

La prise en charge multidisciplinaire d'un déni de grossesse : où en est-on?

Soulayma Al-Tayyari, Ann-Lou Andriamanantenasoa, Oskar Bougaud, Valérian Morais, Amélie Papeil

Introduction

D'après une récente étude au CHUV¹, le déni de grossesse concerne 2 naissances pour 1000. Ce terme² désigne une situation au cours de laquelle une femme ne parvient pas à identifier qu'elle est enceinte au-delà de 20 semaines d'aménorrhées. Ce phénomène peut avoir de graves conséquences sur l'état de santé de la mère et du bébé, avec un risque augmenté de prématurité et de retard de développement psycho-moteur³. Concernant les femmes faisant un déni de grossesse, la plupart apprennent leur situation entre la 20e et la 38e semaine de grossesse. Cela leur laisse moins de temps pour se préparer à l'arrivée de l'enfant qu'une grossesse classique. La situation est vécue comme un choc, que ce soit au niveau physique que psychique⁴. Les impacts psychiques sont principalement la culpabilité, l'incompréhension et le refus, le vécu traumatique ce qui a pour conséquence un risque augmenté de dépression du post-partum et de troubles de l'attachement⁵.

Ainsi, notre question de recherche est la suivante : La prise en charge multidisciplinaire actuelle est-elle suffisante pour aider les femmes ayant fait un déni de grossesse partiel à accepter l'arrivée d'un enfant ?

Méthodes

Premièrement, nous avons utilisé la littérature grise dans le but d'introduire notre question de recherche et discuter nos résultats. Puis, dans un second temps, nous avons procédé à des entretiens dans le but de comprendre la place que chaque professionnel avait autour de la patiente. Nous avons interrogés deux gynécologues-obstétriciens, un urgentiste, deux psychiatres, un pédopsychiatre, deux sage-femmes et un avocat.

Résultats

Dans un premier temps, il faut définir certains termes.

- I. Déni de grossesse partiel : situation au cours de laquelle une femme ne parvient pas à identifier qu'elle est enceinte au-delà de 20 semaines d'aménorrhées. Ce phénomène se matérialise sous deux formes : déni de grossesse partiel et total, ce dernier se différenciant du premier lorsque la grossesse n'est découverte qu'au moment de l'accouchement.
- II. Prise en charge multidisciplinaire : nous parlons avant tout de professionnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes, psychologues et assistants sociaux), mais aussi d'autres professions comme les avocats, juristes, juges ainsi que des associations, qui se réunissent afin de partager leur expertise et aboutir à une prise en charge commune et efficace.

Premier constat : par rapport à l'image que se fait la société du déni de grossesse, nous avons découvert qu'il n'existe pas de patiente type. L'âge, la situation psycho-sociale, l'environnement familiale, culturel et économique est très variable, bien que les patientes issues de milieux dits « défavorisés » semblent développer plus de complications. Cependant nos constats se basent sur le ressenti subjectif d'une dizaine de professionnels, et tous s'accordent à dire qu'il n'existe pas de patiente type.

Deuxième constat : la littérature est pratiquement inexistante à ce sujet. Nous avons tout de même trouvé trois études qui se mettent d'accord sur la nécessité d'établir un protocole/des guidelines de prise en charge

¹ Costa A, Renteria DSC, Leeners B. Le déni de grossesse : étude rétrospective au CHUV, 2014.

² Bayle B. 10. Le déni de grossesse. Un trouble de la gestation psychique. In : Psychiatrie et psychopathologie périnatales [Internet]. Paris : Dunod ; 2017 [cité 2 avr 2023]. p. 89-96. (Aide-Mémoire). Disponible sur : <https://www.cairn.info/psychiatrie-et-psychopathologie-perinatales--9782100768844-p-89.htm>

³ Paroledesagesfemmes. Déni de grossesse : Quelles répercussions sur l'enfant ? [Internet]. Parole de sages femmes. 2019 [cité 7 avr 2023]. Disponible sur: <https://paroledesagesfemmes.com/metier-sage-femme/suivi-de-grossesse/deni-de-grossesse-quelles-repercussions-sur-lenfant>

⁴ Dupanloup L. Parentalité et santé mentale : le cas du déni de grossesse [Internet]. Prévenir le suicide chez les jeunes. 2023 [cité 7 avr 2023]. Disponible sur: <https://blogs.letemps.ch/stop-suicide/2023/02/21/parentalite-et-sante-mentale-le-cas-du-deni-de-grossesse/>

⁵ idem à la n°4

spécifique à la fois somatique et psychique. Ce constat est le même pour tous les professionnels de santé : nous manquons cruellement de données, de recherches sur ce sujet. À titre de comparaison, le déni de grossesse (2 naissances sur 1000) et la SEP (1.5 sur 1000) ont la même incidence. Or, dans le cas de la SEP, la littérature est conséquente, allant de la physiopathologie aux différentes méthodes de prise en charge. Il n'existe pas non plus de formations spécifiques pour le déni de grossesse chez les médecins et les sages-femmes, que ce soit lors de congrès ou de journées entières comme cela se fait pour d'autres pathologies. Ne sommes-nous pas face à une situation de déni du déni ?

Troisième constat : la nécessité d'établir une conduite à tenir face au déni de grossesse. Après le premier diagnostic, il est important de ne pas brusquer la mère et d'avancer à son rythme. Les causes du déni devraient être recherchées dans un second temps lors d'une consultation avec psychiatre ou pédopsychiatre. En revanche, il est important d'être attentif aux éventuelles conséquences sur la santé maternelle et sur celle de l'enfant. En effet, d'après les médecins et la littérature, le déni de grossesse peut être la résultante d'une pathologie psychiatrique sous-jacente, mais il peut aussi décompenser une autre pathologie (psychique, métabolique...) lors des complications, ou mettre à découvert une pathologie latente. Une psychiatre expliquait que le déni est avant tout un mécanisme de défense psychique. Cependant, il est important de clarifier qu'une histoire psychiatrique sous-jacente n'est pas un facteur nécessaire pour faire un déni de grossesse. La levée du déni est donc une étape cruciale, et doit être faite avec précaution et en s'adaptant au rythme de la patiente. Il y a autant de dénis de grossesse que de femmes qui en font : il faut donc faire preuve d'adaptabilité par rapport à la femme, son environnement et sa situation. Aussi, tous les professionnels s'accordent sur le fait qu'il faut être attentif à tous les déterminants de la santé auxquels fait face la patiente (environnement familial, culturel, psycho-social, économique etc). Ceux-ci vont influencer les besoins de la prise en charge, il faut également prêter attention au rythme de la patiente et ne pas négliger ses besoins : l'arrivée d'un enfant prévu est déjà source de bouleversement, dans le cadre d'un déni, cela l'est encore plus. En revanche, le CHUV est actuellement en train de réfléchir à la mise en place d'un protocole de prise en charge au sein de l'hôpital, et souhaite réaliser un colloque multidisciplinaire pour chaque situation de déni de grossesse au sein du CAN team. Il faudra adapter aussi cette pratique au milieu libéral et aux hôpitaux périphériques, qui souffrent du manque de conduite à tenir, et dont la prise en charge reste très opérateur dépendant.

Discussion

En conclusion, nous ne pouvons pas répondre simplement par oui ou par non à notre question de recherche, cette dernière nous invitant à faire preuve de nuances. La prise en charge somatique actuelle est suffisante (réponses amenées par les sages-femmes, gynécologues et autres somaticiens). En revanche, il existe encore un néant au niveau de nos connaissances de l'aspect psychique propres à ce sujet (constats fait à partir de la littérature et par professionnels de santé). Le déni de grossesse peut donc avoir énormément de répercussions physiques et psychiques pré ou post-déni, à la fois pour la mère et pour l'enfant. Actuellement, la conduite à tenir au niveau du CHUV est déjà en parti multidisciplinaire : les grossesses les plus à risque de complications bénéficient d'une prise en charge par le CAN Team (Child Abuse and Neglect Team, soutien aux professionnels dans la protection de l'enfant et de l'adolescent). Cela va changer prochainement avec une évaluation d'office de toutes les situations de déni de grossesse et la mise en place de guidelines spécifiques à cette thématique.

À l'avenir, il serait intéressant d'avoir une uniformisation de la conduite à tenir et de répertorier tous les enseignements. Nous pourrions penser à une distribution de brochures à remettre aux patientes lors de l'annonce du diagnostic, réunissant tous les contacts utiles ; mais aussi de brochures destinées aux professionnels à titre éducatif et renseignant les principaux contacts. Dès le diagnostic, par exemple par les urgentistes lors d'une consultation pour douleurs abdominales ou complications, nous invitons les médecins de première ligne à commencer les démarches en compagnie de la patiente dès la consultation. À titre d'exemple, cela peut se concrétiser par la prise d'un premier rendez-vous gynécologique avec la patiente, afin de ne pas retarder la prise en charge et d'intégrer au sein du système de soins les femmes les plus démunies.

Références

- Gomez C, Delcroix MH. **Déni de grossesse à l'adolescence**. Sages-Femmes. 1 mars 2021;20(2):16-8.
- Chaulet S, Juan-Chocard AS, Vasseur S, Hamel JF, Duverger P, Descamps P, et al. **Le déni de grossesse : étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse**. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 déc 2013; 171(10): 705-9.
- **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. 1 juin 2014;62(4):195-202.

Mots clés

Déni de grossesse, déni de grossesse partiel, prise en charge multidisciplinaire, relation mère-enfant

Nous tenons à remercier les personnes interviewées, et surtout notre tutrice *Nathalie Rosenblatt-Velin*.

La prise en charge multidisciplinaire d'un déni de grossesse : où en est-on ?

Soulayma Al-Tayyari, Ann-Lou Andriamanantenaso, Oskar Bougaud, Valérian Morais, Amélie Papeil



INTRODUCTION

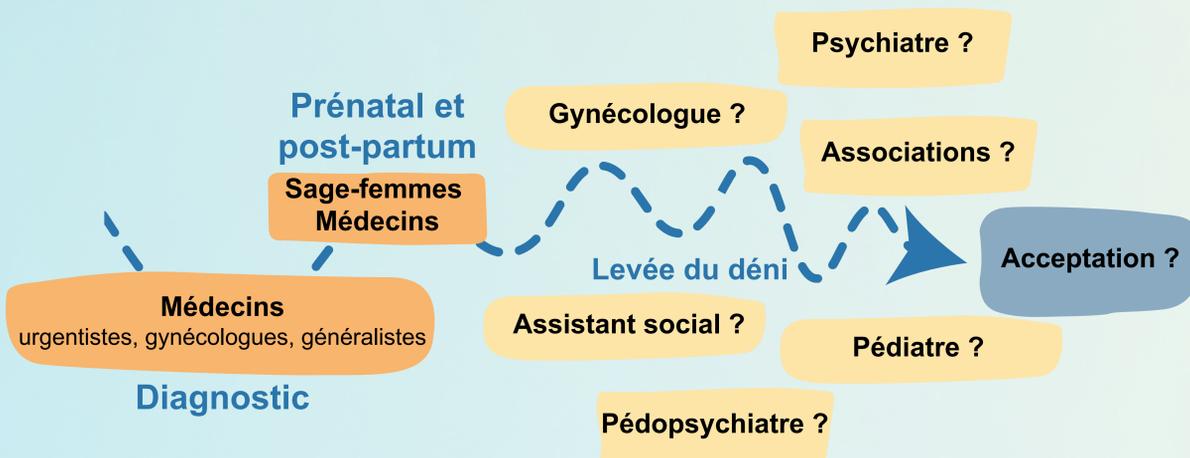
- La grossesse est une étape majeure dans la vie de certaines femmes. Quelques fois, cette condition semble être **niée** ou **méconnue** par ces femmes. Nous parlons alors de « **déni de grossesse** ».
- Sa prévalence est de **2 pour 1000** naissances au CHUV, il s'agit donc d'un **enjeu de santé publique**, ce phénomène pouvant avoir de **graves conséquences** sur l'état de santé de la mère et du bébé, notamment de nombreux **impacts psychiques**.
- Ainsi, notre question de recherche est la suivante : **La prise en charge multidisciplinaire actuelle est-elle suffisante pour aider les femmes ayant fait un déni de grossesse partiel à accepter l'arrivée d'un enfant ?**

Définitions

- **Déni de grossesse** : Non identification d'une grossesse au delà de 20 semaines d'aménorrhée.
- **-Total** : découverte de la grossesse lors de l'accouchement
- **-Partiel** : découverte durant la grossesse
- **Multidisciplinarité** : ensemble de métiers intervenant dans la prise en charge.
- **Levée du déni** : Moment au cours duquel la condition de grossesse est révélé à la patiente.

Méthodologie

- **Littérature grise** : Afin d'introduire notre question de recherche et discuter nos résultats.
- **Entretiens semi-dirigés** : avec les professionnels impliqués dans la prise en charge multidisciplinaire, pour comprendre leur rôle lors de déni de grossesse.



Déni de grossesse

2 naissances pour 1000 au CHUV

29 articles scientifiques

Sclérose en plaque

1,5/1000 en Suisse

74'000 articles scientifiques

Afin d'illustrer l'importance du déni de grossesse et le **manque de ressources scientifiques** à ce sujet, voici une comparaison de sa prévalence et du nombre d'articles scientifiques en anglais sur GoogleScholar en 2022 par rapport à la **sclérose en plaque**, qui a une prévalence comparable.

Sources

Gomez C, Delcroix MH. Déni de grossesse à l'adolescence. Sages-Femmes. 1 mars 2021.

Chalet S, Juan-Chocard AS, Vasseur S, Hamel JF, Duverger P, Descamps P, et al. Le déni de grossesse : étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 déc 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. 1 juin 2014

La prise en charge multidisciplinaire du déni de grossesse est au départ **semblable** à celle d'une grossesse classique, puis nous constatons qu'un **flou dans la prise en charge** s'installe lors de la levée du déni.

"Le plus important dans la prise en charge est de **ne pas nuire**"

"Le manque de connaissance à ce sujet, c'est un **déni du déni**"

"Le **lien mère-enfant** est le nerf de la guerre"

Citations

"Il faut initier la prise en charge **nous même et en compagnie** de la patiente"

"L'arrivée prévue d'un enfant est **bouversante**, celle imprévue l'est **encore plus**"

Résultats - Take Home Messages

- Importance de **respecter la temporalité** de la patiente : nécessité d'une prise en charge **personnalisée et multidisciplinaire**.

- **Manque d'études** à ce sujet, ce qui reflète un **manque de ressources** pour les professionnels et patientes.

- Recherche de mise en place d'un **protocole** en cours au **CHUV**

- Prise en charge **plus complète** en milieu hospitalier universitaire que privé.

Remerciements : Nous tenons à remercier toutes les personnes interviewées, et surtout notre tutrice, Nathalie Rosenblatt-Velin.

Contacts : soulayma.al-tayyari@unil.ch, ann-lou.andriamanantenaso@unil.ch, oskar.bougaud@unil.ch, valerian.morais@unil.ch, amelie.papeil@unil.ch