37.
- Maxalexis. (2007). *Ma naissance m'éblouit*. Repéré à www.mon-poeme.fr/poeme-ma-naissance-meblouit/
- Malherbe, J.-F. (2007). *Sujet de vie ou objet de soins ? : introduction à la pratique de l'éthique clinique*. Montréal, Canada : Les Editions Fides.
- Marinopoulos, S., & Nisand, I. (2011). *Elles accouchent et ne sont pas enceintes*. Paris, France : Les Liens qui libèrent.
- Nirmal, D., Thijs, I., Bethel, J., & Bhal, P.-S. (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.
- Office fédéral de la statistique (2016). *Mouvement de la population – Indicateurs Naissances et accouchements*. Repéré à <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/02/01.html>
- Pierrehumbert, B. (2012). *L'attachement de la théorie à la clinique*. Le carnet psy. Toulouse, France : Erès
- Pinel-Jacquemin, S., & Savard, N. (2010). L'attachement Parent-Enfant. *La Théorie de l'Attachement : Une approche conceptuelle au service de la Protection de l'Enfance*. Dossier thématique ONED. Repéré à <http://www.etab.ac-caen.fr/apiedu/maternelle/docs/IENmaternelle-theorieattachement.pdf>
- Quarante, O. (2007). Dénis de grossesse : de la sidération à l'écoute. *Profession sage-femme*, 135, 40-43.
- Racamier, P.-C. (1978). "A propos des psychoses de la maternalité", *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*. Issy-les-Moulineaux, France : Edition sociale française.
- Rémy, M. (2011). Le déni de grossesse : « il ne suffit pas d'être enceinte pour attendre un enfant... » (Mémoire sage-femme). Université Henri Poincaré, Nancy, France.
- Rogers, C. (2001). *L'approche centrée sur la personne*. Lausanne, Suisse : Editions Randin.
- Seguin, S., Golse, B., & Apter, G. (2013). Émergence du tableau clinique, « Dénis et négations de grossesse : une revue de la littérature. ». *La psychiatrie de l'enfant*, 56, 267-292. doi : 10.3917/psy.561.0267

- Stern, D., & Bruscheiler-Stern, N. (1998). *La naissance d'une mère*. Paris, France : Odile Jacob.
- Schultz, M., & 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
- Thorne, B. (1994). *Comprendre Carl Rogers*. Paris, France : Privat.
- Tueuzz2mhainaims (2012). *Parce que le déni de grossesse, réel problème ou comédie de la part de la future maman ?* Repéré à :
<http://lesastucesdelodi.canalblog.com/archives/2012/02/11/23497438.html>
- Vellut, N., Cook, J.M., & Tursz, A. (2012). Analysis of the relationship between neonaticide and denial of pregnancy using data from judicial files. *Child Abuse & Neglect*, 36, 553-563. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.05.003
- Wessel, J., Endrikat, J., & Buscher, U. (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., Gauruder-Burmester, A., & Gerlinger, C. (2007). Denial of pregnancy-characteristics of women at risk. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86, 542-546. doi: 10.1080/00016340601159199
- Woods, J.R., & Plessinger, M.A. (1989). Fetal sensory sequencing: applications of evoked potentials in perinatal physiology. *Seminars in perinatology*, 13, 380-392.

Bibliographie

- Australian Bureau of Statistics (2011). *Glossary: Emergency departement*. Repéré à <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Products/4390.0~2008-09~Glossary~Glossary?OpenDocument>
- Gomes Gonçalves, T., Medeiros Kother Macedo, M., & Conz, J. (2014). Negación no psicótica del embarazo: Una comprensión psicoanalítica [Non-psychotic denial of pregnancy: a psychoanalytical comprehension]. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 48(1), 23-29.
- Haddou, M., & Quintard, N. (2003). *Bonjour grossesse*. Paris, France : Flammarion.
- ICM (2014). *Code de déontologie pour les sages-femmes*. Repéré à http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20FRE%20Code%20de%20d%C3%A9ontologie%20international%20pour%20les%20sages-femmes.pdf
- ICM (2014). *Définition internationale de la sage-femme de l'ICM*. Repéré à <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/Definition%20of%20the%20Midwife%20FRE-2011-%20updated%20August%202011.pdf>
- Jacob Alby, V., Quaderi, A., & Védie, C (2014). Le déni de grossesse relève t-il d'une maladie mentale ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 172, 382-386. doi:10.1016/j.amp.2014.05.001
- Jenkins, A., Millar, S., & Robins, J. (2011). Denial of pregnancy - a literature review and discussion of ethical and legal issues. *Journal Of The Royal Society Of Medicine*, 104, 286-291. doi: 10.1258/jrsm.2011.100376
- Kenner, W., Stephen, E., & Nicolson, S. (2015). Psychosomatic disorder of gravida status: false and denied pregnancies. *Psychosomatics*, 56, 119-128. doi:10.1016/j.psym.2014.09.004
- Lamidé, F., & Prost, A. (2006). « Ces grossesses silencieuses » : Quelle attitude la sage-femme adopte-t-elle en post-partum, dans le processus d'interactions mère-enfant, quand il y a eu déni de grossesse ? (Mémoire de bachelor inédit). Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier à Bruxelles, Belgique.

- Lee, A., Li, C., Kwong, N., & So, K. (2006). Neonaticide, newborn abandonment, and denial of pregnancy-newborn victimisation associated with unwanted motherhood. *Medical Practice*, 12, 61-64. doi: 10.1177/1524838010371950
- Millet, E. (2011). *La brindille* [DVD]. Paris, France : AD VITAM Distribution
- Ott, M., & Schmid, E. (2010). Comment favoriser le processus d'attachement mère-enfant dans les premiers jours post-partum suite à un déni de grossesse ? (Mémoire de bachelor inédit). Haute Ecole de la Santé La Source, Lausanne, Suisse.
- Seigneurie, A.-S., & Limosin, F. (2012). Déni de grossesse et néonaticide : aspects cliniques et psychopathologiques. *La Revue de médecine interne*, 33, 635-639. doi : 10.1016/j.revmed.2012.07.013
- Stammers, K., & Long, N. (2014). Not your average birth: considering the possibility of denied or concealed pregnancy. *BMJ Case Report*, 29. doi: 10.1136/bcr-2014-204800
- Struye, A., Zdanowicz, N., Ibrahim, C., & Reynaert, C. (2013). Can denial of pregnancy be a denial of fertility? A case discussion. *Psychiatria Danubina*, 25, 113–117.
- Resnick, P.-J. (1970). Murder of the newborn: A psychiatric review of neonaticide. *The American Journal of Psychiatry* 126(10), 1414-1420. doi: 10.1176/ajp.126.10.1414
- Zaldivar-Jolissaint, J.-F., Bervini, D., Morisod Harari, M., & Baud, D. (2015). Seizures and metrorrhagia: a case of denied pregnancy. *The Lancet*, 385, 828-830. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60032-0

Annexes

- Annexe I : Tableau de sélection et d'inclusion des articles
- Annexe II : Grille d'analyse article 1 selon STROBE
- Annexe III : Grille d'analyse article 2 selon STROBE
- Annexe IV : Grille d'analyse article 3 selon STROBE
- Annexe V : Grille d'analyse article 4 selon STROBE
- Annexe VI : Grille d'analyse article 5 selon STROBE
- Annexe VII : Grille d'analyse article 6 selon STROBE
- Annexe VIII : Grille d'analyse article 7 selon STROBE
- Annexe IX : Grille d'analyse article 8 selon STROBE

Annexe I : Tableau de sélection et d'inclusion des articles

<u>Auteurs</u>	<u>Lieu</u>	<u>Type d'étude</u>	<u>Participants</u>	<u>Objectifs et interventions</u>	<u>Résultats</u>	<u>Inclusion</u>	<u>Base de données</u>
<u>Titre</u>	<u>Année</u>						
<u>Analysis of the relationship between neonatoid and denial of pregnancy using data from judicial files.</u>	France 2012	Quantitative et qualitative Étude mixte rétrospective.	32 cas de néonaticide recensés dans 26 cours de justice dans trois régions de France. Période de cinq ans	Examiner la fréquence de l'association entre néonaticide et déni de grossesse. Évaluer la précision du concept de déni de grossesse. Examiner l'utilité du programme de prévention du néonaticide.	Ébauche de profil de la femme ayant fait un déni de grossesse. -	Non - Vision globale - Réducteur car ne se base que sur des cas de néonaticides	PubMed
Vellut, N., Cook, J.-M., & Tursz, A.							

<u>Neonaticide,</u>	Hong-Kong	Étude	<u>Cas 1</u> : une	Expliquer si le	Il y a une	Non	PubMed
<u>newborn</u>	2006	qualitative	femme de 22ans.	déni de grossesse a	association		
<u>abandonment,</u>		Grounded	<u>Cas 2</u> : abandon	un lien avec le	très forte	- Peu	
<u>and denial of</u>		Theorie	d'un nouveau-né	néonaticide et la	entre le déni	représentatif, étude	
<u>pregnancy -</u>			dans une	maltraitance des	de grossesse,	sur seulement quatre	
<u>newborn</u>			poubelle.	nouveau-nés.	le néonaticide	cas.	
<u>victimization</u>			<u>Cas 3</u> : femme		et l'abandon	- Focus sur le	
<u>associated with</u>			de 17 ans,		d'enfants.	néonaticide et	
<u>unwanted</u>			accouchement			abandon d'enfant	
<u>motherhood</u>			sur les toilettes.				
Lee, A., Li, C.,			<u>Cas 4</u> : jeune				
Kwong, N., & So,			femme de 13 ans				
K			dans le cas d'un				
			inceste avec son				
			frère.				
<u>Denial of</u>	Allemagne	Comparaison	<u>Deux</u>	Proposer une	Les résultats	Oui	PubMed
<u>pregnancy as a</u>	2005	n de cas	<u>échantillons</u>	nouvelle	sont similaires	+ Essai de classer	
<u>reproductive</u>		médico-	<u>différents</u> :	classification dans	pour le déni et	le déni de grossesse	
<u>dysfunction: A</u>		légaux et de		le DSM pour y	la dissimulation,		
<u>proposal for</u>		cas		inclure le déni de	cela représente		

<u>international classification systems</u>	obstétricaux de déni de grossesse et de grossesse dissimulées.	98 cas médico-légaux de néonaticides	grossesse comme des dysfonctions de la fonction reproductive non causées par un désordre biologique.	2 différents types de dysfonction reproductive qui peuvent être classés ensemble sous le terme « négation de grossesse ».	+ Se basent sur une étude prospective
Beier, K.M., Wille, R., & Wessel, J.	Étude rétrospective	78 cas obstétricaux regroupant les dénis et les dissimulations			
<u>The incidence and outcome of concealed pregnancies among hospital deliveries: An 11-year population-based study in South Glamorgan</u>	Royaume-Uni 2006.	24 femmes recensées sur 11 ans dans une partie du Pays de Galles.	Établir un profil et identifier les facteurs de risques.	Les auteurs démontrent que ces accouchements sont plus à risques, notamment pour la prématurité. Les auteurs ont démontrés qu'il y avait une	Oui + Etude rétrospective + Objectif de l'article PubMed

D. Nirmal, I.

Thijs, J. Bethel
& P. S. Bhal

**prévalence
significativement
plus
importante du
dénit de
grossesse en
hiver.**

Dénit de grossesse France Article sur les aspects cliniques et psychopathologiques. Ce n'est pas une étude. Pas d'intervention. C Les auteurs Non PubMed

et néonaticides :
aspects cliniques
et
psychopathologiques.

'est un état des lieux sur le dénit de grossesse, sa définition, l'historique, le lien avec les néonaticides. Cette étude établit un profil de femme.

font un constat du peu d'études existantes sur le dénit de grossesse. Les auteurs donnent trois facteurs de risque: l'ambivalence face au désir d'enfant, une détresse sociale et un faible

- Ce n'est pas une étude mais une compilation d'articles

Seigneurie, A-S.,
& Limousin, F.

Seigneurie, A-S.,
& Limousin, F.

niveau intellectuel.

<u>Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy</u>	USA	Étude	61 femmes ayant fait un déni de grossesse.	Décrire les caractéristiques/pr ofils des femmes ayant fait un déni de grossesse et /ou une dissimulation de grossesse.	Pas de profil type se dégage.	Oui	PubMed
Hatters Friedman, S., Henegham, A., & Rosenthal, M.	2007	rétrospective pendant six ans.	20 ayant fait une dissimulation de grossesse.		Ils ont comparé leurs résultats avec d'autres études (Allemande, Autrichienne et Française).	+ C'est une étude rétrospective + Taille échantillon importante	MIDIRS
<u>Frequency of denial of pregnancy: results and</u>	Allemagne	Étude	3 groupes : A : 65 femmes ayant fait un déni de grossesse.	Obtenir des données épidémiologiques sur une année sur le déni de grossesse.	Aucun profil type n'est dégagé.	Oui	PubMed
	2002	prospective				+ Etude prospective la plus récente sur le sujet.	MIDIRS

epidemiological

significance of a

1-year

prospective

study in Berlin

Wessel, J.,

Endrikat, J., &

Buscher, U

B : 25 femmes

ayant fait une

dénégation de

grossesse.

C: quatre

femmes qui ne

pouvaient pas

être classées

dans les deux

premiers

groupes (dont

un

néonaticide).

Denial of

pregnancy-

characteristics of

women at risk.

Wessel, J.,

Gauruder-

Allemagne

2007

Étude

prospective

sur une

année

L'étude recrute

65 femmes

ayant fait un

déni.

Investiguer les

caractéristiques

maternelles des

femmes ayant fait

un déni de

grossesse, dans le

Aucun profil

type ne peut

être clairement

établi.

Le groupe de

participant est

hétérogène.

Oui

+ Etude

prospective

+ S'intéressent au

profil des femmes

ayant un déni de

grossesse

PubMed

MIDIRS

Burmester, A., & Gerlinger, C.	Étude par entretien.	but d'identifier les femmes à risque.	Proposition de classer dans DSM.	+ Taille de l'échantillon intéressante
Solution proposée: psychothérapie préventive de la récursive				
<u>Maternal physical morbidity associated with denial of pregnancy</u>	Australie et Nouvelle-Zélande	Pour évaluer les risques de morbidité maternelle en cas de déni sont rares. Les soins prénataux sont importants dans la prévention de la morbidité et mortalité périnatale.	Les risques de morbidité maternelle en cas de déni sont rares. Les soins prénataux sont importants dans la prévention de la morbidité et mortalité périnatale.	Oui
Schultz, M., Bushati, T.	Étude rétrospective e sur sept ans.	Six cas de déni de grossesse ont été identifiés.	Les risques de morbidité maternelle liés au déni de grossesse.	+ Les auteurs étudient la morbidité liée au déni de grossesse. + Etude récente.
				CINAHL PubMed MIDIRS

<u>Denial of pregnancy - literature review and discussion of ethical and legal issues.</u>	Royaume-Uni 2011	Revue de littérature	Il se base sur différentes études faites en Allemagne, en Autriche et aux USA.	Trouver les caractéristiques des femmes ayant fait un déni de grossesse. L'auteur veut essayer de classer les dénis.	Trouvent les caractéristiques significatives des femmes souffrant de déni de grossesse. Proposition de traitement psychiatrique	Non - Une compilation d'articles sur le déni de grossesse	CINAHL
Jenkins, A., Millar, S., & Robins, J.							
<u>Le déni de grossesse : étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse.</u>	France 2013	Etude rétrospective sur cinq ans.	75 dossiers de découverte tardive de grossesse sur 5 ans au CHU d'Angers.	Recherche de paramètres épidémiologiques, cliniques et des pistes de prise en charge pouvant expliquer le déni	Pas de profil type clairement établi. Age moyen des femmes : 26 ans, situation	Oui + Taille de l'échantillon importante + Étude récente	BDSP



<p>Chautet, S., Juan-Chocard, A.-S., Vasseur, S., Hamel, J.-F., Duverger, P., Descamps, P., & Fanello, S.</p>	<p>afin d'avoir une action préventive.</p>	<p>conjugale stable: 55%, femmes multipares</p>	<p>+ Étude rétrospective française</p>
		<p>Proposent de classer le déni dans la CIM.</p>	
		<p>Proposent la mise en place d'une consultation psychiatrique ou psychologique lors de la découverte d'un déni pour prévenir les risques de récidive.</p>	

<u>Déni de</u>	France	Article sur	Pas de	Obtenir un	Aspect	Non	BDSP
<u>grossesse, infanticide et Justice.</u>	2013	les aspects épidémiologiques, sémantiques et juridiques du déni de grossesse et du néonaticide.	participants.	consensus sémantique, et faire une proposition de différenciation des mécanismes de défense.	politique du déni de grossesse avec la médiatisation du rôle du père peu évoqué important psychopathologie et notion inconscient.	- Ce n'est pas une étude.	
Dayan, J., & Bernard, A.							
<u>Non-psychotic denial of pregnancy: a psychoanalytical comprehension.</u>	Brésil	Étude descriptive basée sur différents auteurs.	Pas de participants.	Définir ce qu'est le déni, et regrouper l'avis de différents auteurs.	Pas de résultats significatifs.	- Il s'agit d'une compilation d'articles et non une étude.	PsychINFO
Gomes Gonçalves, T., Medeiros Kother							

Macedo, M., &
Conz, J.

<u>Psychosomatic disorder of gravida status: false and denied pregnancies</u>	USA	Revue de littérature.	Pas de participants.	Établir un profil type de femme.	La grossesse nerveuse et le déni de grossesse partagent des similitudes mais ont des résultats différents. Ils sont tous issus du même trouble psychosomatique	Non	PsychINFO
	2015			Propose une classification du déni.		- Il s'agit d'une compilation d'articles sur le déni de grossesse.	

Kenner, W.,
Stephen, E., &
Nicolson, S.

<u>Le déni de grossesse relève-t-il d'une maladie mentale ?</u>	2014	Pas d'étude scientifique, il s'agit d'une description, sans intervention.	Pas de participants.	Définir le déni de grossesse.	Pas de résultats.	Non	Ovid
	France					- Il ne s'agit pas d'une étude scientifique	

Jacob Alby, V.,
Quaderi, A., &
Vedie, C.

<u>Dénis et négations de grossesse : une revue de la littérature.</u> Seguin, S., Golse, B., &, Apter, G.	France 2013	Revue de littérature	Pas de participants	Faire un état des lieux du déni de grossesse et comprendre le mécanisme.	La diversité des théories vient elle-même souligner à quel point les recherches restent encore nécessaires.	Non - Ce n'est pas une étude scientifique mais une compilation d'articles	PsychINFO
<u>Représentations sociales du déni de grossesse chez des professionnels et futurs professionnels de maternité de la métropole lilloise</u> Janati Idrissi, M., Dany, L., & Libert, M.	France 2013	Étude quantitative	242 professionnels futurs (réponse à un questionnaire).	Évaluer auprès d'une population de professionnels de la maternité, les représentations sociales du déni de grossesse et leur relation à la pratique professionnelle.	La disparité des représentations du déni de grossesse, le rôle central de l'expérience clinique dans l'approche du phénomène et un paradoxe entre ressenti déclaré et	Oui + Car les auteurs étudient les représentations des professionnels.	PsychINFO

l'appréhension subjective.

<u>Seizures and metrorrhagia: a case of denied pregnancy</u>	Suisse 2015	Étude de cas Étude descriptive	une femme de 19 ans se présentant aux urgences: diagnostic de déni de grossesse	Présentation d'un cas de déni de grossesse	La prévalence du déni de grossesse n'est pas si rare.	Non - Etude d'un seul cas.	Ovid
Francisco, Zaldivar-Jolissaint, J., Bervini,D., Morisod Harari, M., Baud, D.			urgences: diagnostic de déni de grossesse		Caractéristique d'une femme ayant fait un déni de grossesse		

<u>Not your average birth: considering the possibility of denied or concealed pregnancy.</u>	2014 UK.	Étude de cas Descriptive.	Une femme de 23 ans se présentant aux urgences avec des fortes douleurs aux dos depuis trois jours.	Présentation d'un cas.	Caractéristiques d'une femme seule	Non - Un seul cas étudié, peu représentatif	Ovid
--	-------------	------------------------------	---	------------------------	------------------------------------	--	------

Stammers, K,
Long, N.

<u>Can denial pregnancy be a denial of fertility?</u>	Belgique	Étude de cas	Une femme de 44 ans en couple et avec des enfants.	Faire un lien entre le déni de grossesse et le déni de fertilité.	Les auteurs ont besoin de plus d'études pour confirmer leur hypothèse.	Non	Ovid
<u>A case discussion</u>	2013.	+				- Un seul cas étudié, peu représentatif	
Struye, A., Zdanowicz, N., Ibrahim, C & Reynaert, C		une revue de littérature.		Établir un profil des femmes ayant fait un déni de grossesse à partir de l'étude de cas.			

Annexe II : Grille d'analyse article 1 selon STROBE

Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin

Wessel, J., Endrikat, J., & Buscher, U. Allemagne

2002

Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 81, 1021-1027

Critères	Item	Evaluations	Oui / moyen / non
Titre et résumé	1(a)	Le titre et le résumé indiquent le type d'étude réalisé : étude quantitative prospective descriptive.	Oui
	(b)	Le résumé aborde le contexte, la méthode, les résultats et la conclusion de façon synthétique et objective.	Oui
Introduction	Contexte/ Justification	2 Le contexte scientifique est bien développé : les précédentes études décrivent le déni de grossesse sur seulement quelques cas et souvent dans un seul hôpital.	Oui
	Objectifs	3 L'objectif principal est de décrire les résultats de la fréquence du déni de grossesse et les conclusions épidémiologiques pertinentes. [traduction libre] (p. 1022)	Oui
Méthodes	Conception de l'étude	4 Les auteurs incluent les femmes ayant fait un déni de grossesse, selon qu'ils s'agissent d'un déni total ou partiel puis ils les interrogent [traduction libre] (p. 1022).	Oui

	Le déni est bien défini pour qu'il n'y ait pas de malentendu (à partir de 20 SA)	
Contexte	5 L'étude se déroule du 1er juillet 1995 au 30 juin 1996 comptabilisant tous les cas de déni de grossesse dans la zone métropolitaine de Berlin (19 hôpitaux obstétricaux et cinq autres institutions) [Traduction libre] (p. 1022)	Oui
	Pour un déni total ils réalisent une interview trois jours et trois mois après la naissance [traduction libre] (p. 1022). Pour un déni partiel, ils rencontrent les femmes en anténatal, puis rapidement après la naissance et à trois mois après la naissance [traduction libre] (p. 1022).	
Population	6(a) Les critères d'éligibilités sont assez clairs, les femmes incluses n'ont aucune perception subjective de l'existence de leur état gravide depuis au minimum 20SA [traduction libre] (p. 1022). - <u>En perpartum</u> : accouchement soudain suite à une absence ou une apparition tardive de soins prénataux (limite 20 SA) [traduction libre] (p. 1022). - <u>En anténatal</u> : suivi prénatal tardif (à partir de 20 SA) [traduction libre] (p. 1022).	Oui
	(b) Il y a 65 femmes ayant fait un déni (exposées) sur 28 529 femmes (non exposées) [traduction libre] (1023).	Oui
Variables	7 Cette étude ayant un caractère exploratoire, il n'y a ni expositions, ni facteurs de prédictions, ni facteurs de confusion, et ni facteurs d'influence. Le critère de diagnostic est l'absence subjective de l'existence de l'état gravide par les femmes depuis au minimum 20SA [traduction libre] (p. 1023).	Oui
Sources de données / mesures	8 - Etude des dossiers des patientes. - Interviews (avant ou après la naissance selon le type de déni de grossesse)	Oui

Biais	9	Les interviews sont réalisées par un des auteurs (JW) dans la plupart des cas avec un psychothérapeute d'une clinique psychosomatique. Il pourrait s'agir d'un biais puisqu'on sait qu'il est présent pour la majorité des interviews mais on ne sait pas pour combien.	Moyen
Taille de l'étude	10	La fréquence du ratio a été calculée sur la base du nombre de cas de patientes qui correspondaient aux critères.	Oui
Variables quantitatives	11	<ul style="list-style-type: none"> - L'âge - La primiparité - Le poids de naissance 	Oui
Analyses statistiques	12(a)	Les auteurs expliquent dans la partie résultats qu'ils ont utilisés le chi ² .	Oui
	(b)	Non expliqué	
	(c)	Les données manquantes ne sont pas expliquées.	Non
	(d)	Non applicable	
	(e)	Non applicable	
Résultats	13 (a)	94 femmes ont correspondu aux critères, elles sont réparties en trois groupes : <ul style="list-style-type: none"> - <u>A</u> : 65 femmes incluses pour ayant fait un déni (l'interview sera réalisée seulement après la naissance) quatre d'entre elles sont exclues car le déni s'est produit en dehors de la période d'études [traduction libre] (p.1023). - <u>B</u> : 25 femmes ayant dissimulées leur grossesse ou avec une raison personnelle de ne pas avoir de suivi prénataux [traduction libre] (p.1023). Ces femmes sont exclues. - <u>C</u> : quatre femmes n'ayant pas fait un déni de grossesse, mais se « forçant » inconsciemment à « oublier » cette grossesse [traduction libre] (p.1023). Elles 	Oui

n'ont pas fait un déni typique. Parmi ces femmes, nous notons un cas de néonaticide inclu dans la population de l'étude. Ce critère semble difficile à distinguer du critère d'inclusion du groupe A, il pourrait s'agir d'un éventuel biais

- Au total 62 femmes sont incluses dans l'étude.

Oui

(b) Les raisons de non-participation à l'étude sont bien décrites :

- quatre femmes ayant eu un déni ont été exclues car elles n'ont pas accouché dans la période de l'étude [traduction libre] (p.1023).

- 25 femmes ont été exclues pour dissimulation de grossesse et non déni [traduction libre] (p.1023).

- trois femmes ont fait un déni « forcé » et non un déni typique.

Oui

(c) Le tableau 1 permet de bien comprendre l'inclusion et l'exclusion des femmes

Oui

Données descriptives 14 (a) Les caractéristiques étudiées pour le groupe A :

- Age : 90% des femmes ont entre 19-41 ans, médiane 27 ans (entre 15 et 44 ans) Nationalité : 61 allemandes et quatre immigrées

- Statut marital : 54 femmes ont un partenaire proche (dont 42 vivent avec ce partenaire (mariées ou non)). Trois mineures vivent avec leurs parents. Une patiente admise. Après un examen psychiatrique cette femme a été admise dans l'étude

- Parité : 36 femmes ont déjà accouché (dont huit ont eut une interruption et/ou une fausse couche), 21 femmes nullipares

	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Diagnostic de l'existence d'un déni</u> : 24 femmes diagnostiquée en perpartum par un début de travail (trois femmes à la maison) et 41 femmes diagnostiquées en prénatal - <u>Accouchement/nouveau-né</u> : 69 naissances (61 naissances uniques et 4 paires de jumeaux) 12 prématurés (trois non viables pour pré terme : un spontanée à 21SA et 2 interrompus à 21 et 23SA), 53 naissances à terme, 56 néonates et un mort-né (41 AVB, deux naissances par siège, 11 césariennes ou naissances instrumentées) 37 garçons et 32 filles, entre 995g et 4920g (pour les viables) 26% SGA <input type="checkbox"/> 51 nouveau-nés restent avec leurs parents, 13 en adoption, un placé en famille d'accueil. 19 transférés en néonatalogie parmi eux 	Non
(b)	Les auteurs n'ont pas mentionné les données manquantes.	Non
(c)	Non évaluable	
Données obtenues	15	Oui
	<ul style="list-style-type: none"> - Il n'y aurait pas de différence entre l'ancien est et ouest Berlin (le contexte géopolitique suite à la chute du mur de Berlin est à prendre en compte. L'ancienne politique de santé et le contexte de vie et culturel pouvaient être différent et avoir une influence encore six années après) - Les cas sont apparus seulement dans les hôpitaux obstétricaux (pas de cas de déni dans les autres institutions) (14 hôpitaux ont eu au moins un cas et le nombre de cas maximum est de 15 pour un hôpital) [traduction libre] (p. 1025). - La prévalence varie selon les hôpitaux de 1/165 à 1/1796 	
Principaux résultats	16(a)	Non mentionné dans la méthodologie mais nommé dans la partie discussion.
		Non

	(b)	Non applicable.	
	(c)	Non applicable.	
Autres analyses	17	Non mentionné dans les résultats mais dans la discussion.	Non
Résultats clés	18	<p>- Les auteurs utilisent une limite de 20SA pour définir le déni et le justifient avec littérature</p> <p>- La prévalence du déni de grossesse est de 1/475</p> <p>- Il y a plus de femmes immigrées qui dissimulent leur grossesse (p<0.01)</p> <p>- Les femmes immigrées font moins de déni que les femmes de nationalité allemande (p <0.01)</p> <p>- Les nouveau-nés d'un déni de grossesse ont un poids de naissance <2500g</p> <p>- Il y aurait plus de small gestational age (26.1% contre 8%)</p> <p>- Il y aurait plus de prématurité (<37 SA : 18.5% contre 7.4%)</p> <p>- Le transfert en néonatalogie est significativement augmenté dans les cas de déni de grossesse (29.2% contre 9.2%)</p> <p>- Cette étude permet de connaître la répartition entre le déni partiel et le déni total (37 femmes ont appris leur grossesse durant la grossesse, 24 femmes ont été surprises au moment de l'accouchement de mettre au monde un enfant viable sans diagnostic de grossesse par un médecin, cinq femmes soupçonnaient ou savaient leur grossesse sans connaître le terme exact, et 12 femmes n'avaient absolument pas vu arriver cette naissance) [Traction] (p. 1024).</p>	Oui

	<ul style="list-style-type: none"> - Pour ces auteurs, la définition du déni de grossesse serait, les femmes qui n'ont pas eu de soins prénataux et qui ont découvert tardivement leur grossesse [traduction libre] (p. 1024). - Pour les auteurs la fréquence du déni de grossesse serait la même que pour les autres régions sociodémographiques [traduction libre] (p. 1025). - Les auteurs comparent la fréquence du déni de grossesse à des pathologies obstétricales telles la rupture utérine, le placenta prævia ou les triplés [traduction libre] (p. 1025). Selon eux, la fréquence de faire un déni de grossesse diagnostiqué après 20 SA est plus importante que la survenue d'une rupture utérine ou de triplés [traduction libre] (p. 1025). 	Oui
Limitations	19 Puisque l'étude est prospective, l'échantillon est difficile à prévoir L'étude est relativement ancienne.	Oui
Interprétation	20 Cette étude semble pertinente parce qu'elle est prospective et qu'elle draine un large échantillon, ce qui est une première au moment de la réalisation de cette étude. Cependant, l'étude est relativement ancienne, nous pouvons imaginer que les politiques de santé ne sont plus les mêmes ainsi que les habitudes de vie de la population. Néanmoins cette étude permet d'établir la fréquence du déni et de la comparer à d'autres pathologies obstétricales. Cette étude permet de classer le déni en fonction du diagnostic de la grossesse, mais aussi d'établir le déni de grossesse comme un facteur de risque pour le nouveau-né (SGA, prématurité). Par ailleurs, cela démontre qu'il n'existe pas de profil type des femmes subissant un déni. Par ailleurs, le fait d'être migrantes ne serait pas un facteur de risque.	Oui

« Généralisabilité »	21	Comme évoqué précédemment, cette étude semble généralisable par son large échantillonnage, et par sa proximité géographique de la Suisse. Néanmoins, en vue de l'ancienneté de l'étude et du contexte géopolitique (post chute du mur de Berlin), cette étude ne serait pas généralisable au-delà des frontières européennes.	Moyen
Autre information	22	Etude financée par la fondation de recherche allemande.	Oui

Annexe III : Grille d'analyse article 2 selon STROBE

Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: A proposal for international classification systems

Beier, K., Wille, R, and Wessel J.

2005

Journal of psychosomatic research, 61(5), 723-730

	Critères	Item	Évaluations	Oui / moyen / non
Titre et résumé		1(a)	Le but de l'étude est cité dans le titre mais pas le type d'étude. Dans le résumé, les auteurs n'indiquent pas le type d'étude. Cela détaillé plus loin dans la méthode.	Moyen
		(b)	Le résumé est bien structuré. La méthode est décrite succinctement.	Oui
Introduction	Contexte/ Justification	2	Le contexte est bien décrit et justifié.	Oui
	Objectifs	3	Ils proposent d'intégrer le déni de grossesse dans le DSM et ICD (dans la catégorie désordre de la fonction reproductive).	Oui
Méthodes	Conception de l'étude	4	C' est une étude descriptive se basant sur deux précédentes études :	Oui
		-	Une étude prospective transversale entre 1995 et 1996 à Berlin => étude n°1	

	-	Une étude rétrospective se basant sur des dossiers médico-légaux liés à des néonaticides sur toute l'Allemagne de 80 à 89 => étude n°2	Oui
Contexte	5	- <u>étude n°1</u> : dans 19 hôpitaux du 1/07/1995 au 30/06/1996 à Berlin - <u>étude n°2</u> : étude transversale rétrospective, 213 cas d'autopsies sur des morts suspects de nouveau-nés, dont 98 relèvent de néonaticides.	
Population	6(a)	<u>Les critères d'éligibilités</u> : - <u>étude n°1</u> : toutes les femmes présentant un déni de grossesse avant 20SA ou plus, ainsi que celles présentant une dissimulation, s'étant présentées dans un des 19 hôpitaux et ayant donné leur consentement pour participer à l'étude. - <u>étude n°2</u> : tous les cas de néonaticides avérés grâce à l'autopsie des nouveau-nés morts de façon suspectes <u>Les sources</u> : pour l'étude n°2, il s'agit de l'institut médico-légal de la république fédérale allemande.	Moyen
	(b)	Non applicable	
Variables	7	Critères de diagnostic des femmes faisant un déni de grossesse pour les auteurs 1) la certitude subjective de la femme enceinte qu'elle n'est pas enceinte [traduction libre] (p. 724). 2) l'absence de signes de grossesse, ou interprétation des signes [traduction libre] (p. 724). 3) visite médicale sans découverte de la grossesse [traduction libre] (p. 724). 4) comportement social inchangé durant le déni: aller à la piscine, essayer des vêtements [traduction libre] (p. 724).	Oui

	5) comportements sexuels et contraception inchangés [traduction libre] (p. 724).	
	6) n'a jamais envisagé une interruption volontaire de grossesse [traduction libre] (p. 724).	
	7) absence complète de préparation pour la naissance [traduction libre] (p. 724).	
	8) mauvaise interprétation des signes de mise en travail et être surprise de la naissance [traduction libre] (p. 724).	
Sources de données / mesures	8 Non abordé dans la méthode. Pour l'étude n°1, nous ne savons pas s'ils se sont basés sur les résultats de la 1ère étude ou s'ils ont étudié les dossiers.	Moyen
Biais	9 Non mentionnés dans la méthode. Le fait que les auteurs se basent sur des dossiers représenterait un biais éventuel.	Non
Taille de l'étude	10 - <u>étude n°1</u> : taille de l'étude non estimée. - <u>étude n°2</u> : non mentionné car il s'agit d'une étude rétrospective.	Non
Variables quantitatives	11 - <u>étude n°1</u> : âge (mentionné dans les résultats) - <u>étude n°2</u> : âge (mentionné dans les résultats)	Non
Analyses statistiques	12(a) Analyses statistiques non décrites dans la méthode. Ce point aurait pu être plus détaillé par les auteurs.	Non
	(b) Non applicable.	
	(c) Non applicable.	
	(d) Les auteurs utilisent les mêmes caractéristiques pour les deux études et les comparent. Il s'agit de statistiques descriptives.	Oui

(e) Non applicable.

Résultats

Population

13 (a) étude n°1: - potentielles éligibles : 94 femmes

- examinées pour éligibilité: 94 femmes

- confirmées éligibles et inclus dans l'étude: 78 femmes séparées en deux groupes: les dénis de grossesse (66 femmes) et les dissimulations de grossesse (12 femmes) qui vont être comparées entre elles.

étude n°2: - potentiels éligibles: 213 cas

- examinées pour éligibilité: 98 cas

- confirmés éligibles: 93 cas (5 exclus)

- inclus dans l'étude: 42 cas de déni de grossesse
51 cas de dissimulation de grossesse.

(b) étude n°1: pas d'exclusion

Moyen

étude n°2: 5 cas exclus non expliqué

(c) Les auteurs n'ont pas fait de diagramme de flux, ce qui aurait permis une meilleure clarté de la sélection des participants et du choix de la population finale

Non

Données descriptives

14 (a) étude n°1:

Oui

Caractéristiques sociodémographiques des femmes :

- l'âge : 15-20 ans: 15% pour les dénis et 42% pour les grossesses dissimulées.

21-30 ans : 44% pour les dénis et 50% pour les dissimulations

+de 30 ans : 41% pour les dénis et 8% pour les dissimulations

- situation de vie : avec parents: 11% pour les dénis et 50% pour les dissimulations.

avec mari/copain : 62% pour les dénis et 25% pour les dissimulations.

seul : 21% pour les dénis et 8% pour les dissimulations.

autre: 3% pour les dénis et 17% pour les dissimulations.

- niveau d'éducation: étudiante: 9% pour les dénis et 33% pour les dissimulations.

cadres: 27% pour les dénis et 8% pour les dissimulations.

employé: 55% pour les dénis et 58% pour les dissimulations.

femme au foyer: 9% pour les dénis et pas de données pour les dissimulations.

- statut marital: seule: 75% pour les dénis et 58% pour les dissimulations.

mariées :17% pour les dénis et 33% pour les dissimulations.

divorcées/séparées: 8% pour les dénis et 9% pour les dissimulations.

- coparentalité avec le père des enfants
partenaire fréquent: 74% pour les dénis et 58% pour les

dissimulations.

anciens partenariats: 8% pour les dénis et pas de données pour les

dissimulations.

connaissances de passage: 8% pour les dénis et 17% pour les dissimulations.

autres: 11% pour les dénis et 25% pour les dissimulations.

- parité : primiparité 44% pour les dénis et 75% pour les dissimulations
multiparité 56 % pour les dénis et 25% pour les dissimulations
- maladie psychiatrique : 5% pour les dénis, pas de données pour les dissimulations

- consommation de substance : 8% pour les déni et 8% pour les dissimulations

étude n°2:

Caractéristiques sociodémographiques des femmes :

- l'âge: 15-20 ans: 53% pour les dénis et 60% pour les grossesses dissimulées.

21-30 ans: 38% pour les dénis et 26% pour les dissimulations

+de 30 ans: 9% pour les dénis et 14% pour les dissimulations

- situation de vie: avec parents: 57% pour les dénis et 56% pour les dissimulations.

avec mari/copain: 30% pour les dénis et 26% pour les dissimulations.

seules: 13% pour les dénis et 18% pour les dissimulations.

autre: pas de données.

- niveau d'éducation: étudiante: 29% pour les dénis et 26% pour les dissimulations

cadres: 35% pour les dénis et 42% pour les dissimulations

employées: 24% pour les dénis et 23% pour les dissimulations
femmes au foyer: 6% pour les dénis et 6% pour les
dissimulations.

- statut marital: seule: 73% pour les dénis et 72% pour les dissimulations
mariées: 24% pour les dénis et 25% pour les dissimulations
divorcées/séparées 3% pour les dénis et 3% pour les dissimulations
- coparentalité avec le père des enfants: partenaire fréquent: 68% pour les
dénis et 63% pour les dissimulations

anciens partenariats: 9% pour les dénis et
23% pour les dissimulations

connaissances de passage: 18% pour les
dénis et 10 % pour les dissimulations

autres: 5% pour les dénis et 4 % pour les
dissimulations

- parité : primiparité 66% pour les dénis et 63% pour les dissimulations
multiparité 34% pour les dénis et 37% pour les dissimulations
- maladie psychiatrique : pas de données pour les dénis, 2% pour les
dissimulations

- consommation de substance : pas de données

(b) Étude n° 1 : pas de non-participation.

Étude n° 2: pas de non-participation.

(c) Non applicable

Oui

Données obtenues

15

Étude n°1 :

Oui

Pour les dénis de grossesse :

- quatre paires de jumeaux.
- 62 naissances uniques.
- 12 pré-termes dont trois non viables. (1 spontané à 21SA et 2 interruptions à 21 et 23 SA)
- 54 à terme dont un mort-né et un néonaticide.
- 42 AVB, deux sièges, 11 naissances instrumentées (incluant césarienne)
- poids de naissance: 995g et 4920g
- 51 sont retournés avec leurs parents, 13 mis en adoption et un en famille d'accueil.

Pour les dissimulations :

- 13 naissances
- 11 naissances uniques
- une paire de jumeaux
- un pré terme
- 10 AVB spontanés et 2 césariennes
- poids de naissance : 1560 et 4380 g
- huit enfants retournés avec leurs parents, trois mis en adoption et deux en famille d'accueil.

Étude n°2 :

Pour les dénis de grossesse :

- 10 ont consulté un médecin la semaine précédant l'accouchement
- 23 ont conservé leurs menstruations
- 10 avaient encore des relations intimes deux semaines avant l'accouchement avec leur partenaire qui n'était pas au courant de la grossesse

Pour les dissimulations

- cinq ont conservé leurs menstruations.

Les cause de décès sont non certaines mais expliquées entre autre part (163 cas) sur : absence de soins du nouveau-né, l'abandon du nouveau-né, hypothermie, étouffé, négligé, pathologie non diagnostiquées peu claires [traduction libre] (p. 726).

Principaux résultats 16(a) Les statistiques étant descriptives, nous avons notés les principaux résultats dans les données obtenues.

(b) Non applicable

(c) Non applicable

Autres analyses 17 Non évaluable

Discussion

Résultats clés 18 Étude n°1 :

- La prévalence du déni de grossesse est de 1/475
- Le déni de grossesse et la dissimulation ne sont pas deux entités séparables

Étude n°2 :

- Les femmes sont immatures, jeunes et avec des compétences inférieures.

Pour les deux études :

- La situation maritale n'influe pas sur le déni [traduction libre] (p. 725).

Oui

- L'inexpérience sexuelle et sociale n'influence pas sur le déni de grossesse [traduction libre] (p. 727).

- Le faible taux de femmes atteintes de maladie psychiatrique ou de dépendance

- Le déni ne touche pas particulièrement les adolescentes.

- 38% des femmes ont eu une visite médicale ne diagnostiquant pas le déni de grossesse, ce qui peut montrer le possible manque de connaissances spécifique obstétricale des médecins généralistes. Les auteurs conseilleraient l'utilisation de test de grossesse chez les femmes en âge de procréer de façon plus systématique. Cela rend le médecin adhérent au déni.

- 46% des femmes ont eu des menstruations régulières et 12% des menstruations irrégulières. Cela est dû à un trouble endocrinien. La prise de contraception n'explique pas le maintien des menstruations. Les auteurs expliquent que ce phénomène n'est pas clair.

- L'hétérogénéité des femmes atteintes d'un déni, ce qui prouve qu'il n'y a pas de caractéristique, ni de profil type de femmes.

- Le stress, la séparation du conjoint et les problèmes personnels pourraient jouer un rôle [traduction libre] (p. 727). Les auteurs proposent pour une meilleure prise en charge que le déni de grossesse soit intégré dans la formation des médecins et des sages-femmes.

- La primiparité n'est pas un facteur prédisposant.

Les auteurs décrivent les cas de néonaticides découverts entre 1980 à 1989, ils en décomptent 163 étudiables (non décomposé). Cependant nous ne comprenons pas les 98 cas sélectionnés pour l'étude n°2.

Les auteurs ne mentionnent pas de lui-même des limitations à son étude.

Interprétation	20	Le déni de grossesse ne peut pas être inclus dans le DSM puisque la grossesse n'entre pas comme un désordre. C'est pourquoi les auteurs proposent alors de créer une nouvelle catégorie pour intégrer le déni de grossesse dans le DSM ou dans l'ICD.	Oui
----------------	----	---	-----

« généralisabilité »	21	C'est généralisable d'un point de vue de la population qui reflète un échantillon européen ainsi que du recueil des données pertinentes. Le nombre de participant est conséquent et l'étude est bien menée, ce qui joue en la faveur de la « généralisabilité » des résultats. Cela étant, les résultats ne sont pas extensibles à un niveau international. Par ailleurs, cette étude date de 20 ans, la population ne reflète pas forcément la population actuelle, notamment dans le contexte géopolitique de l'époque.	Oui/ Moyen
----------------------	----	---	---------------

Autre information	Financement	22	L'étude a été financée par la fondation pour la recherche Allemande.	Oui
--------------------------	-------------	----	--	-----

Annexe IV : Grille d'analyse article 3 selon STROBE

The incidence and outcome of concealed pregnancies among hospital deliveries: An 11-year population-based study in South

Glamorgan

Nirmal, D., Thijs, I., Bethel, J., & Bhal, P.-S

2006

Journal of Obstetrics and Gynaecology, 26(2), 118-121

	Critères	Item	Evaluations	Oui / moyen / non
Titre et résumé		1(a)	Le type d'étude n'est pas indiqué dans le titre, mais est suggéré dans le résumé. C'est une étude rétrospective descriptive.	Oui
		(b)	Le résumé n'est pas structuré selon le mode habituel (introduction, méthode, résultats et conclusion). Cependant, les principales informations sur les résultats sont retranscrites.	Oui
Introduction	Contexte/ Justification	2	La problématique est bien décrite mais avec des données relativement anciennes, études de 1983 et 1990. Ces études sont citées et peu détaillées. Les auteurs sont succincts dans leur argumentation sur l'importance du sujet.	Moyen
	Objectifs	3	Les objectifs sont clairement énoncés. Le déni de grossesse est un facteur de risque prénatal et a des conséquences sur la sécurité de l'accouchement. Il pose un objectif : le déni de grossesse a-t-il des conséquences sur la santé maternelle et périnatale? [traduction libre] (p. 118)	Oui

Méthodes	Conception de l'étude	4	<p>Le rôle des chercheurs n'est pas clairement identifié et remet en question la notion d'objectivité et de pertinence. Cependant nous savons que les auteurs font partis du département de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital Universitaire du Pays de Galles à Cardiff d'où la légitimité de leur démarche. Néanmoins il y a bien un lien entre les chercheurs et le milieu ce qui peut constituer une influence sur la lecture des résultats. Il s'agit d'explorer un groupe sur une période fixe au moyen d'une collecte de données approfondies, c'est une démarche descriptive. D'après Fortin. (2010) « ce type d'étude est utilisé quand le niveau de connaissances sur un sujet donné est nul ou faible » (p.32).</p> <p>L'étude ici se déroule sur 11 ans.</p>	Oui
	Contexte	5	<p>La collecte des données prend en compte une période de 11 ans (1989 à 1999) dans plusieurs hôpitaux du Pays-de-Galles au Royaume-Uni. Nous n'avons pas d'informations significatives sur les caractéristiques du milieu et des personnes qui sont impliqués. Les auteurs s'appuient sur une base de données recensant toutes les naissances dont les dénis de grossesse. Ils admettent que certains dénis ne sont pas forcément répertoriés, ce qui pourrait constituer un biais.</p>	Oui
	Population	6(a)	<p>Le critère d'inclusion est le déni de grossesse. La définition du déni par les auteurs est la non connaissance de la grossesse avant l'admission en travail et sans soins anténataux [traduction libre] (p. 118). Par contre ils ne différencient pas le déni de la dissimulation de grossesse. Dans cette étude, le choix s'effectue sur une base de données recensant toutes les naissances dans le Sud du Glamorgan [traduction libre] (p. 118).</p> <p>Il n'y a pas de critères d'exclusion.</p>	Oui
		(b)	Non évaluable	

Variables	7	Non applicable	
Sources de données / mesures	8	Aucune information sur le recueil des informations n'est donnée. Les auteurs précisent seulement avoir choisi les cas de dénis sur une base de données. [traduction libre] (p. 118)	Oui
Biais	9	Les biais ne sont pas mentionnés. Nous ne savons pas quand le recueil a été effectué et par quel intervenant. Il existe un possible biais dans la retranscription des données sur la base. La petitesse de cet échantillon est dû au fait que tous les cas durant ces 11 ans n'ont pas forcément été tous recensés dans la base.	Moyen
Taille de l'étude	10	Ils recensent 24 cas de déni sur 11 ans. [traduction libre] (p. 118) (L'incidence du déni de grossesse pour cette étude est donc 1/2500)	Oui
Variables quantitatives	11	Non mentionné	
Analyses statistiques	12(a)	Les statistiques sont bien expliquées. Les auteurs utilisent le test Chi ² et le Fisher test. La P value est énoncé dans la partie méthode et calculé avec le logiciel SPSS. p<0.05	Oui
	(b)	Non applicable	
	(c)	Non applicable	
	(d)	Non applicable car c'est une étude transversale rétrospective	
	(e)	Non applicable	

Résultats	Population	13 (a) La taille de l'échantillon est de 24 femmes, toutes les femmes sont étudiées et incluses dans l'étude.	Oui
		(b) Pour les données du post-partum, les auteurs excluent les deux cas de décès (un foeto-maternel et un foetal). [traduction libre] (p. 119) Par contre, ils conservent ces données pour le reste de l'étude	Oui
		(c) Non réalisé dans cette étude	
	Données descriptives	14 (a) Les caractéristiques de la population étudiée sont : <ul style="list-style-type: none"> - <u>minorité ethnique</u>: Caucasienne 71%; Black 13%, Autres ethnies 8% et non documentées 8% - <u>âge</u>: 24.8 ans en moyenne +7,7 SD (de 15 à 42 ans) - <u>statut marital</u> : 21% des femmes sont mariées - <u>parité</u> : 58% sont multipares - <u>antécédent de déni</u>: 8% - <u>antécédent de césarienne</u>: 8% - <u>enfant à charge</u>: 12% - <u>consommation de toxiques</u>: 8% - <u>fumeur</u>: 37% - <u>maladies préexistantes</u>: 20% - une femme a présenté des signes de PE - une femme a fait une éclampsie compliquée par une CIVD 	Oui

- Conséquences dans le postpartum : un cas d'infection urinaire et un cas d'endométrite. (pas de différence significative concernant l'existence des hémorragies du postpartum) et un cas de troubles psychiques.
- le mode d'accouchement (voie basse spontanée, voie basse instrumentée ou césarienne)
 - la prématurité ou l'admission en soins néonataux: 29% et 13% respectivement
- APGAR: <5 à 8min 20%
<5 à 1min 8%
- sexe des nouveau-nés: 11 garçons (45%) et 13 filles (54%)
- petit poids de naissance: 11% (< au 3^o percentile)

(b) Non applicable

(c) Non applicable

Données obtenues 15 Les auteurs ont trouvé des données concernant la prévalence des dénis en fonction des saisons Selon eux, la prévalence la plus élevée des dénis de grossesse serait l'hiver ($p < 0.05$). Ces données sont significatives. Oui

Principaux résultats 16(a) Le seul résultat significatif relevé est l'augmentation de la prématurité lors de déni de grossesse ($p < 0.01$) par rapport à une grossesse connue. [traduction libre] (p. 119) Oui

Le mode d'accouchement ne varie pas de façon significative en fonction de la connaissance de la grossesse. Les admissions néonatales non plus.

(b) Non applicable

(c) Non applicable

Autres analyses 17 Non évaluable

Résultats clés 18 Les auteurs démontrent que ces accouchements sont plus à risques et citent les risques néonataux. Oui
La seule donnée significative est le critère de prématurité qui est plus élevée dans les cas de déni avec un $p < 0.01$. Il reprend des notions développées dans des études récentes dans le contexte de l'écriture de l'article.

Les auteurs proposent d'effectuer un suivi obstétrical voire pharmacologique associé à un suivi psychologique dans le but d'évaluer les compétences parentales et ainsi proposer un réseau de soutien. Ils proposent également une surveillance accrue dans le post-partum afin d'éviter des complications du lien d'attachement mère-bébé.

Limitations 19 Les auteurs notent que la taille de l'échantillon est peu représentative de l'ensemble de la population donc peu généralisable. [traduction] (p.120) Oui

Par ailleurs, la différence entre le déni et la dissimulation n'est pas bien définie.

Interprétation 20 L'objectif a été partiellement atteint. La comparaison en fonction des saisons est un fait nouveau. Ce dernier point est novateur mais ne nous semble pas pertinent étant donné l'objectif de départ. Oui

« généralisabilité »	21	Non. L'ouverture que propose l'auteur serait d'effectuer une autre étude à une échelle régionale ou nationale.	Non
Autre information	Financement	22	Aucunes informations mentionnées sur le financement de l'étude

Annexe V : Grille d'analyse article 4 selon STROBE

Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy

Hatters Friedman, S., Heneghan, H., & Rosenthal, M.

2007

Psychosomatics 48(2), 117-122

Critères	Item	Evaluations	Oui / moyen / non
Titre et résumé	1(a)	Le type d'étude réalisé n'est pas indiqué dans le titre mais l'est le résumé.	Oui
	(b)	Le résumé expose de façon synthétique les différentes parties de l'article.	Moyen
Introduction	2	La définition et les risques du déni et de la dissimulation de grossesse sont présentés. Les auteurs font référence à une étude allemande pour les données épidémiologiques, cela justifie leur recherche. Pour eux les caractéristiques du déni de grossesse semblent liées à celles de la dissimulation de grossesse. Ce dernier point n'est pas courant dans les études. En effet les dénis de grossesse n'ont pas les mêmes caractéristiques cliniques et psychologiques que les dissimulations de grossesse.	Moyen

Objectifs	3	<p>Le but de cette étude est de décrire et de comparer les caractéristiques des femmes présentant un déni de grossesse ou une dissimulation de grossesse [traduction libre] (p. 118). Ils formulent les 4 hypothèses suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les femmes qui font un déni ou une dissimulation de grossesse seraient jeunes, primipares, vivent avec leurs parents et ont un faible niveau d'éducation [traduction libre] (p. 118). - Elles seraient de niveau socio-économique pauvre et auraient été victimes d'abus [traduction libre] (p. 118). - Elles auraient des antécédents psychiatriques [traduction libre] (p. 118) - Les femmes qui ont dissimulé leur grossesse auraient été au courant de leurs grossesses plus tôt que leurs homologues qui ont fait un déni de grossesse [traduction libre] (p. 118). 	Oui
Méthodes	4	<p>Les éléments clés de l'étude sont présentés au début du paragraphe méthode. Les auteurs ont eu l'approbation d'un comité institutionnel pour leur recherche rétrospective.</p>	Oui
Contexte	5	<p>Le contexte est énoncé de façon sommaire. L'étude se déroule dans un CHU urbain, nous ne savons pas lequel, ni dans quel pays cela se trouve. Ce dernier point gêne à la compréhension des caractéristiques continentales, culturelles de la population et à une éventuelle comparaison avec une autre population lors de l'élaboration d'une autre étude. Par contre, la période de recrutement est claire : les cas concernés ont été recrutés entre janvier 1997 et décembre 2003.</p>	Moyen

Population	6(a)	<p>Le critère d'éligibilité est l'absence de soins prénataux au troisième trimestre secondaire à un déni ou une dissimulation de grossesse. [traduction libre] (p. 118)</p> <p>Les sujets ont été identifiés par le ICD-9 code V23.7. Les dossiers sélectionnés ont été passés en revue pour vérifier l'absence complète de soin prénatal. [traduction libre] (p. 118) Le dossier médical a été aussi passé en revue pour discerner la cause de cette absence de soin prénatal.</p> <p>Le déni de grossesse est défini. C'est l'absence de soins prénataux avant l'accouchement, incluant les femmes qui ont été surprises à l'annonce de leur grossesse lors de l'accouchement et celles qui ont eu des périodes de conscience cognitive manifeste mais aucune reconnaissance de la grossesse (déni affectif). [traduction libre] (p. 118). La dissimulation est la conscience de l'état de grossesse qui a été cachée aux autres. [traduction libre] (p. 118). Aucune notion de nombre n'est présentée dans la rubrique méthode.</p> <p>Par soucis de précision, les cas de toxicomanie ont été exclus du groupe de cas, car la consommation de substance peut être une cause d'absence de soins prénataux. [traduction libre] (p. 118).</p>	Oui
Variables	(b) 7	<p>Non applicable car étude rétrospective transversale</p> <p>Les critères étudiés sont : les antécédents obstétricaux, le support (aide) social, les antécédents d'abus sexuels et de consommation de drogues, antécédents psychiatriques ou de retard mental, lieu de naissance, motif de consultation, le moment de la grossesse ou la femme a eu conscience de sa grossesse, l'utilisation de contraceptif, raison du manque de suivi prénatal, placement d'enfant.</p>	Oui

<p>Les facteurs de prédisposition sont : les femmes jeunes, primipares, qui vivent avec leurs parents et ont un faible niveau d'éducation de niveau socio-économique pauvre et auraient été victimes d'abus, avec des antécédents psychiatriques [traduction libre] (p. 118). Ces derniers points correspondent à l'hypothèse de départ.</p>	
Sources de données / mesures	8 La source de donnée est un logiciel base de données de l'hôpital universitaire, où sont conservés les dossiers médicaux. Ce sont des sources qualitatives et quantitatives. Oui
Biais	9 Ne sont pas mentionnés. Afin de les éviter, les auteurs ont vérifiés les causes d'absence de soins prénataux. Moyen
	<p>Cependant on ne sait pas quand le recueil a été effectué et par qui. Possible biais dans la retranscription des données sur la base. C'est une étude rétrospective.</p>
Taille de l'étude	10 Non mentionné
Variables quantitatives	11 Age des femmes, nombre de grossesse et temps de connaissance de la grossesse Oui
Analyses statistiques	12(a) Les statistiques sont bien expliquées. Les tests de Fisher et Chi ² ont été effectué par le logiciel SAS 9.1 [traduction libre] (p. 118). Le calcul de la P value permet de rendre compte des résultats significatifs. Sur la base d'analyses unies variées et des analyses de bi variées, la régression logistique a été exécutée [traduction libre] (p. 118). Oui
	(b) Non mentionné Non
	(c) Non mentionné Non
	(d) Non applicable

	(e)	Non applicable	
Résultats	13 (a)	<p>Au total il y a eu 31 475 accouchements dans le centre hospitalier en sept ans.</p> <p>Parmi 216 accouchements de 211 femmes sans soins prénataux ont été trouvés : 61 dénis de grossesse et 20 dissimulations [traduction libre] (p. 118). Deux femmes ont eu deux dénis de grossesse durant la période [traduction libre] (p. 118).</p>	Oui
	(b)	Non mentionné	
	(c)	Non utilisé dans cette étude	
Données descriptives	14 (a)	<p>Les caractéristiques de femmes sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Age</u> : 23% dans la vingtaine et 40% de 18 ans ou moins - <u>Lieu de vie</u> : chez leur mère (pas de donnée chiffrée), avec un partenaire (13% des dénis, 0 de dissimulation) - <u>Support social</u> : mère des femmes (50%), père de l'enfant (32%) - <u>Niveau scolaire</u> : baccalauréat pour 66% des dénis et 45% des dissimulations - <u>Travail</u> : déni (42% employée, 23% étudiante, 30% sans travail) dissimulation (15% employée, 50% étudiante, 35% sans travail) - <u>Antécédent d'abus</u> : 8% dénis et 12% dissimulations - <u>Antécédent de grossesse</u> : déni (26% primigestes, 74% multigestes, 20% fausse couche), dissimulations (35% primigestes, 65% multigestes, 15% fausse couche) - <u>Durée conscience de la grossesse avant l'accouchement</u> : déni (69% quelques semaines, 31% > 1 mois, 26 données manquantes) 	Oui

dissimulation (27% quelques semaines, 72% > 1 mois, 9 données manquantes)

- Motifs de consultation : déni (25% douleur abdo, 19% saignement vaginal, 45% autre signe de grossesse, 11% autre), dissimulation (22% douleur abdo, 11% saignement vaginal, 61% autre signe de grossesse, 6% autre)

- Consultation psychiatrique demandée : déni 2%, dissimulation 15%

- Contraception : déni 6% (trois hormonales, un préservatif), dissimulation (une femme post ligature de trompe)

- Lieu d'accouchement : déni (6% domicile, 94% hôpital), dissimulation (15% domicile, 85% hôpital).

- Retard mental : déni 6% (quatre femmes), dissimulation (une femme « simple »)

- Consommation toxiques : déni (10%) dissimulation (15%)

- Antécédents de trouble de l'humeur : 6% déni, 20% dissimulation

- Retrait de garde des enfants : 22% déni et 39 % dissimulations

Les résultats sont présentés de façon claire à l'aide de tableaux et ils sont détaillés dans le texte.

(b) Non mentionné

Non

(c) Non applicable

Données obtenues 15 61 dénis et 20 dissimulations.

Oui

Principaux résultats	16(a)	Oui
	<p>Un test de régression logistique a été effectué. Les variables significativement associées à l'absence de soins prénataux causés par un déni de grossesse sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La présence de grossesses antérieures ; - la durée de la grossesse notée : supérieure à un mois. <p>La caractéristique « emploi » est significativement associée au déni de grossesse. [traduction libre] (p. 118)</p> <p>Les auteurs ont classé les dénis et les dissimulations de grossesse selon Miller :</p> <p><u>Dénis</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 22 dénis totaux (36%) - 11 dénis persistants jusqu'au 3^{ème} trimestre de grossesse (7%) - Dénis affectifs : 32 (52%) <p>Déni affectif ambivalent 18%</p> <p>Déni affectif avec plan d'adoption 16%</p> <p>Déni affectif suite à l'abandon de la solution d'avortement 13%</p> <p>Déni affectif après viol 3%</p> <p>Autre 2%</p> <p><u>Dissimulations</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 14 dissimulation jusqu'à l'accouchement 70% - six déni jusqu'au 3^{ème} trimestre, puis dissimulation jusqu'à l'accouchement 30% - une dissimulation suite à un viol 	

Les femmes qui ont un déni affectif ont significativement plus de probabilité que celle avec un déni total :

- d'avoir eu une grossesse précédente ;
- d'avoir un autre enfant vivant ;
- de ne pas vivre avec leur mère.

Les femmes qui ont dissimulé leur grossesse jusqu'à la fin ont significativement plus de probabilité que celle qui ont fait un déni jusqu'au 3^{ème} trimestre puis ont dissimulé leur grossesse :

- d'avoir un autre enfant vivant ;
- de ne pas vivre avec leur mère.

(b) Non mentionné

(c) Non mentionné

17 Non mentionné

Autres analyses

Oui

18 Pour l'énoncé des résultats principaux, les auteurs ont cherché à valider ou invalider leurs hypothèses de départ.

Les femmes qui font un déni ou une dissimulation de grossesse sont :

- Agées de plus de 18 ans
- Multigestes
- Etudiantes ou employées
- Diplômées du lycée (pour les dénis)

Elles ont un soutien de leur mère pour la majorité ou du père de leur enfant.



<p>Les femmes qui dissimulent leur grossesse ont conscience de celle-ci avant les femmes qui font un déni de grossesse [traduction libre] (p. 118).</p> <p>Il n'y a pas d'association entre déni de grossesse et antécédents d'abus [traduction libre] (p. 118).</p> <p>La consultation avec un psychiatre est rarement demandée par les femmes qui font un déni ou une dissimulation de grossesse, bien que les enfants soient souvent enlevés des soins de leur mère [traduction libre] (p. 118).</p>	<p>19</p> <p>Limitations</p> <p>Les auteurs relèvent qu'à part certaines des femmes qui se sont présentées à l'hôpital avec des plaintes physiques apparemment sans rapport, la majorité de l'échantillon a reconnu les signes d'un accouchement [traduction libre] (p. 118). Ainsi, elles n'ont pas conscience de la grossesse pour les soins prénatals, mais y pense pour les signes d'accouchement. Des études futures peuvent se pencher sur ce paradoxe.</p> <p>Les dénis affectifs ont été exclus de la recherche. C'est une approche systématique d'identification des cas. Les dénis et dissimulations de grossesse sont clairement définis. Néanmoins cette étude est une revue rétrospective de cas médicaux donc pas idéale.</p> <p>D'après l'auteur le nombre de déni et de dissimulation de grossesse est certainement plus important.</p>	<p>Oui</p>
<p>20</p> <p>Interprétation</p> <p>Les auteurs commencent leur discussion des résultats par infirmer leur hypothèse de départ. L'exposé des résultats est plutôt transparent.</p> <p>Les auteurs mettent en parallèle leurs résultats avec ceux de 4 autres études.</p>	<p>Oui</p>	

Les auteurs proposent de considérer le déni et la dissimulation de grossesse comme un signe d'alerte qui devrait déclencher des soins psychiatrique une évaluation du rôle parental et une aide sociale [traduction libre] (p. 118). Il est important de travailler avec d'autres professionnels de la santé pour la prévention de ce phénomène [traduction libre] (p. 118). L'éducation de la population générale est aussi importante et passe à travers le travail d'autres professionnels (éducation...) [traduction libre] (p. 118).

« généralisabilité »

21

Oui avec précaution. Nous n'avons pas de caractéristique culturelle de la population étudiée : est-elle semblable à la population européenne ?

Moyen

Autre information

Financement

22

Aucune notion mentionnée sur le financement de l'étude

Annexe VI : Grille d'analyse article 5 selon STROBE

Denial of pregnancy - characteristics of women at risk

Wessel, J., Gauruder-Burmester, A., & Gerlinger, C.
2007

Acta Obstetricia et Gynecologica. 86, 542-546

	Critères	Item	Evaluations	Oui / moyen / non
Titre et résumé		1(a)	Le type d'étude n'est pas clairement indiqué dans le titre. Mais il est indiqué dans le résumé.	Oui
		(b)	Le résumé décrit bien l'étude menée. C'est une étude prospective transversale sur un an. Le résumé reprend l'énoncé de l'étude, la méthode, les résultats et la conclusion.	Oui
Introduction	Contexte/ Justification	2	L'auteur explique le déni de grossesse et se base sur des études de 1995-2000. Il décrit qu'il y a des risques pour la santé maternelle et pour le bébé (prématurité, petit poids de naissance) en raison du manque de soins prénataux. [traduction libre] (p. 542). L'auteur définit bien le déni de grossesse. Sa définition est précise et claire. Il différencie le déni de la dissimulation de grossesse.	Oui

Il estime que son étude apportera de nouvelles informations concernant les caractéristiques spécifiques de ces femmes, ce qui n'a jamais été étudié pour l'instant [traduction libre] (p. 542).

Objectifs	3	L'objectif de l'étude est bien défini : Existe-t-il des caractéristiques spécifiques pour les femmes ayant eu un déni de grossesse, en fonction de variables sociodémographiques, permettant ainsi de pouvoir identifier les femmes à risque de déni de grossesse [traduction libre] (p. 542).	Oui
-----------	---	---	-----

Méthodes	Conception de l'étude	4	C'est une étude prospective d'un an (Juillet 1995- Juin 1996) à Berlin sur les femmes ayant eu un déni de grossesse. Il précise sa définition du déni : les femmes découvrant leur grossesse après 20SA [traduction libre] (p. 543). Il souligne que les femmes sont recrutées dans des hôpitaux lorsqu'elles découvrent leur grossesse.	Oui
-----------------	-----------------------	---	--	-----

Contexte	5	Le contexte est défini. L'étude se déroule dans 19 hôpitaux de Berlin. Le recrutement des femmes se fait par cinq personnes qui sont des obstétriciens et des sages-femmes. La période de recrutement est d'un an (Juillet 1995- Juin 1996) [traduction libre] (p. 543). L'étude a été clairement expliquée aux femmes et un consentement écrit leur a été demandé [traduction libre] (p. 543). Ce recrutement s'est fait par un des cinq recruteurs puis une interview a été menée trois jours après l'accouchement par un des auteurs de l'étude avec un psychothérapeute seulement [traduction libre] (p. 543).	Oui
----------	---	--	-----

Population	6(a)	C'est une étude transversale. Les critères d'éligibilité sont clairs, toutes les femmes ayant découvert leur grossesse après 20SA et ayant accepté de participer à l'étude.	Oui
------------	------	---	-----

	(b)	Pas évaluable	
--	-----	---------------	--

Variables	7	Les caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant fait un déni de grossesse.	Oui
-----------	---	--	-----

Sources de données / mesures	8	Les femmes recrutées ont été comparées avec le Registre des naissances de Berlin pour la même période. Pour les auteurs, les femmes du Registre des naissances seront le groupe contrôle pour pouvoir comparer les deux groupes [traduction libre] (p. 543). Ils ne donnent cependant pas d'information sur le Registre, et sur son fonctionnement.	Oui
Biais	9	Les femmes recrutées sont ensuite interviewées trois jours après la naissance, il aurait été intéressant de connaître les questions posées durant l'entretien [traduction libre] (p. 543). De plus ce moyen de mesure est qualitative car les auteurs se basent sur les ressentis des femmes. De ce fait cette étude est mixte bien que les résultats de ces entretiens n'aient pas été analysés ni décrit d'ailleurs.	Moyen
Taille de l'étude	10	Le nombre de femmes n'a pas été clairement énoncé, il dépend du nombre de cas de déni qui se présente dans les hôpitaux. Les auteurs n'ont pas estimé, en fonction du nombre de naissances sur un an à Berlin le nombre de cas de déni de grossesse. Néanmoins vu la prévalence du déni, il est difficile de pouvoir estimer une taille d'échantillon.	Moyen
Variables quantitatives	11	Les seules variables quantitatives sont l'âge des femmes et l'âge gestationnel. Il aurait été intéressant d'avoir plus de variables quantitatives afin de faire des statistiques précises. L'auteur ensuite ne se base que sur des variables qualitatives.	Oui
Analyses statistiques	12(a)	L'hypothèse nulle est testée avec le test du Chi ² . Le test de Fisher a été utilisé à chaque fois qu'un calcul entre les deux groupes était possible.	Oui

	(b)	Non évalué	
	(c)	Les auteurs ne donnent pas d'informations sur les données qui leur manquent pourtant ils les signalent mais ne disent pas si ils excluent les femmes.	Non
	(d)	Utilisation du Fisher test pour comparer les deux groupes	Oui
	(e)	Non applicable	
Résultats	13 (a)	<u>Eligibles</u> : 65 femmes recrutées sur un an. Toutes ces femmes ont été incluses dans l'étude donc ont été suivies [traduction libre] (p. 543).	Oui
	(b)	La seule exclusion que l'auteur a faite dès le recrutement est de ne pas intégrer les dissimulations de grossesse.	
	(c)	Les auteurs n'ont pas utilisé de diagramme pour le flux des femmes participants à l'étude.	Non
Données descriptives	14 (a)	Les auteurs ont exposé les caractéristiques de son étude. Ils ont fait un tableau pour l'âge des femmes, leur occupation et leur nationalité. Il aurait été intéressant que toutes les variables étudiées soient présentées sous forme de tableau pour distinguer de façon plus claire les différences entre les deux groupes. <u>Les caractéristiques sociodémographiques</u> : <ul style="list-style-type: none"> - L'âge des femmes entre 15-44 ans. - L'âge gestationnel entre 20 SA et à terme. - La nationalité : 61 allemandes et quatre femmes d'origine Libanaise ou Yougoslave. - La gestité. - La parité. (36 multipares, 21 primipares) 	Oui

- Antécédents de fausse couche ou IVG.
- Statut social : marié ou concubinage (54), mineures (3).
- Antécédents de maladie psychiatrique : trois femmes
- Diagnostic de grossesse : 41 femmes en antepartum et 24 femmes après le début du travail.
- La voie d'accouchement : 41 par voie basse, 11 césariennes, deux par voie basse en siège.
- Le terme des nouveau-nés à la naissance : 12 < 37SA, 51 à terme et deux post terme > 42 SA dont un mort à la naissance.
- Usage de toxiques : cinq femmes dont une avait toujours une consommation active.

Informations sur les facteurs de confusion : pas de confusion, le déni est bien défini.

(b) Les auteurs comparent leurs données au groupe contrôle comprenant toutes les femmes ayant accouché à Berlin pendant la même période soit 27 110 femmes [traduction libre] (p. 544).

Les chercheurs précisent les données manquantes concernant les femmes inscrites au registre.

(c) Non évalué

Données obtenues 15 Les données obtenues sont regroupées avec les principaux résultats.

Principaux résultats 16(a) Les résultats significatifs sont : Oui

- La différence d'âge est significative avec $p < 0.01$: 6.2% de mineurs dans le groupe testé pour seulement 1.1 % dans le groupe contrôle et 12.3% de femmes de plus de 40ans dans le groupe étudié contre 2.2% dans le groupe contrôle [traduction libre] (p. 544).

- Différence de statut marital est significative avec $p < 0.01$: 15.6% de femmes seules dans le groupe étudié pour 6.3% pour le groupe contrôle [traduction libre] (p. 544).
 - La différence de nationalité est significative $p < 0.01$: 9.2% dans le groupe étudié sont des femmes de nationalité étrangère contre 27.8% pour le groupe contrôle [traduction libre] (p. 544).
 - Différence significative concernant le travail avec $p < 0.0001$: 27.7% des femmes recevant l'aide sociale dans le groupe étudié contre 5.2% pour le groupe contrôle [traduction libre] (p. 544).
- 12.3% des femmes sont apprenties dans le groupe étudiés contre 4.7% dans le groupe contrôle [traduction libre] (p. 544).
- 6.2% des femmes dans le groupe étudié ont fait des hautes études contre 12.8% dans le groupe contrôle [traduction libre] (p. 544).
- 4.6 % des femmes n'ont pas d'emploi dans le groupe étudié contre 13.3% dans le groupe contrôle [traduction libre] (p. 544).

(b) Pas applicable

(c) Pas applicable

Autres analyses 17 Il n'y a pas d'analyses de sous-groupe.

Discussion

Résultats clés 18 Le déni lié à une maladie psychotique est très faible seulement 5% des cas [traduction libre] (p. 544). Oui

L'objectif de départ était de savoir et trouver s'il existait des caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant fait un déni. Les auteurs répondent à une partie de

son objectif en disant que leur étude ne démontre pas de caractéristiques spécifiques aux femmes souffrant de déni, car les résultats sont faibles vu la taille de l'échantillon.

Les auteurs spécifient juste des facteurs de risque :

- Une plus grande probabilité de faire un déni pour les femmes <20ans et celles âgées de plus de 40 ans [traduction libre] (p. 544).
- Les femmes isolées ou en relation instable sont plus susceptibles de faire un déni [traduction libre] (p. 544).
- Une situation professionnelle et sociale faible [traduction libre] (p. 544).

Il n'y a pas de caractéristiques communes aux femmes ayant fait un déni, cela montre l'hétérogénéité de cette population.

Les auteurs décrivent bien sans ambiguïté leur incapacité à prouver des caractéristiques ou types de femmes qui font un déni de grossesse.

Limitations	19	Les auteurs ont écrit n'avoir pas eu toutes les informations liées à la mauvaise retranscription des données personnelles : Pas de statut marital pour 11 femmes du groupe contrôle et pour une femme du groupe étudié [traduction libre] (p. 545). La nationalité n'a pas été mentionnée pour 31 femmes du groupe contrôle. C'est une étude importante car la seule prospective à ce jour.	Oui
Interprétation	20	Bonne pertinence de l'étude qui est prospective car les auteurs ont fait des interviews de ces femmes. C'est pour l'instant la seule étude prospective effectuée sur le déni de grossesse. Les auteurs proposent de classer les dénés dans le DSM et dans l'ICD pour qu'il y ait plus de recherches prospectives sur le sujet [traduction libre] (p. 545).	Oui

Les auteurs expliquent qu'il faut renforcer la connaissance des professionnels afin qu'ils puissent détecter les signes d'un déni de grossesse [traduction libre] (p. 545).

« généralisabilité » 21 Oui vu le nombre d'hôpitaux, la durée de l'étude et le lieu l'Allemagne donc les caractéristiques de cette étude sont transposables aux pays européens. Oui

Autre information Financement 22 L'étude a été financée par La Fondation allemande pour la Recherche Oui



Annexe VII : Grille d'analyse article 6 selon STROBE

Le déni de grossesse : étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse

Chaulet, S., Juan-Chocard, A.-S., Vasseur, S., Hamel, J.-F., Duverger, P., Descamps, P., & Fanello, S. (2013)
France

Annales Médico-Psychologiques, 171, 705-709

Critères	Item	Evaluations	Oui / moyen / non
Titre et résumé	1 (a)	Le type d'étude est clairement indiqué dans le titre et dans le résumé.	Oui
	(b)	Le résumé décrit bien l'étude menée. C'est une étude rétrospective sur cinq ans. Le résumé reprend l'énoncé de l'étude, la méthode, les résultats et la conclusion.	Oui
Introduction	2	Les auteurs définissent clairement le déni de grossesse et se basent sur des études de 1995-2007. Leur définition est «la non-reconnaissance de la grossesse par la femme enceinte au delà du premier trimestre de grossesse.» (p. 706) Ils expliquent que les connaissances médicales sur le déni ne sont qu'à leur début mais que ce phénomène suscite toujours beaucoup de questions. Les auteurs justifient leur étude par l'intérêt de « dresser un état des lieux » de la prise en charge de ces femmes au sein d'un CHU. (p.706)	Oui

Ils donnent la prévalence des dénis 2-3 cas/1000 naissances en France. Ils décrivent qu'il y a des risques pour la santé maternelle et pour le bébé (prématurité, complications périnatales, accouchement sous x, néonaticides) en raison du manque de soins prénataux.

Objectifs 3 Les objectifs de l'étude sont bien définis : **Repérer de façon rétrospective les dénis de grossesse. «Tenter de décrire le profil médical, social et professionnel et les caractéristiques cliniques des femmes ayant fait un déni»** (p.706). Oui

Cette étude a **«pour but d'améliorer la prise en charge et la prévention du déni»** (p.706).

Méthodes

Conception de l'étude 4 C'est une étude rétrospective sur des dossiers obstétricaux avec une période de cinq ans (1er janvier 2005-31 décembre 2009) à la maternité d'Angers, sur les femmes ayant fait un déni de grossesse. Oui

Contexte 5 Le contexte est bien défini. L'étude est réalisée à partir d'un recueil rétrospectif de données cliniques et épidémiologiques sur des dossiers de femmes ayant fait un déni de grossesse à la maternité d'Angers entre 2005 et 2009. Oui

Les auteurs décrivent correctement le processus utilisé pour leur étude. Par contre, nous n'avons pas de précision sur les personnes qui mènent ces recherches dans les dossiers. Nous supposons que ce sont les auteurs, des médecins du CHU d'Angers.

Ils ont utilisé pour le choix des dossiers la classification CIM-10 et les codes correspondant à la « surveillance d'une grossesse avec antécédent de soin prénatal insuffisant » et « difficultés liées à une grossesse non désirée » (p.706).

Le critère d'inclusion était « la notification dans le dossier obstétrical par la sage-femme ou l'obstétricien, de la découverte tardive de la grossesse » après 15 SA (p.706).

Les auteurs ont décidé d'inclure toutes les grossesses découvertes à partir de 15SA. Il est intéressant de voir que les auteurs se sont basés sur 15 SA, terme qui correspond au début du 2ème trimestre donc en accord avec leur définition du déni. Ces critères d'inclusion sont clairs, précis, il n'y a pas de confusion possible.

Population	6(a)	C'est une étude transversale. Les critères d'éligibilité sont clairs, tous les dossiers des femmes ayant découvert tardivement leur grossesse. Les auteurs ont défini le terme de l'inclusion à 15 SA pour leur étude en séparant les femmes en deux groupes. Les femmes découvrant leur grossesse avant 20 SA et après 20 SA.	Oui
------------	------	---	-----

(b) Pas évaluable

Variables	7	Les auteurs ont utilisés six critères sociodémographiques : « antécédent d'IVG, obésité, proportion de césarienne, accouchement prématuré, RCIU, abandons » (p.707). Il aurait été intéressant de prendre d'autres critères de comparaison comme l'âge maternel, la situation sociale et professionnelle de ces femmes pour pouvoir les comparer à la population de femmes ayant accouchée à Angers durant la même période.	Oui
-----------	---	--	-----

Sources de données / mesures	8	Les femmes ayant eu un déni ont été comparées avec la population de femmes ayant accouché au CHU d'Angers à la même période (20 157 femmes).	Oui
------------------------------	---	--	-----

Biais	9	Les auteurs spécifient les biais de leur étude à la fin de l'article. Ils reconnaissent que toute étude rétrospective a un biais concernant la retranscription des données dans les dossiers. Ce recueil est très subjectif selon la personne. Il est intéressant de voir que les auteurs spécifient, que les dossiers des femmes qui ont eu des consultations faites par différents soignants, permettraient d'avoir des visions différentes	Oui
-------	---	---	-----

		mais qui se compléteraient alors que pour les autres suivis, l'existence du déni était parfois discutable.	
Taille de l'étude	10	Les auteurs précisent qu'ils ont retenu 392 dossiers selon les codes qu'ils ont utilisés de la classification des maladies mais ne précisent pas dans la méthodologie le nombre des dossiers qu'ils retiennent pour l'étude.	Moyen
Variabes quantitatives	11	Les auteurs réfèrent comme variable quantitative l'âge des femmes, avec une moyenne et leur poids. Ils utilisent ensuite les pourcentages pour les autres variables telles que le suivi gynécologique, les césariennes, les antécédents de FC ou IVG, la consommation de tabac.	Oui
Analyses statistiques	12(a)	Le test de Fisher a été utilisé à chaque fois qu'un calcul entre les deux groupes était possible. Les auteurs utilisent la technique d'ajustement de Bonferroni avec $p=0.05$.	Oui
	(b)	Non évalué	
	(c)	Les auteurs ne précisent pas si des données leur manquent pour effectuer leurs analyses. Il aurait été intéressant qu'ils précisent leurs données manquantes. Cependant les auteurs affirment que dans certains dossiers l'existence d'un déni est discutable.	Moyen
	(d)	Utilisation du Fisher test pour comparer les deux groupes	Oui
	(e)	Non applicable	
Résultats			
Population	13 (a)	<u>Examinés pour l'éligibilité</u> : 392 dossiers étudiés. <u>Confirmés éligibles</u> : 75 dénis (69 dénis partiels et six dénis totaux)	Oui
	(b)	Aucune exclusion n'a été faite sur les 75 dossiers.	Oui
	(c)	Les auteurs n'ont pas utilisé de diagramme pour le flux des femmes participants à l'étude mais ont remarqué que le nombre de grossesses découvertes tardivement était croissant à partir de 2007. Ils expliquent cela par deux causes, «la création d'une Unité Médico-	Oui

Psycho-Sociale en Périnatalité » au sein de la Maternité donc du personnel mieux formé pour dépister les dénis de grossesse. La 2^{ème} cause possible est « l'affaire Courjault » en 2006 qui a mis en lumière ce phénomène (p. 708).

Les auteurs font preuve de transparence et de perspicacité en admettant ces deux raisons possibles. Ces deux facteurs ne sont pas dérangeant pour l'étude. Il est vrai que l'affaire Courjault en 2006 a fait connaître au grand public le déni de grossesse et a probablement sensibilisé les soignants sur ce phénomène.

Données descriptives	14 (a)	Les auteurs classent les dénis en deux groupes. « Groupe 1 : 22 femmes ayant découvert leur grossesse entre 15-20 SA et groupe 2 : 53 femmes ayant découvert après 20 SA » (p. 707).	Oui
----------------------	--------	--	-----

Prévalence des dénis : - « 2.3/ 1000 naissances entre 20-38 SA ».

- « 09/1000 naissances entre 15-19 SA ».

- « 0.3/1000 naissances pour les dénis totaux ». (p.707)

Nombre des dénis : - 22 grossesses entre 15-19 SA : 29%

- grossesses déniées entre 20-28 SA : 63%

- dénis totaux : 8%

Le diagramme pour le nombre de dénis est clair et donne une vision précise de l'importance des dénis entre 20-38 SA.

Nombre de bébés : 76 bébés dont une grossesse gémellaire. 69 bébés nés vivants, cinq interruptions médicales de grossesse et deux bébés mort-nés.

Sur les 69, 48 issues d'une grossesse déniée découverte après 20 SA et 21 d'une grossesse découverte entre 15-19 SA.

		Les auteurs utilisent des critères sociodémographiques pour effectuer leurs comparaisons : « antécédents d'IVG, obésité, proportion de césarienne, accouchements prématurés, RCIU et abandons » (p.707).	
		<u>Informations sur les facteurs de confusion</u> : pas de confusion, le déni est bien défini.	
	(b)	Non évalué	Non
	(c)	Non évalué	
Données obtenues	15	Les auteurs ont effectué des tableaux précis pour retranscrire leurs données obtenues.	Oui
		<u>Les caractéristiques sociodémographiques des femmes étudiées</u> : (p. 707) <ul style="list-style-type: none"> - L'âge des femmes entre 16-44 ans (moyenne 27 ans). - Situation sociale : 47% sans profession, 17% étudiante et 35% travaillant, 40% en précarité sociale. - Statut marital : en couple 51%, vivant chez ses parents 15%, sans partenaire stable 32%. - Violence conjugale : 12% et abus sexuels 7%. - Suivi gynécologique régulier : 39%, cycles réguliers 36%. - Primigeste : 32% - Multipare : 51%. - Antécédents de fausse couche : 9% - Antécédents d'IVG : 24% - Antécédents de MFIU/IMG : 4%. - Antécédents de déni : 9%. - Pathologie somatique : 10% dont 11 femmes ayant un asthme. 	

- Antécédents ou présence de maladie psychiatrique : 15 femmes soit 20%.
(addictions sept femmes, troubles alimentaires trois, troubles de la personnalité deux, antécédent de tentative de suicide une, épisode dépressif un et épisode psychotique un).
- IMC entre 15-18 : 13% et IMC >30 : 12%.
- Fumeuses : 53%.
- La voie d'accouchement : 77% par voie basse, 25% césariennes.
- Un quart des femmes ont bénéficié d'un entretien psychologique suite à la découverte du déni.

Les caractéristiques des bébés :

- quatre bébés ont eu un RCIU (6%).
- six décès en anténatal soit 8%.
- 3% des bébés sont décédés en post-natal.
- 92% des bébés restaient avec leur mère.
- 4% des bébés sont confiés à l'adoption.

Principaux résultats

Moyen

16(a) Les auteurs déduisent de leur étude « qu'il existe dans le groupe des dénis de grossesse plus d'antécédents d'IVG, plus de césariennes et plus d'abandons que dans la population des femmes ayant accouchés au CHU d'Angers à la même période. » (p.708) mais ils ne donnent pas de p value.

Cependant il aurait été intéressant d'avoir un tableau permettant de voir la comparaison entre le groupe total des dénis et le groupe de femmes ayant accouché à Angers à cette même période.

Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes de dénis étudiés selon les critères sociodémographiques sélectionnés. Par contre les auteurs démontrent que les risques néonataux sont augmentés pour les grossesses déniées.

(b) Non applicable

(c) Non évaluable

Autres analyses 17 Il n'y a pas d'analyses de sous-groupe.

Résultats clés 18 Les auteurs ont calculé la prévalence des dénis de leur étude en ne prenant en compte que les dénis après 20SA. Ils n'expliquent pas pourquoi ils ne calculent pas la prévalence de

Discussion

tous les dénis qu'ils ont identifiés.

« La prévalence trouvée est de 2.6/1000 naissances ». C'est donc en accord avec les données épidémiologiques de la littérature (2.3/1000 naissances pour les dénis partiels et 0.3/1000 naissances pour les dénis totaux) (p. 707).

Par contre, les auteurs expliquent qu'ils ne prendront que les résultats des dénis découverts après 20 SA afin de pouvoir comparer leurs résultats à d'autres études publiées puisque dans la majorité des autres études, la limite du déni de grossesse est fixée à 20 SA.

Profil épidémiologique des femmes selon l'étude :

- Age moyen : 26 ans. 13% de femmes mineures et 6% de femmes ayant plus de 40ans.
- Situation maritale : situation stable 55%.
- Multiparité : 51%.

-
- Antécédents psychiatriques : 20%, ce qui confirme l'idée que le déni de grossesse touche toutes les femmes et pas seulement celles ayant une pathologie psychiatrique.
 - Les auteurs précisent que les risques néonataux sont augmentés pour les grossesses déniées avec 8% de mortalité et que les complications obstétricales sont plus importantes dans les cas de dénis (taux de césariennes plus important).
 - Répétition du déni 9% des femmes de l'étude surement sous-évalué selon les auteurs.

Les auteurs demandent que le déni de grossesse soit inscrit dans les classifications des maladies afin de pouvoir mieux les repérer et pour pouvoir adapter la prise en charge. Ils proposent l'intitulé « Découverte tardive de grossesse » pour classer les dénis de grossesse. (p.709)

Les auteurs proposent également qu'une consultation psychologique systématique soit effectuée auprès de chaque femme lors de la découverte d'un déni. Ils pensent qu'un suivi obstétrical accompagné d'un suivi psychologique aura un impact sur la prévention des récurrences. (9% de récurrence dans cette étude)

La sensibilisation des soignants au déni de grossesse semble une des pistes les plus intéressante afin d'avoir une prise en charge adaptée de ces femmes vulnérables. Pour terminer, les auteurs comparent leurs résultats avec l'étude de Wessel, qui a sensiblement les mêmes résultats.

La démarche de comparer leurs résultats avec d'autres études est pertinente et cette comparaison apporte un bien-fondé et une réelle validité de cette étude.

Limitations	19	Les auteurs précisent que les difficultés sont liées au fait que l'étude soit rétrospective. Le recueil des informations se base sur des dossiers et ceci constitue un biais. En effet cela dépend de la subjectivité du soignant à retranscrire toutes les informations de manière précise. Les auteurs ont repérés certains dossiers où l'existence d'un déni est discutable.	Oui
Interprétation	20	Les auteurs ont séparé les dénis en deux groupes car voulaient aussi s'intéresser aux grossesses découvertes avant 20SA. Mais leur étude a montré peu de différence significative entre les deux groupes. Les auteurs demandent «une limite plus consensuelle» pour définir ce qu'est une grossesse de découverte tardive ou un déni (p. 709).	Oui
« généralisabilité »	21	Les auteurs aimeraient une étude prospective qui amènerait des résultats plus précis. C'est une étude à l'échelle d'un CHU qui compte plus de 4 000 accouchements par an donc les caractéristiques sont généralisables à l'ensemble de la population française.	Oui
Financement	22	Il n'y a pas de notion de financement de cette étude qui a été réalisée pour une thèse de doctorat.	Non

Annexe VIII : Grille d'analyse article 7 selon STROBE

Représentations sociales du déni de grossesse chez des professionnels et futurs professionnels de maternité de la métropole lilloise

Janati Idrissi, M , Dany, L., & Libert, M.

2013

Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 62(4), 195–202

Critères	Item	Evaluations	Oui / moyen / non
Titre et résumé	1(a) Le type d'étude n'est indiqué ni dans le titre ni dans le résumé.		Non
	(b) Le résumé est bien structuré, on y retrouve les éléments principaux de la démarche des auteurs et des résultats de l'étude		Oui
Introduction	Contexte/ Justification	2 Le contexte est clairement expliqué. Des données épidémiologiques sont énoncées. Les auteurs citent leurs sources. La légitimité de l'étude est donc démontrée.	Oui
	Objectifs	3 L'hypothèse des auteurs est la suivante : « une meilleure compréhension des représentations qui donne sens et forme à ce phénomène permettrait d'appréhender les logiques psycho-sociales, idéologiques et professionnelles qui s'expriment face à ce phénomène » (p. 196).	Oui

Les objectifs sont clairement explicités.

L'objectif principal : « **étudier les représentations sociales exprimées vis-à-vis du déni de grossesse chez les professionnels et futurs professionnels de maternité.** » (p. 196).

Les objectifs secondaires : «**étudier les liens entre pratiques professionnelles, expériences et représentations sociales du déni de grossesse afin d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement proposé par la pédiopsychiatrie de liaison en maternité, tant auprès des familles que des équipes soignantes**» (p. 196).

Méthodes

Conception de l'étude	4	Le cadre de l'étude est présenté clairement au début de la partie Méthode. Les auteurs ont construit un questionnaire puis l'on envoyé par courrier électronique à différents professionnels et étudiants de la métropole lilloise. La participation à l'étude était libre. Ce qui est un point important.	Oui
-----------------------	---	--	-----

Contexte	5	L'étude est menée dans la métropole lilloise. Par contre les auteurs auraient pu mentionner les lieux de pratique des professionnels ou futurs professionnels interrogés (hôpitaux public, clinique, indépendant). Nous n'avons aucune notion sur les dates et la durée du recueil des données, ni par qui elles ont été récoltées.	Moyen
----------	---	---	-------

Population	6(a)	La population étudiée regroupe des professionnels ou futurs professionnels de la maternité.	Moyen
------------	------	---	-------

	(b)	Non applicable	
--	-----	----------------	--

Variables	7	Les auteurs ont cherché à connaître l'opinion des professionnels au sujet de :	Oui
-----------	---	--	-----

- « Les représentations, les définitions et les émotions associées aux dénis de grossesse» (p.196).

- L'inconscient

	<ul style="list-style-type: none"> - Le versant psychologique de la grossesse - Le déni de grossesse et la forme inconsciente de la grossesse - Pensées sur le profil type des femmes avec un déni - Vous sentez vous à l'aise avec ces femmes ? - « l'avis concernant le recours à des professionnels du champ psychiatrique » (p. 197). - Le niveau d'inquiétude ressentie pour le « bébé » à l'issu de ce type de grossesse et les motifs d'inquiétude » (p. 197). - « une évaluation de l'altération perçue de la capacité d'être mère chez des femmes présentant ce type de grossesse » (p. 197). - Les données sociodémographiques des professionnels : sexe, âge, enfants, profession, ancienneté, formation, expérience personnelle et professionnelle sur le sujet 		Oui
Sources de données / mesures	<p>Les données ont été extraites sur la base d'un questionnaire. Les auteurs présentent de manière détaillée leur questionnaire, ce qui nous permet de comprendre comment les résultats ont été récoltés.</p> <p>Concernant les représentations, les résultats ont été obtenus grâce à des tâches d'associations libres.</p>	8	Oui
Biais	<p>Peu de biais sont mentionnées dans cette partie.</p> <p>Les auteurs notent néanmoins que seuls 26% des questionnaires ont été remplis. L'échantillon est donc restreint.</p>	9	Moyen
Taille de l'étude	<p>La détermination du nombre de sujet à inclure n'est pas mentionnée dans l'étude.</p>	10	Non

Variables quantitatives	11	Les variables quantitatives sont :	Oui
		<ul style="list-style-type: none"> - Age - Nombre d'enfant - Ancienneté 	
Analyses statistiques	12(a)	<p>« Les données issues des associations libres ont fait l'objet d'une analyse à l'aide du logiciel Evoc 2000© qui permet de mettre en évidence, sur la base d'une analyse lexicographique, le contenu d'une représentation. Les termes seront considérés comme plus ou moins saillants en fonction de leur fréquence d'évocation et de leur rang d'apparition. Les termes les plus saillants seront les éléments les « plus structurants » et donc importants de la représentation. Les autres analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel SPSS 19.0.» (p.197).</p> <p>Les données sont donc bien mentionnées par les auteurs.</p>	Oui
	(b)	Non mentionné	
	(c)	Non mentionné	
	(d)	Non mentionné	
	(e)	Non mentionné	
Résultats			
Population	13 (a)	244 professionnels et futurs professionnels ont répondu au questionnaire, sur un total de 945 questionnaires distribués. Donc, il y avait 945 personnes potentiellement éligibles et au final seuls 244 inclus dans l'étude (26%) et analysés.	Oui
	(b)	Les professionnels n'ayant pas les questionnaires n'ont pas participé à l'étude.	Oui
	(c)	Non mentionné	
Données descriptives	14 (a)	La sociodémographie de la population étudiée est la suivant :	Oui

	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Sexe</u> : féminin 90%, masculin 10% - <u>Age</u> : M = 30 ans (Ét 7) - <u>Enfants</u> : oui 68% - <u>Catégorie socioprofessionnelle</u> : Gynécologues, internes en gynécologie-obstétrique, pédiatrie 42%, Sage-femmes, puéricultrices 20%, Psychiatre, pédopsychiatres, psychologues, internes en psychiatrie 27%, Élève en école de sage-femme, puériculture 11% - <u>Ancienneté</u> : M = 6 ans (Ét 7) - <u>Appartenance au réseau ombrel</u> : 29% (un réseau de Soins périnataux du bassin de vie Lille métropole) - <u>Formation sur le déni de grossesse</u> : 49% - <u>Rencontre d'une situation de déni dans le cadre professionnel</u> : 60% - <u>Rencontre d'une situation de déni dans le cadre personnel</u> : 6% 		
(b)	Non applicable		
(c)	Non applicable		
Données obtenues	15	« Les femmes déclarent plus fréquemment que les hommes qu'elles ont rencontré une situation de déni de grossesse dans le cadre de leur activité professionnelle (63 % vs 36 % ; Chi2 = 6,83 ; p < 0,01). Les sages-femmes et puéricultrices déclarent plus fréquemment (87,8 %) avoir rencontré une situation de déni de grossesse dans le cadre de leur activité professionnelle que les autres catégories professionnelles, notamment les psychiatres, psychologues (26,2 % ; Chi2 = 49,55 ; p < 0,001). » (p. 197).	Oui

Les associations libres les plus pertinentes (les auteurs parlent de "rang moyen d'évocation", ce qui semble correspondre en moyenne à quelle place le mot était placé dans la liste des réponses des enquêtés) sont pour le déni :

- Rang et fréquence élevée : incompréhension
- Rang élevé fréquence basse : adolescente, psychologique, difficulté lien mère enfant, peur, femme jeune, solitude, isolement, entourage, infanticide, maternité, traumatisme, danger, absence suivi, accompagnement
- Rang bas fréquence élevée : inconscient, refus, souffrance

Sont pour les « émotions associées au déni de grossesse » :

- Rang et fréquence élevée : inquiétude, curiosité, tristesse
- Rang élevé fréquence basse : étonnement, soutien, peur, interrogation, compréhension, malaise, aider, gêne, écoute, doute, impuissance, incrédulité, accompagnement, aide
- Rang bas fréquence élevée : empathie, incompréhension, compassion

Le calcul de cette donnée suppose que l'ordre d'évocation a une importance, (implicitement car les auteurs ne le disent pas, que l'ordre des réponses reflète la hiérarchie pour le répondant). Cela est critiquable. Les auteurs produisent des données de nature qualitative et appliquent un traitement de nature quantitative. Ce qui ici est acceptable.

Les opinions exprimées sur la grossesse et le déni de grossesse sont (p. 198) :

- « Le mental influence la grossesse » (98,8 %)
 - « L'inconscient existe » (98,4 %)
-

- « Les femmes qui font un déni de grossesse ne sont absolument pas conscientes de leur grossesse » (84 %)

- Le déni de grossesse concerne « n'importe quelle femme quel que soit son milieu social » (91 %), « quel que soit son âge » (88,5 %), « qu'elle ait déjà eu des enfants ou non » (84 %), « n'importe quelle femme quelle que soit son histoire » (57,4 %). « Les femmes sont, plus fréquemment que les hommes, d'accord avec le fait que l'histoire ne constitue pas un élément du profil (59,4 % vs 40 % ; $\text{Chi}^2 = 3,43$; $p = 0,05$), de même pour l'âge (90 % vs 76 % ; $\text{Chi}^2 = 4,30$; $p = 0,049$) et le fait d'avoir eu un enfant précédemment (86,3 % vs 64 % ; $\text{Chi}^2 = 8,31$; $p = 0,008$) » (p. 198).

- « Les personnes ayant suivi une formation, comparativement à ceux qui n'en ont pas suivis, sont plus fréquemment d'accord avec le fait que l'histoire ne constitue pas un élément du profil (68,6 % vs 46,4 % ; $\text{Chi}^2 = 12,26$; $p < 0,001$), de même pour l'âge (93,2 % vs 84 % ; $\text{Chi}^2 = 5,06$; $p = 0,019$)

- Les personnes qui ont rencontré une situation de déni de grossesse dans le cadre de leur activité professionnelle, comparativement à ceux qui n'en ont pas rencontrés, sont plus fréquemment d'accord avec le fait que l'histoire ne constitue pas un élément du profil (64,6 % vs 46,4 % ; $\text{Chi}^2 = 7,94$; $p = 0,004$), de même pour le fait d'avoir eu un enfant précédemment (89,1 % vs 76,3 % ; $\text{Chi}^2 = 7,16$; $p = 0,007$) » (p. 198)

Pratiques et vécu à l'égard du déni de grossesse p. 199 :

- «60,2 % se sentent « à l'aise » avec les femmes qui ont fait un déni de grossesse, les femmes plus que les hommes (62,6 % vs 40,0 % ; $\text{Chi}^2 = 4,76$; $p = 0,029$) de même que celle qui n'ont pas d'enfants ou celles qui ont rencontré un déni de grossesse dans leur expérience.

- Avis d'un pédopsychiatre et psychiatre important (86%-83,1%) » (p. 199)

- Intervention d'un pédopsychiatre et psychiatre important (77%-72,7%). « Les répondants ayant suivi une formation sont plus fréquemment favorables au recours à l'avis d'un pédopsychiatre (93,2 % vs 79,2 % ; $\text{Chi}^2 = 9,75$; $p = 0,001$) et à son intervention (84,6 % vs 71 % ; $\text{Chi}^2 = 6,44$; $p = 0,008$). Les répondants qui n'ont pas d'enfants sont plus fréquemment favorables au recours à l'intervention d'un pédopsychiatre (85,5 % vs 74,1 % ; $\text{Chi}^2 = 3,92$; $p = 0,032$). Les répondants membres du réseau Ombrel sont moins fréquemment favorables au recours à l'avis d'un psychiatre adulte (74,3 % vs 86,7 % ; $\text{Chi}^2 = 5,48$; $p = 0,018$) et à son intervention (60 % vs 77,9 % ; $\text{Chi}^2 = 8,04$; $p = 0,004$). Les répondants qui ont rencontré une situation de déni de grossesse dans le cadre de leur activité professionnelle sont moins fréquemment favorables au recours à l'avis d'un psychiatre adulte (75,3 % vs 94,8 % ; $\text{Chi}^2 = 15,80$; $p < 0,001$) et à son intervention (67,1 % vs 81,3 % ; $\text{Chi}^2 = 5,82$; $p = 0,011$). » (p. 199)

- « L'avis d'un psychiatre adulte fait l'objet d'une plus forte adhésion chez les psychiatres (89,2 %) que chez les autres catégories professionnelles, en particulier les sages-femmes et puéricultrices (69,4 % ; $\text{Chi}^2 = 11,43$; $p = 0,010$).
« L'intervention d'un psychiatre adulte fait l'objet d'une plus forte adhésion chez

les gynécologues (82 %) et les psychiatres (73,8 %) que chez les élèves sages-femmes (67,9 %) ou les sages-femmes et puéricultrices (55,1 % ; $\text{Chi}^2 = 12,38$; $p = 0,006$). » (p. 199)

- l'inquiétude ressentie vis-à-vis des bébés issus d'un déni de grossesse : 2,75/4 (Ét = 0,39). Pas lié aux caractéristiques sociodémographiques des professionnels. « L'inquiétude concernant les bébés est corrélée positivement avec le fait de concevoir le déni de grossesse comme une maladie psychiatrique ($r = 0,24$; $p < 0,01$), comme un trouble psychologique ($r = 0,29$; $p < 0,01$) et la croyance en l'incapacité d'être mère chez les femmes qui font un déni de grossesse ($r = 0,47$; $p < 0,01$). » (p. 199)

- Raisons de l'inquiétude : relation mère-enfant ($n = 88$), le devenir de l'enfant ($n = 33$), le lien d'attachement ($n = 25$), la réaction de la mère au moment de la levée du déni ($n = 18$) la réaction de l'entourage ($n = 18$).

- Capacité d'être mère chez les femmes ayant présenté un déni de grossesse : 2,10/4 (E-T = 0,04). Plus chez les hommes que chez les femmes (2,54 vs 2,05 mois ; $t = 3,51$, $p = 0,001$). « L'incapacité perçue est corrélée avec le fait de concevoir le déni de grossesse comme une maladie psychiatrique ($r = 0,25$; $p < 0,01$) et négativement avec le fait de se sentir « à l'aise » avec ces femmes ($r = -0,22$; $p < 0,01$), avec le fait d'envisager que l'on peut être touché à tout âge par cet événement ($r = -0,25$; $p < 0,01$) et aussi quel que soit son milieu social ($r = -0,25$; $p < 0,01$) » (p. 199)

Analyse personnelle : les données sont classées par catégories thématiques. Il y a une grande quantité de données ce qui ne rend pas la lecture de ce paragraphe fluide.

Principaux résultats 16(a) Non applicable

(b) Non applicable

(c) Non applicable

Autres analyses 17 Les analyses de corrélations sont détaillées dans les données obtenues ci-dessus

Oui

Résultats clés 18 - Le champ représentationnel du déni de grossesse est peu structuré

Oui

Discussion

- « Il n'existe pas de consensus en termes de constructions représentationnelles. » L'hypothèse des auteurs est que nous sommes en présence d'un « objet » émergent d'un point de vue psycho-social, autrement dit, en cours d'élaboration sur le plan représentationnel » (p 201).

- L'absence de « référence au corps est à souligner, comme si tout se jouait dans le psychisme » (p. 200).

- Pas de profil types des femmes victime d'un déni de grossesse.

- « La formation et l'expérience professionnelle relativisent l'adhésion à certaines opinions, tendent à éloigner des stéréotypes et préjugés véhiculés sur le sujet. » (p. 200).

- Les auteurs sont contre la classification dans le DSM, par exemple, car pour eux « on peut craindre que ces classifications aboutissent à la rédaction de « guidelines » sur le sujet » (p. 201).

- « le fait d'avoir été formé ou non sur le déni de grossesse n'apparaît pas significativement lié au fait d'être à l'aise ou non avec ces femmes »(p.200).



- Les émotions suscitées par le déni sont structurées de façon plus importante : souci de compréhension, empathie, complexité.

- « Avoir eu précédemment, pour un professionnel, l'expérience clinique d'un déni de grossesse est le seul facteur modulant la tonalité émotionnelle sur laquelle une situation de déni de grossesse va être appréhendée » (p 200).

- Bien que la majorité des professionnels se dise à l'aise avec ces femmes, les émotions véhiculées sont plutôt « négative » (tristesse, incompréhension, inquiétude)

- « Il paraît important que les « psys » puissent soutenir activement la formation (l'information) et l'accompagnement des équipes de première ligne (sages-femmes et puéricultrices) dans leur rencontre avec ces bébés et ces femmes, d'autant qu'elles sont aussi les plus sollicitées par ces dernières. Il s'agit d'osciller entre une posture d'accompagnement respectueuse de la fonction du symptôme, pouvant frôler la banalisation voire le déni du déni, et une vigilance active, possible source de stigmatisation et d'effets iatrogènes » (p 200).

- La contagiosité du déni de grossesse serait en lien avec des processus de « rationalisation très puissants chez ces femmes, qui figeraient la pensée du soignant. » (p. 201)

- « S'il y a un intérêt à travailler sur l'ambivalence amour/haine, c'est dans le but de libérer l'écoute empathique des soignants. Accorder une place à l'ambivalence amour/haine, tant dans le discours social que dans le discours

soignant contribuerait ainsi à mieux prévenir les aléas de la prise en charge du déni de grossesse. » (p. 201)		
Limitations	19 Les auteurs mentionnent les limites de leur étude. « Il s'agit d'une étude exploratoire courte (trois semaines), réalisée dans la métropole lilloise (« effet centre »). Les modalités méthodologiques de l'étude n'ont pas permis d'obtenir un échantillon suffisamment représentatif de la population des professionnels et futurs professionnels de maternité (certaines catégories professionnelles n'étant pas représentées). » (p. 199).	Oui
Interprétation	20 Les résultats sont discutés et mis en lien avec les représentations dans la société par exemple.	Oui
« généralisabilité »	21 L'échantillon est trop faible pour envisager de généraliser les résultats. L'hétérogénéité de l'échantillon semble constituer un « réel intérêt pour faire émerger des tendances contrastées sur des questions relatives aux pratiques, opinions et représentations sur le sujet d'étude. » (p. 200)	Moyen
Autre information	22 Financement	Non mentionné
		Non

Annexe IX : Grille d'analyse article 8 selon STROBE

Maternal physical morbidity associated with denial of pregnancy

Schultz, M., & Bushati, T. Australie et Nouvelle-Zélande

2015

Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 55, 559–564

Critères	Items	Evaluations	Oui / moyen / non
Titre et résumé	1(a)	Le type d'étude réalisé n'est pas indiqué dans le titre mais est nommé dans le résumé.	Oui
	(b)	Le résumé aborde le but de l'étude, la méthodologie, les résultats, ainsi que les éléments de la conclusion	Oui
Introduction	Contexte/ Justification	2 Les auteurs différencient bien le déni de grossesse de la dissimulation. Ils détaillent un paragraphe sur la situation clinique qui les a motivés à réaliser l'étude. Ils font le lien avec le peu d'études faites sur le sujet.	Oui
	Objectifs	3 L'objectif est clairement noté à la fin de l'introduction : évaluer la morbidité maternelle et fœtale associées au déni de grossesse diagnostiqué durant le per-partum [traduction libre] (p. 559).	Oui

Méthodes	Conception de l'étude	4	Les chercheurs ont enregistré les naissances dans un hôpital (de niveau 4) des femmes n'ayant pas suivi de soins prénataux. Ils ont interrogé une base de données électronique de femmes classées dans la catégorie « absence de soins prénataux ». Les enregistrements ont été analysés par deux chercheurs indépendants. Le déni est bien défini pour qu'il n'y ait pas de malentendu sur la sélection.	Oui
	Contexte	5	Le contexte n'est pas décrit précisément. L'étude se déroule de 2007 à 2013 dans un hôpital de niveau 4 en Australie. Les périodes de recrutement ne sont pas décrites, ni le suivi, ni le recueil de données.	Moyen
	Population	6(a)	Les critères d'éligibilités sont clairs : ils sélectionnent les femmes ayant accouchées sans soins prénataux avec un déni de grossesse jusqu'à l'accouchement [traduction libre] (p. 560). Ensuite ils ont noté la morbidité en lien avec la grossesse.	Oui
		(b)	Non évaluable	
	Variables	7	- Les caractéristiques maternelles sociodémographiques des femmes qui font un déni de grossesse [traduction libre] (p. 560) - La morbidité et la mortalité fœtale et maternelle. [traduction libre] (p. 560) L'auteur fait la différence entre le déni et la dissimulation de grossesse qui pourrait être le principal facteur de confusion.	Oui
	Sources de données / mesures	8	Il manque des informations sur la base de données de l'hôpital et comment cette base fonctionne.	Moyen
	Biais	9	Deux chercheurs indépendants analysent la base de données ce qui diminue un biais éventuel.	Oui

	Un biais général possible pour cet article pourrait être l'établissement de la base de données puisqu'il s'agit d'une étude rétrospective (exemple : une erreur humaine dans la rédaction ou la collection des données)		Oui
Taille de l'étude	10	Le nombre de sujet n'a pas été déterminé préalablement mais il est dépendant du nombre de cas de déni de grossesse qui se sont présentés	Oui
Variables quantitatives	11	Les auteurs ne réfèrent pas l'analyse des données quantitatives. Ils citent dans la partie concernant les résultats la valeur p, mais il n'y a pas de tableaux explicatifs.	Non
Analyses statistiques	12(a)	Les chercheurs utilisent le test de Fisher. Les auteurs n'exploitent pas les données quantitatives (âge, semaines de gestation ...)	Moyen
	(b)	Non évaluable	
	(c)	Non applicable	
	(d)	Non applicable car étude transversale rétrospective	
	(e)	Non applicable.	
Résultats	13 (a)	- <u>Eligibles</u> : 16 femmes, sans soins prénatals, dont 9 se sachant enceinte mais ne souhaitant pas avoir de suivi prénatal [traduction libre] (p. 560) - <u>Examinés pour éligibilité</u> : sept femmes avec un déni de grossesse et sans soins prénatals [traduction libre] (p. 560) - <u>Confirmés éligibles</u> : six femmes car il y a une adolescente consciente de sa grossesse qui l'a dissimulé qui a été exclue [traduction libre] (p. 560). - <u>Inclus dans l'étude</u> : cinq femmes, étant donné qu'une femme a fait deux fois un déni de grossesse durant les sept ans d'étude [traduction libre] (p. 560). - <u>Totalement suivis</u> : six femmes (dont deux fois la même) [traduction libre] (p. 560).	Oui

	- <u>Totalement analysés</u> : six femmes (dont deux fois la même) [traduction libre] (p. 560).	
(b)	Une exclusion : l'adolescente (cf I3(a))	Oui
(c)	Les auteurs n'ont pas fait de diagramme de flux de participants.	Non
Données descriptives	14 (a) - <u>Caractéristiques de la population</u> : L'année du déni (entre 2007 et 2013) L'âge (de 23 à 43 ans) La gestité (un ou deux) La parité (nullipare ou primipare) Semaines de gestation (24 à 40) Saignements cycliques (cinq oui et un non) BMI (21 jusqu'à obésité morbide) En couple (trois oui et trois non) Employées (six oui) Antécédent de maladie mentale (non sauf deux chez la femme qui a fait deux fois un déni de grossesse) Nous pouvons imaginer que les auteurs auraient pu renseigner la consommation d'alcool, de tabac, de stupéfiants, ainsi que la dernière consultation médicale afin d'établir un lien entre les habitudes de vie durant le déni de grossesse et la morbidité maternelle et foetale.	Oui
	- <u>Informations sur les expositions</u> : non applicable	

	-	<u>Informations sur les facteurs de confusion</u> : non applicable car le déni de grossesse est bien défini. Cependant nous pouvons noter que le fait que cette étude soit rétrospective peut entraîner une perte d'informations.
	(b)	Non évaluable car il n'y avait pas d'estimation de la taille de la population au début de l'étude.
	(c)	Non évalué
Données obtenues	15	<ul style="list-style-type: none"> - Saignements cyclique : cinq femmes - En couple : trois femmes - Maladies mentales : deux fois la même femme. - Employées : six femmes - Morbidité maternelle : cinq femmes. (p <0.04) significatif <p>Résultat significatif pour les femmes ayant un déni de grossesse avec une éclampsie (p <0.01)</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'admission aux soins intensifs pour un déni de grossesse est aussi significative (p <0.01) - Morbidité fœtale : six nouveau-nés. - Complications de travail : trois femmes.
Principaux résultats	16(a)	Non applicable car il n'y a pas de facteur de confusion.
	(b)	Les variables continues ne sont étudiées dans cette étude.
	(c)	Non applicable.
Autres analyses	17	Il n'y a pas d'analyse de sous-groupes, ni d'analyse de sensibilité, ni de recherche d'interaction. Cela est pourrait s'expliquer par le faible échantillonnage.

Discussion

Résultats clés

18

Oui

- L'incidence du déni de grossesse diagnostiqué en per-partum est de 1/1420.
- Il n'y aurait pas de caractéristiques communes pour les femmes subissant un déni de grossesse.
 - La majorité des femmes ont des saignements cycliques qui pourraient correspondre à une insuffisance lutéale du corps jaune.
 - Il n'y aurait pas de lien avec les maladies mentales.
 - Sauf à l'exception de l'absence de soins prénataux est associée à l'augmentation du risque de morbidité maternelle (pré-éclampsie, éclampsie, hémorragie de la délivrance) et que le déni de grossesse implique une absence de soins prénataux, lors d'un déni, il y aurait donc plus de complications à l'accouchement.
 - L'absence de soins prénataux entraînerait aussi une augmentation de la morbidité fœtale (morts nés, admission en néonatalogie, adoption).
 - Ceci est un fait nouveau qui éclaire les difficultés de la naissance liées au déni de grossesse pour la mère et le nouveau-né. Habituellement les auteurs se basent davantage sur les aspects psychologiques et non physiques.

Limitations

19

Moyen

Les auteurs mentionnent d'autres morbidités maternelles comme le diabète ou l'hyperthyroïdisme qui peuvent être difficilement diagnostiqués en post-partum [traduction libre] (p. 563).
L'étude n'est réalisée que sur un seul hôpital, ce qui limite la généralisation des résultats.

Interprétation

20

Oui

Les résultats sont un bon reflet pour cet hôpital.

« généralisabilité »	21	Le fait que cette étude soit récente est un atout. Cependant le fait qu'elle se déroule en Australie limite la généralisation étant donné que la population n'est pas forcément généralisable à la Suisse et à l'Europe.	Moyen
Autre information	Financement	22 Non spécifié par les auteurs.	Non