

71073

ELSEVIER
MASSON

Décembre 2013 - Vol. 171 - N° 10 - p. 673-740 - ISSN 0003-4487

Annales Médico Psychologiques

REVUE PSYCHIATRIQUE | BULLETIN OFFICIEL DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE
fondée en 1843 par J. Baillargier | ASSOCIATION RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE

MÉMOIRES

Capacités d'adaptation et fonctionnement défensif dans les troubles du comportement alimentaire. Étude structurale comparée basée sur le codage optimal
Anna Brylak-Massou, Lothar Schütz 673

Matière et esprit : la théorie du parallélisme moriste psychiatrique
Tatsuo Mizuno 680

Réévaluation transanatomique du jacksonisme. Les maladies mentales sont-elles une maladie des synapses ?
Tatsuo Mizuno 687

Nouvelles applications du modèle transhorizonique : la pratique d'une activité physique régulière
Nouridine Jirjout, Antonia S. Cialik 693

Le burn out, conséquences et solutions : enquête chez les personnels d'anesthésie-réanimation de quatre hôpitaux universitaires espagnols
Nawaf Doghri, Salaheddine Messou, Nicham Balkh, Cherqui Haimour, Nourine Driss Karil 700

Le diéni de grossesse : étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse
Sophie Chauet, Anne-Sophie Juan-Chocard, Stéphanie Vasseur, Jean-François Hamel, Philippe Duverger, Philippe Descamps, Serge Fainello 705

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE : SÉANCE DU LUNDI 27 MAI 2013

Ouverture de la séance 710

COMMUNICATIONS

Maladie de Lyme, syndrome autistique et traitement antibiotique : une réflexion à partir d'un cas
Pascalie Planche, Michel Bobbi 711

Psychiatrie et médecine fondée sur les valeurs
Arnaud Pignat 716

Perception de la maladie et processus d'observance thérapeutique. Le point de vue de 11 patients porteurs de schizophrénie paranoïde
Diana Castro, Marie Constantin-Kuntz, Elodie Fons, Benjamin Artaud, Jacqueline Tan, Catherine Zoute 720

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Troubles obsessionnels compulsifs résistants et antipsychotiques : données neurobiologiques et thérapeutiques actuelles
Déborah Ducassa, Guillaume Fond 725

HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

1913-2013 : Karl Jaspers, cent ans de Psychopathologie générale
Michel de Boucaud 733

ANALYSE DE LIVRES 737

ERRATA 739

This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur

SciVerse ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte

www.em-consulte.com



Mémoire

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



The denial of pregnancy: Study of 75 cases of late discovery of pregnancy

Sophie Chaulet^{a,*}, Anne-Sophie Juan-Chocard^b, Stéphanie Vasseur^c,
Jean-François Hamel^d, Philippe Duverger^a, Philippe Descamps^e, Serge Fanello^d

^a Service de pédopsychiatrie, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France

^b Service de psychiatrie infantile, centre hospitalier de Versailles, 177, rue de Versailles, 78157 Le Chesnay cedex, France

^c Département d'information médicale, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France

^d Département universitaire de santé publique, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France

^e Service de gynécologie-obstétrique, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Déni de grossesse
Épidémiologie
Évaluation
Prévention

Keywords:

Assessment
Denial of pregnancy
Epidemiology
Prevention

R É S U M É

Le déni de grossesse est une entité floue, mal définie, ne faisant l'objet d'aucun consensus international. Pourtant, ce phénomène est souvent rencontré par les professionnels de santé, suscitant de nombreuses interrogations tant sur son origine que sur sa prise en charge. Le déni de grossesse constitue une situation potentiellement à risque pour la mère et son enfant. Nous présentons notre étude rétrospective sur cinq ans à la maternité du CHU d'Angers à partir de 75 dossiers de femmes ayant découvert tardivement leur grossesse. L'absence de consensus précis et la nécessité d'établir des critères d'inclusion ont permis une réflexion concernant la définition du déni de grossesse. Nous avons recherché des paramètres épidémiologiques, cliniques et de prise en charge dans une tentative explicative et préventive. L'analyse des données recueillies nous amène à proposer systématiquement un entretien psychologique ou psychiatrique à toute femme qui présente un déni de grossesse. On peut penser que le double abord parallèle, somatique et psychique, pourrait améliorer la prise en charge et prévenir les récurrences.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

The denial of pregnancy is a vague and badly defined entity with no international consensus. Yet this phenomenon is often found by health professionals, provoking much questioning on its aetiology and how to treat it. The denial of pregnancy constitutes a potentially risky situation for both mother and child.

Objective. – The objective of this study is to describe the medical, social and professional profiles, and the clinical characteristics of patients showing denial of pregnancy at the Maternity Hospital at Angers CHU. The short-term outcome for babies born from these pregnancies is described. The aim of the analyses is to improve the treatment and prevention of this syndrome.

Method. – A retrospective analysis of epidemiological and clinical parameters from the medical records of women showing denial of pregnancy over a period of 5 years between 1 January 2005 and 31 December 2009.

Patients. – In the CIM-10, no specific code for denial of pregnancy exists. Consequently, we looked for an existing code that could be adapted to cover such cases. A total of 392 files were extracted of which 75 cases involved doctors discovering patients with an advanced pregnancy. We divided them into those discovered with less than, or greater than, 20 weeks amenorrhoea. The 75 pregnancies involved 76 babies.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sochaulet@chu-angers.fr (S. Chaulet).

Results. – The average frequency of denial of pregnancy over the five year period was 2.3/1000 births for women with 20 and 38 weeks amenorrhoea. The frequency of total denial until birth was 0.3/1000 births. The age of the women varied from 16 to 44 years. The proportion of women in a socially precarious situation was more than 40%. Half of the women had had at least one child before, 9% of the women had shown a late discovery of pregnancy, and 20% had a history of a psychiatric problem. In 92% of cases the baby stayed with the Mother, in 8% the babies died before birth, in 3% the baby died after birth, and 4% were given up for adoption. There were significantly more abandonments among women who had shown a denial of pregnancy than in the general population. There were no significant differences in the epidemiological or clinical parameters between the pregnancies discovered between 15 and 19 weeks amenorrhoea and those discovered after 20 weeks amenorrhoea. Twenty-five percent of women had been for a psychological or psychiatric consultation although the consultation was rarely motivated by a denial of pregnancy.

Conclusions. – The difficulties we had to identify a denial of pregnancy attest to the ignorance of this phenomenon and the difficulty of defining it precisely. The relevance of a previous psychiatric consultation is uncertain, as few studies on denial of pregnancy have been carried out. We propose that a psychological or psychiatric consultation should be offered to any woman having shown denial of pregnancy in order to provide the necessary support.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Les connaissances médicales actuelles sur le déni de grossesse n'en sont qu'à leur début. Pourtant, ce phénomène est souvent rencontré par les professionnels de santé, suscitant de nombreuses interrogations tant sur son origine que sur sa prise en charge. Il mobilise à la fois les soignants du corps (médecins gynéco-obstétriciens, sages-femmes, médecins traitants) et de la psyché (psychiatres, psychologues) dans un véritable travail de collaboration.

Le déni de grossesse est la non-reconnaissance de la grossesse par la femme enceinte au-delà du premier trimestre de grossesse [9]. Certains auteurs [1,8] introduisent le terme de négation de grossesse : éventail de manifestations à participation inconsciente caractérisant à différents degrés le refus ou l'incapacité de la femme enceinte à reconnaître son état.

Le déni est dit « partiel » lorsque la reconnaissance de la grossesse a lieu avant l'accouchement. Le déni est dit « total » lorsque la découverte de la grossesse a lieu pendant la mise en travail. Les termes « total » ou « partiel » sont parfois également utilisés pour décrire les différents degrés de conscience de l'état de grossesse [2].

Le déni de grossesse n'est pas un phénomène rare. Sa prévalence globale se situe autour de deux à trois cas pour 1000 naissances, avec une prépondérance de dénis partiels [5,13,15,16].

Le déni de grossesse constitue une situation potentiellement à risque pour la mère et son enfant (complications périnatales [17], accouchement sous X [4,11], néonaticide [10]), bien que dans la majorité des cas le bébé reste avec sa mère et que la relation mère/enfant semble s'établir de manière satisfaisante.

Le déni de grossesse constitue un problème de santé publique de par sa prévalence et ses conséquences possibles à la fois somatiques et psychiques. Ainsi, l'étude des caractéristiques des femmes présentant un déni de grossesse à l'échelle d'un Centre Hospitalier Universitaire [7] nous a paru intéressante à réaliser afin de dresser un état des lieux de la manière dont ces femmes sont repérées et prises en charge.

2. Objectif

L'objectif de l'étude a été dans un premier temps de repérer de manière rétrospective les patientes qui ont présenté un déni de grossesse. Dans un deuxième temps, nous avons tenté de décrire le profil médical, social et professionnel et les caractéristiques cliniques des patientes ayant présenté un déni de grossesse à partir des dossiers répertoriés sur la période donnée. L'analyse de

ces données a pour but d'améliorer la prise en charge et la prévention du déni de grossesse.

3. Méthode

Cette étude est réalisée à partir d'un recueil rétrospectif de paramètres épidémiologiques et cliniques extraits des dossiers des femmes ayant présenté un déni de grossesse à la maternité du CHU d'Angers sur une période de cinq ans (du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2009).

Il n'existe pas dans la classification internationale des maladies (CIM-10) de code spécifique dédié aux dénis de grossesses.

Nous avons donc recherché un code existant et exploitable afin de repérer la majorité des cas. Par définition, une femme qui dénie sa grossesse n'a pas fait suivre sa grossesse au moins jusqu'à sa découverte, puisqu'elle n'en a pas conscience.

Nous avons considéré que le caractère tardif de découverte d'une grossesse était très probablement associé à un déni de grossesse.

Ainsi, nous nous sommes intéressés majoritairement aux dossiers codés dans la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, [6]) : Z 35.3 correspondant à la « Surveillance d'une grossesse avec antécédent de soin prénatal insuffisant ». En effet, ce code est utilisé à la première consultation pour laquelle une femme se présente sans avoir réalisé les examens habituels de suivi de grossesse. Ce code n'est pas réutilisé par la suite si la grossesse est bien suivie.

Par ailleurs, nous avons recherché des cas parmi les dossiers (minoritaires en nombre) codés Z 64.0 (codage utilisé depuis 2007) correspondant aux « Difficultés liées à une grossesse non désirée » en partant de l'hypothèse selon laquelle la découverte d'une grossesse déniée peut entraîner des difficultés à l'accepter. Au total, 392 dossiers ont été répertoriés, au sein desquels nous avons recherché un déni de grossesse.

Le critère d'inclusion utilisé était la notification dans le dossier obstétrical, par la sage-femme ou le médecin, de la découverte tardive de la grossesse. La découverte de grossesse tardive « la plus précoce » notifiée par un soignant se situe entre 14 et 15 semaines d'aménorrhée (SA).

Nous incluons dans cette étude toutes les grossesses découvertes à partir de 15 SA. Le terme de 15 SA correspond strictement au début du deuxième trimestre, date à partir de laquelle on peut parler de déni de grossesse d'après notre définition. Afin de mettre en parallèle nos résultats avec certaines études déjà publiées, nous réaliserons des sous-groupes en fonction du moment de la découverte de leur grossesse (avant 20 SA, après 20 SA).

Nous avons réalisé des comparaisons avec la population des femmes ayant accouché au CHU d'Angers à la même période (20 157 femmes), selon la méthode des comparaisons multiples ou test de Fisher, selon six critères : antécédent d'IVG, obésité, proportion de césariennes, d'accouchements prématurés, de retards de croissances intra-utérins, d'abandons. Ainsi, pour une comparaison de groupe au seuil $\alpha = 0,05$, le seuil sera ajusté à la valeur de $0,05/6$ (Technique d'ajustement de Bonferroni). Si l'un des tests est inférieur à $0,05/6$, les groupes sont différents. En revanche, si le test est supérieur à $0,05/6$, c'est qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les groupes (mais cela ne signifie pas qu'il n'y en a pas).

4. Résultats

4.1. Fréquence du déni de grossesse

Au total, 392 dossiers ont été étudiés. Soixante-quinze dénis de grossesse ont été répertoriés : 69 dénis partiels et six dénis totaux. De 2005 à 2009, le nombre de dossiers inclus était globalement croissant. Le nombre de grossesses découvertes tardivement suivait la même progression.

Entre 20 et 38 SA, la fréquence moyenne des dénis sur cinq ans était de $2,3 (\pm 0,63)$ pour 1000 naissances. La fréquence des dénis totaux était de $0,3$ pour 1000 naissances. Entre 15 et 19 SA, la fréquence était de $1,09$ pour 1000 naissances.

Vingt-deux grossesses étaient découvertes entre 15 et 19 semaines d'aménorrhée, soit 29 % de l'ensemble des grossesses de notre échantillon. La plupart des grossesses déniées étaient découvertes entre 20 et 38 semaines (63 %). Les dénis totaux représentaient 8 % de l'ensemble des grossesses déniées (Fig. 1).

Nous avons appelé « groupe 1 » le groupe des femmes ayant découvert leur grossesse avant 20 SA (22 femmes) et « groupe 2 » le groupe des femmes ayant découvert leur grossesse après 20 SA (53 femmes). Nous avons séparé nos résultats en deux groupes car les principales études publiées prenaient en compte les grossesses découvertes après 20 SA.

4.2. Nombre de bébés

Les 75 grossesses étudiées aboutissaient à la conception de 76 bébés. On comptabilisait une grossesse gémellaire. Au total, 69 bébés étaient nés vivants (cinq interruptions médicales de grossesses et deux bébés sont mort-nés). Parmi ces 69 bébés, 48 étaient issus d'une grossesse déniée découverte après 20 SA (groupe 2) et 21 étaient issus de grossesse déniée découverte entre 15 et 19 SA (groupe 1).

4.3. Données relatives aux mères

L'âge des femmes incluses dans l'étude variait de 16 à 44 ans. La moyenne d'âge était de $27 \pm 7,6$ ans. La proportion de femmes en

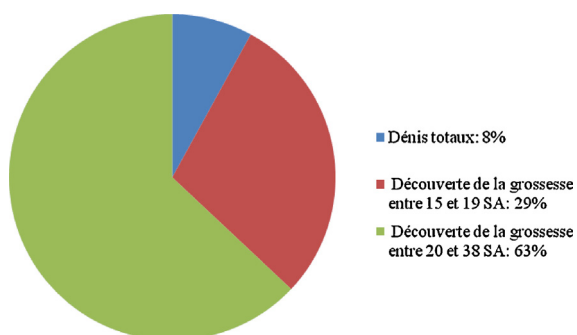


Fig. 1. Proportion de dénis partiels et totaux.

Tableau 1

Résultats concernant les données socio-professionnelles des femmes.

	Total (75)	Groupe 1 (22)	Groupe 2 (53)
Âge moyen (années)	26,9 (ET = 7,56)	24,5 (ET = 6,86)	26,4 (ET = 8,5)
Mineures (%)	13	14	13
> 40 ans (%)	4	0	6
Sans profession (%)	47	59	42
Activité professionnelle (%)	35	23	40
Étudiante (%)	17	18	17
Sans partenaire stable (%)	32	37	30
En couple stable/mariée (%)	51	41	55
Vit chez ses parents (%)	15	18	13
Précarité sociale (%)	41	50	38
Violence passée/récente (%)	12	14	13
Abus sexuel (%)	7	9	7

situation sociale précaire dépassait 40 %. Un climat de violence était noté dans 12 % des cas : violence passée ou récente, physique ou sexuelle (Tableau 1).

Nous avons considéré qu'une femme avait un suivi gynécologique régulier si la réalisation de son frottis cervico-vaginal datait de moins de deux ans. Cette donnée a été renseignée dans 88 % des cas. Une grande proportion de femmes de notre étude n'avaient pas de suivi gynécologique régulier. La plupart des femmes avaient déjà été enceintes. La moitié des femmes avaient déjà eu au moins un enfant.

Sept femmes avaient déjà présenté un ou plusieurs dénis de grossesse repérés par le personnel sage-femme, soit 9 % des femmes recrutées (Tableau 2).

La plupart des femmes de l'étude n'étaient pas obèses. Cependant, la proportion de femmes obèses ou maigres était élevée. Treize pour cent du total des cas présentaient un indice de masse corporelle compris entre 15 et 18. Le pourcentage de fumeuses était de 53 %.

Dans 10 % des cas, il existait une pathologie somatique pouvant perturber significativement le déroulement de la grossesse à cause de son traitement ou de ses conséquences propres. En l'occurrence, 11 femmes présentaient un asthme traité ou non par Ventoline[®], soit 14 % des cas.

Vingt pour cent des femmes (15 cas sur 75) ayant dénié leur grossesse avaient ou avaient eu des troubles psychiatriques. Par ordre de fréquence, on trouvait : addictions (sept cas), troubles du comportement alimentaire (trois cas), trouble de la personnalité émotionnellement labile (deux cas), antécédent de tentative de suicide sans précision (un cas), épisode dépressif (un cas), épisode psychotique (un cas) (Tableau 3).

4.4. Données relatives à la grossesse et à l'accouchement

Dans plus de la moitié des cas, le désir ou l'absence de désir de grossesse n'était pas indiqué. Cependant, le caractère non désiré de

Tableau 2

Résultats concernant les antécédents gynéco-obstétricaux.

	Total (75)	Groupe 1 (22)	Groupe 2 (53)
Suivi gynécologique (%)	39	40	55
Cycles irréguliers (%)	36	32	38
Primigeste (%)	32	18	38
Multipare (%)	51	54	50
Antécédent de FCS (%)	9	14	7
Antécédent d'IVG (%)	24	32	23
Antécédent MFIU/IMG (%)	4	9	2
Antécédent déni de G (%)	9	4	11

FCS : fausse couche spontanée ; IVG : interruption volontaire de grossesse ; MFIU : mort foetale in utero ; IMG : interruption médicale de grossesse.

Tableau 3

Résultats concernant les antécédents médicaux.

	Total (75)	Groupe 1 (22)	Groupe 2 (53)
Obésité (%)	12	14	11
Maigreur (%)	13	10	13
Consommation de tabac (%)	53	54	58
Pathologie chronique (%)	12	6	11
Antécédent psychiatrique (%)	20	14	23

la grossesse était noté dans environ 40 % des cas. Un projet de grossesse était repéré dans 4 % des cas. Dans neuf cas, la grossesse déniée était rapprochée par rapport à la précédente (moins d'un an). Dans la majorité des cas, les circonstances de découverte de la grossesse n'étaient pas renseignées (Tableau 4).

Au total, 18 femmes, soit 24 %, avaient été hospitalisées après la découverte de leur grossesse (menace d'accouchement prématuré, diabète gestationnel, retard de croissance intra-utérin, séroconversion toxoplasmique, pyélonéphrite, traumatismes abdominaux).

Après la découverte de leur grossesse, 16 femmes, soit 23 % des cas de dénis partiels, avaient fait la demande d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) ; 84 % des femmes ayant souhaité une IVG ou ayant accouché sous X avaient gardé leur bébé. L'accouchement avait eu lieu par voie basse dans la plupart des cas. Le père du bébé était présent dans 50 % des cas, au moins au moment de l'accouchement.

4.5. Données relatives aux nouveau-nés

Quatre bébés avaient présenté un retard de croissance intra-utérin, soit dans 6 % du total des cas. Six décès étaient survenus en anténatal parmi les 76 bébés, soit un taux de mortalité total de 8 %. Dans 92 % des cas, l'enfant restait avec sa mère, 3 % des bébés sont décédés en post-natal et 4 % sont confiés à l'adoption. Pour un bébé, une aide éducative en milieu ouvert avait été demandée (1 %).

4.6. Consultations psychologiques ou psychiatriques

Un quart des femmes avaient bénéficié d'un entretien psychiatrique ou psychologique. La demande de consultation était rarement motivée par le déni de grossesse lui-même.

4.7. Comparaison à la population des femmes ayant accouché

Les résultats montrent qu'il existe, dans le groupe des dénis de grossesse, significativement plus d'antécédents d'IVG, plus de césariennes, plus d'abandons que dans la population générale des femmes ayant accouché au CHU d'Angers à la même période.

Tableau 4

Résultats concernant la grossesse.

	Total (75)	Groupe 1 (22)	Groupe 2 (53)
Contraception (%)	39	50	34
Spotting (%)	20	9	24
MAP (%)	6	0	9
Hospitalisation pendant la grossesse (%)	24	18	24
Accouchement (%)			
Voie basse (%)	77	75	77
Instrumentation (%)	15	13	15
Césarienne (%)	25	25	22
Présence père du bébé (%)	50	50	50

MAP : menace d'accouchement prématuré.

5. Discussion

Dans notre étude, les dossiers dans lesquels était noté « découverte tardive de grossesse » ont été répertoriés. Citons Bonnet [4] : « Le moment capital pour organiser le premier contact est la demande de consultation pour IVG qui est dans la plupart des cas hors du cadre de la loi. La découverte tardive d'une grossesse est donc l'un des signes essentiels du déni de grossesse. Il est indispensable de poser ce diagnostic afin de prévoir les conditions de l'accouchement pour protéger l'avenir de l'enfant. »

5.1. Biais de l'étude

Les difficultés de repérage rencontrées tiennent au caractère rétrospectif de l'étude. Le recueil des données dépend de la subjectivité et de la disponibilité du soignant et de ce que la patiente souhaite déclarer au moment de l'entretien. La réalisation de consultations par différents soignants trouve ici tout son intérêt. Nous avons répertorié un certain nombre de dossiers où l'existence d'un déni est discutable (déclarations contradictoires, données écrites contradictoires) et pourrait témoigner de l'absence de certitude de la femme enceinte elle-même sur son état de grossesse.

5.2. Comparaison des résultats aux données de la littérature

Si nous calculons la prévalence du déni de grossesse en retirant toutes les grossesses découvertes entre 15 et 19 semaines, nous obtenons une prévalence globale (déni total et déni partiel) de 2,6 pour 1000 naissances (2,3/1000 dénis partiels et 0,3/1000 dénis totaux), chiffres en accord avec les données épidémiologiques référencées [15,17].

Après 2007, le nombre de dénis de grossesses retrouvés a presque doublé. Nous proposons deux hypothèses explicatives à cette évolution :

- sur le plan local : en juin 2007 est créée l'Unité Médico-Psychosociale en Périnatalité à la maternité du CHU d'Angers intégrée au sein de l'Unité « Grossesses Pathologiques ». Cette unité du Pôle de gynécologie-obstétrique prend en charge les patientes enceintes les plus vulnérables. Ainsi, une attention plus particulière portée à ces grossesses pourrait expliquer le repérage d'un plus grand nombre de dénis de grossesse ;
- sur le plan national, 2006 correspond au début de la médiatisation du « déni de grossesse » par le biais de l'affaire des bébés congelés (affaire Courjault).

Concernant le profil épidémiologique des femmes de notre étude, nous remarquons : un âge moyen de 26 ans, qui concorde avec l'âge moyen de l'étude de Wessel [18], et inférieur à celui de l'âge moyen donné par l'Observatoire Régional de la Santé en Pays-de-Loire en 2011 (ORS) (30 ans) [14]. La proportion de femmes mineures (13 %) et de femmes âgées de plus de 40 ans (6 %) est importante et supérieure aux proportions de femmes ayant accouché à la maternité du CHU d'Angers à la même période que l'étude (1,2 % de mineures et 1,5 % de femmes âgées de plus de 40 ans) et à la proportion donnée par l'ORS (2 % de mineures et 4 % de femmes âgées de plus de 40 ans). Wessel a remarqué dans son étude des proportions de femmes significativement plus élevées aux âges extrêmes de la vie. La proportion de femmes ayant une situation conjugale stable est moins importante dans notre étude (55 %) par rapport à la proportion retrouvée par Wessel (65 %). Cette différence peut s'expliquer par le fait que notre proportion de femmes jeunes est plus importante que dans son étude. La proportion de femmes étudiantes et en situation de précarité

sociale s'explique par la même raison. La proportion de femmes qui déclarent avoir subi des abus sexuels (7 %) est comparable à celle retrouvée par Wessel (5 %). Les deux études s'accordent pour dire que la plupart des femmes ont déjà été enceintes, et que la moitié ont déjà des enfants. Concernant les antécédents psychiatriques, les proportions retrouvées concordent avec l'étude de Wessel (20 %) et confirment l'idée selon laquelle le déni de grossesse touche à la fois les femmes atteintes ou indemnes de pathologie mentale. Dans notre étude, les risques néonataux sont augmentés pour les grossesses déniées. Les entretiens psychologiques sont d'une manière générale rarement proposés dans le cas d'un déni de grossesse.

5.3. Particularités de l'étude

Cliniquement, il nous a paru intéressant de porter attention aux grossesses découvertes avant 20 SA. Il n'existe pas de limite clairement établie à partir de laquelle une femme « est censée » s'apercevoir de sa grossesse. Nous avons mis la limite à 15 SA. Globalement, il n'existe pas de différence significative concernant les résultats obtenus dans les groupes 1 et 2. On peut donc supposer que ces deux groupes sont comparables selon les critères retenus. Afin de pouvoir comparer les études, il faudrait définir une limite plus consensuelle à partir de laquelle la découverte de grossesse est considérée comme tardive, et si on l'assimile ou non à un déni de grossesse.

La répétition du déni de grossesse a été remarquée chez 11 % des femmes du groupe 2, ce qui ne nous semble pas négligeable. Nous pouvons également supposer que cette donnée est sous-évaluée. Il est intéressant de remarquer le même terme de découverte tardive de la grossesse dans trois cas. La répétition du déni de grossesse est, à notre connaissance, peu étudiée dans la littérature. Cette donnée est importante à connaître en termes de prise en charge : elle confirme la nécessité de porter une attention particulière aux femmes qui ont présenté un déni de grossesse.

Afin de faciliter son repérage, des auteurs ont proposé d'inclure le déni de grossesse dans « Trouble de l'adaptation avec déni d'un état physique » [12], d'autres proposent de l'intégrer dans un sous-chapitre des « Troubles sexuels et troubles de l'identité sexuelle » intitulé « Troubles psychologiques et comportementaux associés à la reproduction sexuelle » [3]. Il nous semblerait pertinent d'introduire l'entité « déni de grossesse » dans les classifications. L'intitulé « Découverte tardive de grossesse » nous paraît approprié car il s'approche de la réalité somato-psychique du déni de grossesse, sans préjuger de sa causalité.

6. Conclusion

Les difficultés que nous avons eues à repérer les femmes ayant présenté un déni de grossesse témoignent de la méconnaissance de ce phénomène et de la difficulté à le définir avec précision.

Le recueil des antécédents psychiatriques est aléatoire dans le cadre de cette étude rétrospective, dans la mesure où peu d'évaluations spécialisées ont été proposées. Des résultats plus

précis pourraient être recueillis dans le cadre d'une étude prospective.

Tous les professionnels de santé sont susceptibles de rencontrer une patiente qui a dénié sa grossesse. Le déni de grossesse est une situation potentiellement à risques somatique et psychique pour la mère et son bébé. Les complications obstétricales et néonatales sont plus élevées et ajoutent des facteurs de vulnérabilité pour la mise en place des interactions précoces.

La réalisation d'une consultation psychiatrique ou psychologique systématique lors de la découverte d'un déni de grossesse nous semble nécessaire dans un but d'évaluation, afin de repérer les femmes qui relèvent d'un soutien psychologique et celles qui nécessitent une prise en charge psychiatrique plus étayée. On peut penser qu'une prise en charge à la fois somatique et psychique des femmes présentant un déni de grossesse aurait un impact en termes de prévention des récides.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Bayle B. Les négations de grossesse (dissimulation, dénégation, déni). In: L'enfant à naître. Identité conceptionnelle et gestation psychique. Toulouse: Érès, « La vie de l'enfant »; 2005: 167–204.
- [2] Bayle B. L'embryon sur le divan. Psychopathologie de la conception humaine. Paris: Masson; 2003.
- [3] Beier KM, Reinhard W, Wessel J. Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: a proposal for international classification systems. *J Psychosom Res* 2006;61:723–30.
- [4] Bonnet C. Geste d'amour et accouchement sous X. Paris: Odile Jacob; 1996.
- [5] Brezinka C, Huter O, Biebl W, Kinzl J. Denial of pregnancy: obstetrical aspects. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1994;15:1–8.
- [6] CIM-10. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes 10^e Révision. Genève: Organisation mondiale de la santé; 1993.
- [7] Chaulet S. Déni de grossesse : exploration clinique et psychopathologique, prise en charge. Étude rétrospective sur cinq ans au CHU d'Angers [Thèse]. Angers: 2011.
- [8] Dayan J, Andro G, Dugnat M. Troubles mentaux de la grossesse, de l'accouchement et de la délivrance. Déni de grossesse. In: Psychopathologie de la périnatalité. Paris: Masson; 1999: 41–9.
- [9] Grangaud N. Déni de grossesse : description clinique et essai de compréhension psychopathologique. Paris: Université Paris VII; 2001 [Thèse].
- [10] Le Nestour A, Vellut N. Données expertales de néonaticides. *Enfance Psy* 2010;48:137–43.
- [11] Marinopoulos S. Accouchement et abandon. *J Pediatr Pueric* 2001;6:363–9.
- [12] Miller LJ. Maladaptive denial of pregnancy. *Am J Psychiatry* 1991;148:8.
- [13] Nirmal D, Thijs I, Bethel J, Bhal PS. The incidence and outcome of concealed pregnancies among hospital deliveries: an 11-year population-based study in South Glamorgan. *J Obstet Gynaecol* 2006;26:118–21.
- [14] Observatoire régional de la santé. Grossesse, accouchement. La santé observée en Pays-de-Loire. Nantes: ORS Pays de Loire; 2011.
- [15] Pierronne C, Delannoy MA, Florequin C, Libert M. Le déni de grossesse : à propos de 56 cas observés en maternité. *Perspect Psy* 2002;41:182–8.
- [16] Wessel J, Buscher U. Denial of pregnancy: population-based study. *BMJ* 2002;324:458.
- [17] Wessel J, Endrikat J, Buscher U. Elevated risk for neonatal outcome following denial of pregnancy: results of one-year prospective study compared with control group. *J Perinat Med* 2003;31:29–35.
- [18] Wessel J, Gauruder-Burmester A, Gerlinger C. Denial of pregnancy-characteristics of women at risk. *Acta Obstetrica Gynecologica* 2007;86:542–6.