

ANNEE :

N°

THÈSE

Présentée

A L'UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE

« FACULTE DE PHARMACIE DE CHATENAY MALABRY »

de L'UNIVERSITE PARIS-SUD

**Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de
DOCTEUR EN PHARMACIE**

Nom : BERTRAND Mélanie

Titre de la Thèse : **Déni de grossesse et mise en place d'outils destinés aux
pharmaciens d'officine ainsi qu'aux patient(e)s**

Soutenue le :

JURY :

Président : Pr Imad KANSAU

Membre : Dr Cécile DENÈVE-LARRAZET

Membre :

REMERCIEMENTS

Je souhaiterais tout d'abord remercier Madame LARRAZET pour son professionnalisme, sa présence tout au long de la rédaction de cette thèse d'exercice. Elle a fourni beaucoup d'efforts pour m'aider à réaliser ce projet qu'elle ne connaissait pas au départ. Je suis consciente que tout ceci représente un gros travail de sa part.

Je remercie énormément Lucas, mon fiancé qui a su être à l'écoute, m'épauler et me donner des conseils et du courage tout au long de ce travail. Il a su éprouver beaucoup de patience, notamment dans la rédaction de ma bibliographie.

Evidemment, tout ceci n'aurait pas lieu sans l'aide morale fournie par mes parents, Isabelle et Pascal ainsi que ma sœur, Mathilde.

Je remercie mes amies, qui ont su prendre le temps de m'écouter, de me donner leur avis et de me motiver dans l'accomplissement de ce projet, la concrétisation de mes études.

Je tiens également à remercier Claire, au départ une copine de TP qui au final est devenue une amie, merci pour toutes ces années passées à l'université, pour ta présence, ton aide et tes conseils.

Merci d'avance aux membres du jury, pour la lecture de mon mémoire et pour leur présence le jour de ma soutenance.

Table des matières

I. Introduction :	4
II. Le déni de grossesse :	6
a) Historique du déni de grossesse	6
b) Définition	7
1. Déni partiel de grossesse.....	7
2. Déni total de grossesse.....	7
c) Facteurs de risque	8
d) Circonstances de découverte	11
e) Physiopathologie	14
1. Prise de poids :.....	14
2. Aménorrhée :.....	14
3. Taille de l'abdomen :.....	16
4. Mouvements du fœtus :.....	19
f) Complications materno-fœtales en lien avec le déni de grossesse :	19
1. Complications maternelles :.....	19
2. Complications fœtales :.....	20
g) Prise en charge	21
h) Quelques exemples en France	26
1. Affaire Serena.....	26
2. Affaire Courjault.....	27
III. Mise en place d'outils	30
a) Mise en place d'un outil pour les pharmaciens d'officine	31
b) Mise en place d'un outil destiné aux patient(e)s	39
IV. Conclusion	47

Partie 1 :

I. Introduction :

En France, chaque année, plusieurs centaines de milliers de naissances sont recensées mais ce que beaucoup de personnes ignorent c'est qu'une partie de ces naissances sont liées à des dénis de grossesse.

Le déni de grossesse n'est pas une situation connue de tous, cependant on estime entre 1 500 et 3 000 le nombre de dénis de grossesse ayant lieu chaque année en France.

Sur ces 3 000 dénis, 320 femmes accoucheraient sans avoir conscience de leur état de grossesse, on peut donc qualifier cette situation de non singulière. [1]

Nous verrons qu'il existe deux types de déni de grossesse, le déni partiel et le déni total, qu'il peut toucher n'importe quelle femme, de n'importe quel milieu social et qu'il n'existe pas réellement de facteurs de risque types. Cependant, nous verrons que deux spécialistes en la matière ont analysé le passé familial de leurs patientes et font un lien avec l'absence d'affection au cours de leur enfance.

En distinguant les deux types de déni, nous verrons au cours de ce mémoire que les circonstances de découvertes, les conséquences sur l'enfant ainsi que sur le couple, et la prise en charge par le corps médical et familial ne sont pas du tout les mêmes.

On peut alors très bien se demander ce qu'est le déni de grossesse ? Comment font les femmes lorsqu'elles apprennent la nouvelle ? Comment le découvrent-elles ? À partir de combien de temps pouvons-nous évoquer un déni au cours d'une grossesse ?

Avant d'énoncer la suite de mon travail, j'aimerais évoquer le lien que peut avoir ce sujet avec le pharmacien d'officine. On peut très bien se demander le rapport avec la profession, cependant, notre rôle peut être clé dans le déni de grossesse, nous sommes en première ligne dans la communication avec les patients, ils viennent très facilement à la pharmacie pour avoir notre avis, pour avoir des conseils, pour pouvoir éventuellement être orientés vers une personne adaptée.

Nous avons à notre portée toutes nos connaissances, des outils pour aider ces personnes dans le besoin, nous sommes aussi soumis au secret professionnel, ce qui rassure et pousse plus facilement les gens à se confier à nous.

Une femme venant d'apprendre qu'elle est « victime » d'un déni de grossesse ou alors une personne proche de cette femme peut très bien rentrer en contact avec nous pour avoir de l'aide, des numéros à contacter, une oreille à qui se confier.

Nous pouvons intervenir pour dédramatiser le déni de grossesse, pour suivre aussi l'évolution de la femme et de l'enfant. Nous faisons donc partie du cercle de professionnels de santé pouvant avoir un rôle important dans la prise en charge, le soutien et l'écoute de toutes ces femmes vivant un déni de grossesse.

Dans un premier temps, nous commencerons par faire un point historique sur le déni de grossesse puis nous évoquerons la définition et la classification du déni de grossesse, à savoir le déni partiel et le déni total. Nous continuerons avec les différentes circonstances de découverte, la physiopathologie en évoquant quelques signes cliniques, s'en suivront les complications materno-fœtales pouvant survenir et la prise en charge de ces femmes victimes de déni de grossesse. Cette première partie inclura également quelques exemples ayant eu lieu en France et qui ont été médiatisés ces dernières années.

La seconde partie du mémoire sera consacrée à la mise en place d'outils, plus précisément il s'agit de brochures destinées aux pharmaciens d'officine et aux patientes. La brochure destinée aux pharmaciens permettrait d'aider ces professionnels de santé à détecter les signaux d'alerte, à orienter ces femmes vers les personnes qualifiées et connaître le discours à adopter au comptoir.

Concernant celle destinée aux patientes, l'objectif est de pouvoir la mettre en libre accès dans les pharmacies de ville pour que toute femme ou toute personne ne connaissant pas ce sujet ou, à l'inverse, connaissant un proche l'ayant vécu ou vivant un déni de grossesse, puisse bénéficier d'informations.

II. Le déni de grossesse :

a) Historique du déni de grossesse

Le déni de grossesse est une manifestation qui a été observée au cours du XVII^{ème} siècle où on évoquait la *méconnaissance de la grossesse* car certains scientifiques, comme le Docteur gynécologue Moriceau, se sont aperçus que certaines femmes continuaient d'avoir des saignements pendant la grossesse, ce qui les empêchait de se sentir enceintes. [3]

Plus tard, en 1858, le psychiatre Louis-Victor Marcé provoqua une polémique dans le milieu de la santé en énonçant que parmi ses patientes certaines n'étaient pas conscientes de leur grossesse. Par la suite, d'autres professionnels de santé, tel que le médecin légiste Ambroise Tardieu, ont suscité beaucoup de débats en faisant un lien direct entre des infanticides et les dénis de grossesse. [3]

En 1898, George Milbry Gould évoque des « grossesses inconscientes » et réalise des études sur plusieurs femmes mais sans finaliser ses recherches.

Ce n'est qu'à partir des années 1970 qu'on a pu retrouver le terme « déni de grossesse » dans la littérature, avant cela, étaient évoquées essentiellement des « grossesses cachées ».

Il est important de distinguer les termes « déni de grossesse » et « grossesse cachée ».

En effet une grossesse cachée se caractérise par le fait de dissimuler à son entourage une grossesse dont la femme a conscience. [2]

A l'inverse dans le cas d'un déni de grossesse, les femmes sont dans un état d'inconscience vis à vis de leur grossesse, ce qui pourrait représenter une forme de défense pour elles, pour ne pas admettre la vérité. [3]

Actuellement, le déni de grossesse est encore un sujet tabou, en effet, beaucoup de femmes s'en cachent, n'en parlent pas, par honte d'être exposées, par peur de ne pas être comprises. Il est donc important d'évoquer publiquement ce sujet afin de dédramatiser la chose.

b) Définition

Dans la littérature, le déni de grossesse est défini comme une grossesse qui n'est pas reconnue avant le 3^{ème} mois de gestation par la femme. [1]

Dans ce terme, il existe deux catégories de déni en fonction du moment où intervient la levée de celui-ci : le déni partiel et le déni total.

1. Déni partiel de grossesse

Le déni partiel de grossesse est évoqué lorsque la découverte de la grossesse se fait au-delà de 3 mois de gestation, mais avant l'accouchement. [1]

Certains spécialistes associent même les demandes d'interruption volontaire de grossesse (IVG) tardives, ou à délai dépassé, comme une conséquence récurrente d'un déni de grossesse partiel. Ils suggèrent d'approfondir l'approche thérapeutique afin d'éviter que l'IVG ne se reproduise. [4]

Il est important de noter que lors d'un déni de grossesse partiel le bébé a plus de chance d'être en meilleure santé car son développement n'est pas encore complètement terminé et que la femme pourra donc adapter son mode de vie (alimentation, tabac, alcool...) suite à l'annonce de la grossesse.

2. Déni total de grossesse

Le déni total de grossesse est évoqué lorsque la mère découvre sa grossesse le jour de l'accouchement. [1]

Dans ce cas, les choses sont plus compliquées à gérer car toutes les précautions habituelles qui devraient être appliquées durant la grossesse n'ont pas été mises en place et cela peut donc lourdement impacter la santé du bébé mais aussi celle de la mère.

En effet, l'événement n'ayant pas été « prévu », la période d'adaptation psychique de la femme mais aussi du couple n'a pas eu lieu ce qui peut rendre les premiers instants compliqués entre le nouveau-né et les parents. En plus de l'impact sur la relation mère-enfant, le nouveau-né peut naître prématurément, avoir des problèmes morphologiques, moteurs ou autres car la mère n'a pas pu adapter son mode de vie étant donné qu'elle ne se savait pas enceinte.

Nous ferons un point un peu plus loin dans ce mémoire sur la notion physiologique, pour comprendre ce qui se passe dans le corps de la femme enceinte au cours d'un déni de grossesse.

c) Facteurs de risque

Comme cité en introduction, il n'existe pas de facteurs de risques type définis, cependant, dans l'œuvre *Elles accouchent et ne sont pas enceintes* de Sophie Marinopoulos et Israël Nisand, on comprend que les femmes victimes du déni de grossesse auraient un passé affectif absent, que les auteurs citent comme un « un déni de la vie corporelle et affective dans une enfance portée par une famille où justement les émotions ne se parlent pas ». Comme cité en introduction, c'est une constatation que ces deux professionnels ont faite après plusieurs consultations avec des femmes ayant vécu un déni de grossesse et après analyse de leur passé familial.

C'était important pour ces deux personnes de pouvoir donner des explications sur les raisons d'un déni de grossesse car ils ont été confrontés de nombreuses fois à des patientes qui avaient peur de tomber enceinte sans s'en rendre compte comme si le déni de grossesse était comparable à quelque chose de contagieux.

Effectivement quand on dit que ce phénomène peut toucher n'importe quel type de femme ce n'est pas complètement faux car elles peuvent appartenir à n'importe quel milieu social et ne pas avoir de réel problème psychologique visible. En revanche, si on se plonge dans leur passé, quasiment systématiquement il y a cette absence affective durant l'enfance. [3]

Autre élément mis en évidence dans cet ouvrage, c'est la notion de « double aveugle » dans le couple. En effet, dans certaines histoires de déni de grossesse, le mari a tendance à en vouloir à la femme de ne pas avoir été capable de constater la grossesse en cours, cependant il est important de noter que la situation a aussi échappé au conjoint, on peut donc dire que le déni ne touche pas uniquement les femmes mais le couple en lui-même.

[3]

Des études épidémiologiques ont permis d'étudier la présence de facteurs de risque associés au déni de grossesse :

- caractéristiques gynécologiques et projet de grossesse :

La majorité des études révèle que le déni de grossesse touche une grande proportion de femmes ayant déjà vécu une grossesse dans le passé. En effet, les études de Chaulet et al. et de Wessel et al. mettent en avant seulement 32 % de primigestes ^[5,6] et 26 % dans l'étude menée par Friedman et al. ^[7]

Autre point démontré, c'est l'absence d'utilisation d'un contraceptif oral chez ces femmes, qui était retrouvée dans les études menées par Friedman et al. (6 %) ^[7] et par Brezinka et al. (11 %). ^[8]

A l'inverse, l'étude de Chaulet et al. démontre que 39 % des femmes étaient sous contraceptif oral. ^[5]

Toutes ces informations nous montrent que les femmes qui ignorent les éléments physiologiques de la reproduction et l'utilisation d'un contraceptif ne sont pas spécifiquement touchées.

- l'âge :

Les études menées par Wessel et al., Chaulet et al. et par Friedman et al. ont mis en évidence que la proportion d'adolescentes ayant vécu un déni de grossesse sont respectivement de 6 ^[6], 13 ^[5] et 23 % ^[7].

A l'inverse, les femmes âgées de plus de 40 ans dans l'étude de Chaulet et al. étaient surreprésentées par rapport au groupe contrôle (4 % vs 1,5 %). ^[5]

On peut donc interpréter ces résultats en énonçant que les âges extrêmes ne sont pas nécessairement les tranches d'âges les plus impactées.

- les caractéristiques économiques et professionnelles :

Le nombre de femmes sans emploi varie d'une étude à l'autre, en effet, la prévalence est de 30 % dans celle menée par Friedman et al., [7] et de 50 % dans celle menée par Chaulet et al. [5] ainsi que dans celle de Nirman et al. [9]

Concernant les étudiantes, le taux varie de 17 à 23 % selon les études réalisées par Chaulet et al [5] ainsi que Friedman et al. [7]

Si on s'intéresse à la caractéristique financière, 11 % des femmes énoncent ce point comme un facteur de stress aigu dans l'étude de Brezinka et al., 15 % des femmes considérant ce point plutôt comme un stress chronique dans la même étude. [8]

L'étude de Chaulet révèle que 41 % des femmes ayant dénié leur grossesse étaient dans une situation sociale précaire.

On peut donc dire que la situation sociale et économique influence le déni de grossesse mais que ce n'est pas un paramètre applicable et généralisable pour tous les dénis de grossesse.

- la situation conjugale :

L'étude de Chaulet et al. révèle que seulement 51 % des femmes étaient en couple au moment du déni de grossesse, [5] dans l'étude menée par Pierronne et al. dans 50 % des dénis partiels le père était présent contre 86 % lorsque le déni était total. [10]

Brezinka et al. énoncent que 37 % des femmes ont vécu une séparation au début de leur grossesse [8], Friedman et al. ont mis en évidence que 46 % des femmes vivaient avec leur mère. [7]

On peut donc remarquer que les femmes déniaient leur grossesse sont majoritairement sans partenaire.

Tous ces facteurs énoncés sont issus d'études réalisées par des scientifiques, nous les avons incorporés dans ce mémoire pour donner une ordre d'idée sur les situations majoritairement recensées, mais ce n'est en aucun cas quelque chose de généralisable à toutes ces femmes. Chaque histoire peut être très différente.

d) Circonstances de découverte

La découverte de la grossesse est inopinée, souvent à l'occasion d'une simple consultation avec un médecin pour des maux de ventre, des ballonnements, des saignements intempestifs, voire des œdèmes au niveau des membres inférieurs, des troubles digestifs ou encore des douleurs type sciatalgies. [3]

La femme ne se posera aucune question car elle continue d'avoir ses règles comme d'habitude, elle prend encore son contraceptif et elle n'a pas une prise de poids visible. La femme étant dans un état de déni mental concernant sa grossesse en cours, qu'elle n'évoquera aucun des signes cités ci-dessus car ceux-ci peuvent lui sembler anodins. De ce fait, le diagnostic de grossesse sera difficile à établir par le médecin qui ne suggèrera pas les examens nécessaires à son identification.

Dans le cas où il s'agit d'un déni total, la découverte peut se faire directement aux urgences car les douleurs sont intenses et la femme est en train d'accoucher. D'ailleurs, la psychologue clinicienne et psychanalyste Sophie Marinopoulos raconte dans son ouvrage « Le déni de grossesse » des histoires de patientes qu'elle a pu suivre à l'hôpital. Notamment le cas de patientes arrivant à l'hôpital pensant avoir l'appendicite, une autre attribuant une absence de règles à une fatigue liée à un régime, ou encore une patiente pensant avoir pris du poids à cause de son nouveau travail dans une boulangerie. [11]

L'annonce de la grossesse est un véritable choc pour la femme mais aussi pour le couple, qu'il s'agisse d'un déni partiel ou total.

Dans le cas d'un déni total, les parents n'auront pas eu la période habituelle comme pour une grossesse classique pour préparer l'arrivée de l'enfant. Le temps est très raccourci pour les préparatifs mais surtout pour encaisser psychologiquement le changement de

vie des parents. Il peut aussi s'agir de femmes ayant déjà pensé à une éventuelle grossesse dans un futur proche mais qui paniquent à l'annonce de celle-ci car elles ne s'y étaient pas pour autant préparées.

Cette panique sera alors de courte durée car la future maman est sur le point d'accoucher. Cependant, une fois l'accouchement fini, la prise de conscience pour les parents est brutale et tout s'enchaîne très rapidement. Il est alors impératif que le suivi psychologique soit présent et régulier pour les parents car un déni total de grossesse peut ensuite évoluer vers un déni de l'enfant.

Pour le déni partiel, au moment de l'annonce, beaucoup de femmes continuent d'être dans le déni pendant quelques temps car elles ont peur de l'annoncer au papa, à leur famille, peur d'être jugées, d'être reniées par leur propre famille et leurs proches, d'être incomprises. Il faut alors inclure rapidement la maman dans les séances prévues au cours de la grossesse pour qu'il y ait une prise de conscience de celle-ci, pour apporter toutes les informations nécessaires à l'accouchement et à son environnement. La présence du père ne pourra qu'aider à la bonne évolution de la grossesse et à une bonne prise de conscience.

Il faut savoir qu'une psychomotricienne en service de suites de couches peut intervenir, après appel par la psychologue de la maternité pour évaluer le lien mère-enfant.

Le professionnel va utiliser un outil (l'échelle de Brazelton), qui consiste en un examen clinique de l'enfant par les parents suivi d'une analyse par la psychomotricienne. Cela permet d'étudier le comportement du nourrisson tout en communiquant et partageant avec les parents. Ce test permet de renforcer le lien entre l'enfant et les parents car il y a toute une interprétation des gestes, des comportements leurs permettant de mieux connaître et surtout mieux comprendre le nouveau-né.

Cette intervention est d'autant plus importante lorsqu'il s'agit d'un déni total de grossesse. [12]

Dans une étude menée par S. Chaulet et al en 2013, les différentes périodes de découverte de la grossesse ont été réparties sur un schéma : [13]

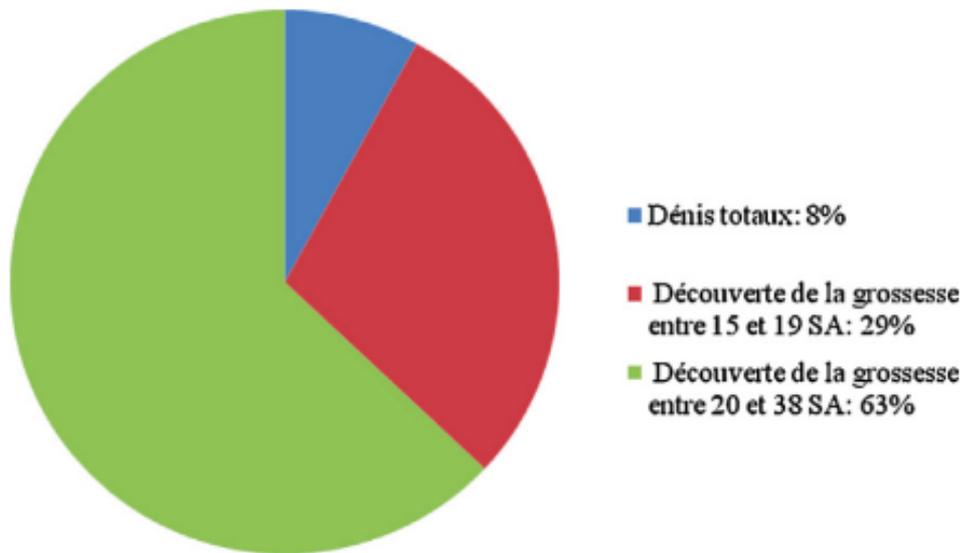


Fig. 1. Proportion de dénis partiels et totaux.

On peut donc voir que la proportion de dénis totaux est nettement inférieure à celle des dénis partiels.

Maintenant que nous avons quelques connaissances sur le déni de grossesse, voyons ce qu'il se passe d'un point de vue physiologique.

e) Physiopathologie

Classiquement, une femme enceinte ressent les signes sympathiques de la grossesse, comme l'aménorrhée, la prise de poids, « l'arrondissement du ventre », les nausées, la fatigue. Ces signes orientent rapidement la femme vers l'idée d'une grossesse. S'en suit l'annonce aux proches, la célébration de la nouvelle et la préparation de la naissance.

Il y a donc un développement physique et psychique dans le cas d'une grossesse classique, à l'inverse, dans le déni de grossesse, le développement n'est que physique. Revenons sur certains signes cliniques :

1. Prise de poids :

Si la prise de poids est très souvent constatée par les femmes durant leur grossesse, dans le cas du déni de grossesse, ce signe ne constitue pas un signe d'appel pour une grossesse en cours. En effet, lors d'un déni de grossesse, les femmes ne prennent pas de poids ou alors très peu. Dans le cas où certaines femmes observent une prise de poids de l'ordre de 3-4 kg elles peuvent l'associer à une période de stress, des problèmes personnels comme un décès dans la famille, une rupture amoureuse...

2. Aménorrhée :

On peut se demander pourquoi une femme qui fait un déni de grossesse continue d'avoir ses règles ?

Commençons par rappeler ce qui se passe dans le cas d'un cycle menstruel classique, sans prise de contraceptif :

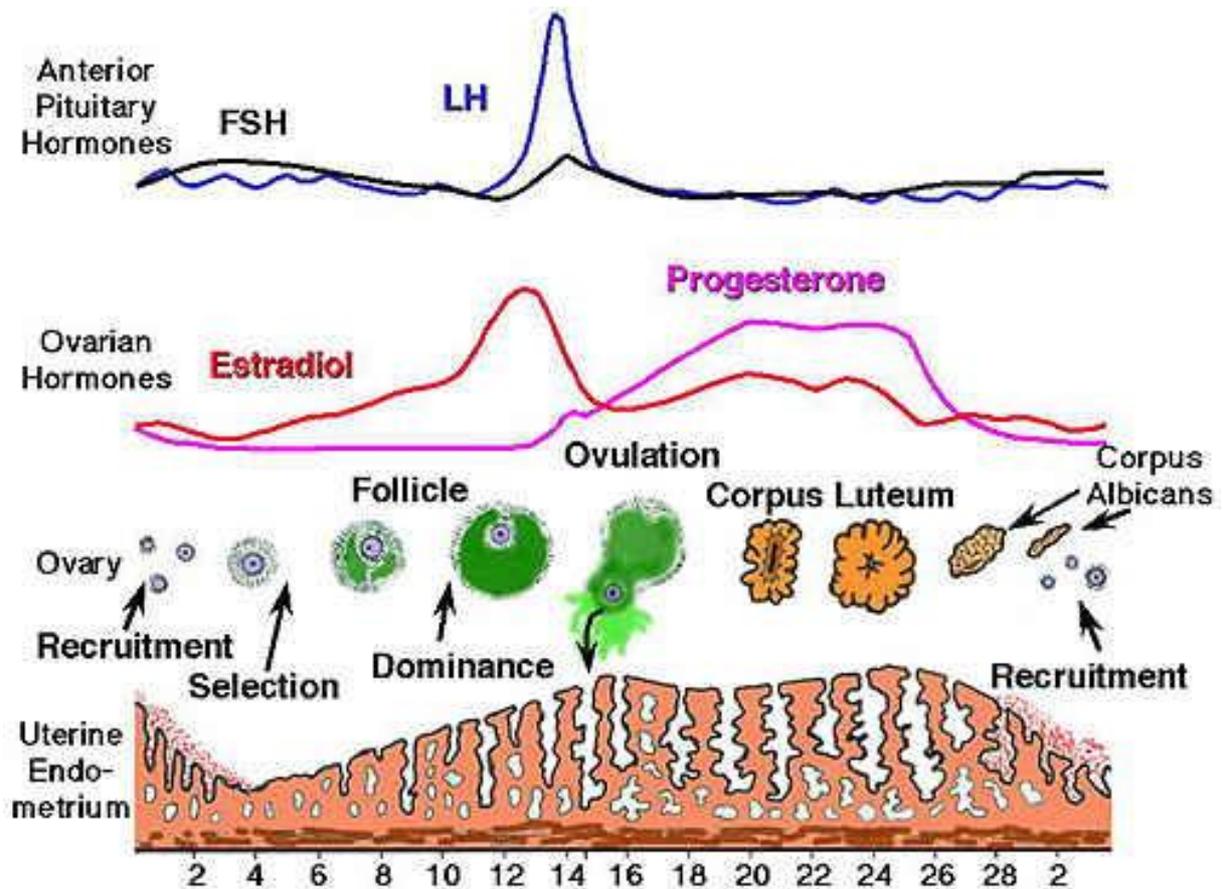


Figure 2 : Le fonctionnement du cycle menstruel [14]

Le cycle se divise en deux phases (folliculaire et lutéale) séparées par l'ovulation qui se situe en moyenne au 14^{ème} jour du cycle. Au cours de ces deux phases, il y a des variations hormonales.

Concernant la 1^{ère} phase du cycle, ces variations hormonales vont permettre la croissance folliculaire, celle-ci permet la formation du follicule antral qui contient l'ovule.

Une fois l'ovule libéré, il va être déplacé vers les trompes et s'il y a rencontre avec un spermatozoïde l'ovule se transforme en œuf.

Dans ce cas de figure, le follicule ayant libéré l'ovule va devenir ce qu'on appelle le corps jaune pour permettre (au cours de la 2nde phase) toutes les modifications hormonales nécessaires pour bloquer les règles et préparer l'endomètre à une nidation.

Les règles surviennent lorsqu'il n'y a pas de grossesse et qu'un nouveau cycle démarre.

Lorsqu'une femme utilise un contraceptif hormonal, ce cycle naturel est complètement perturbé, la femme n'ovule pas et les règles sont dites « artificielles » provoquées par l'arrêt du contraceptif et donc par une desquamation de l'endomètre (hémorragies de

privation). On peut voir sur le schéma qui suit la différence entre un cycle naturel et un cycle lorsque la femme utilise un contraceptif hormonal :

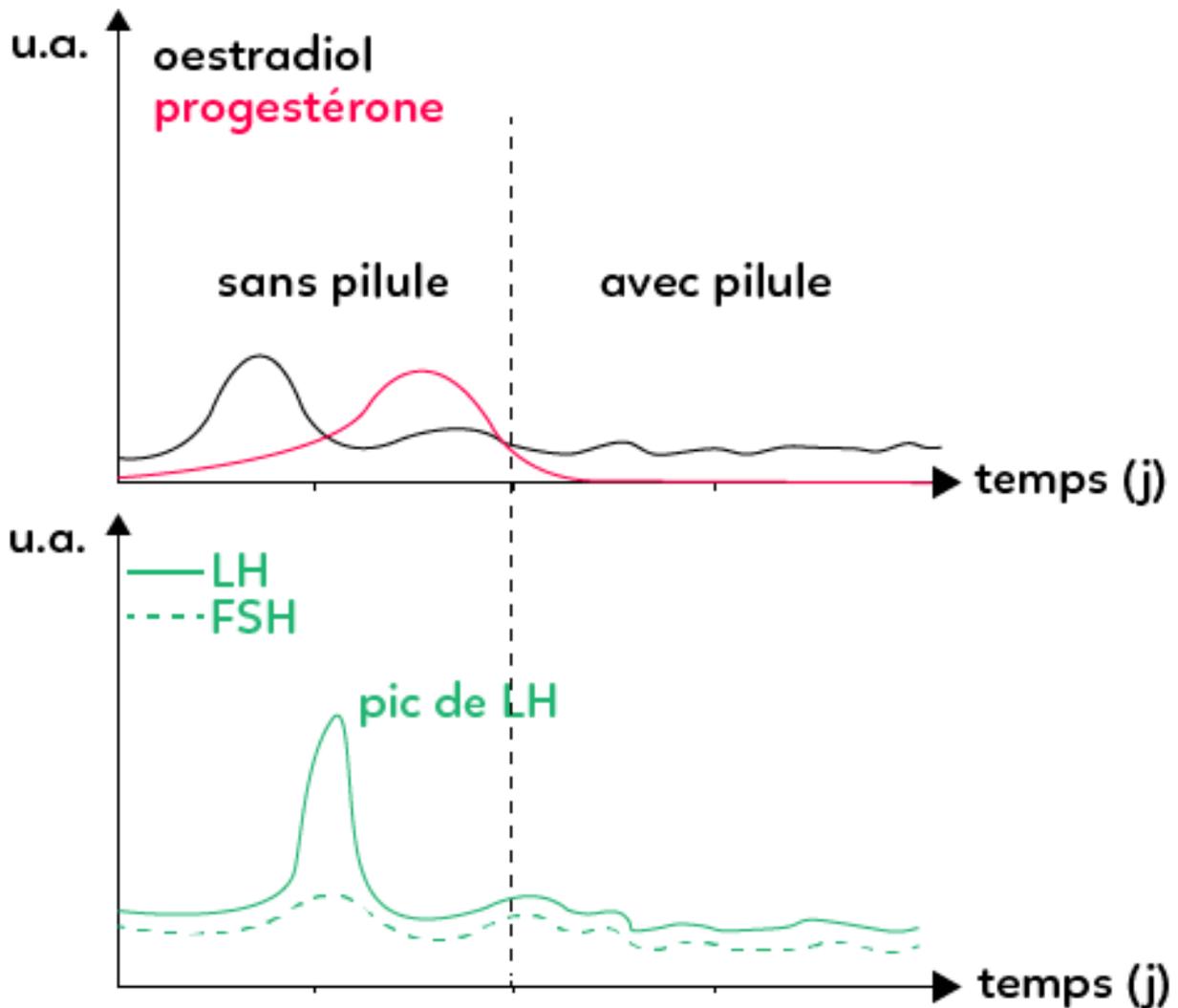


Figure 3 : Mode d'action de la contraception hormonale ^[15]

L'action du contraceptif n'étant pas fiable à 100 %, il peut donc arriver que la femme finisse par ovuler et qu'avec la poursuite du contraceptif il y ait encore des hémorragies de privation en lien avec l'action hormonale.

Ceci explique donc la poursuite des saignements chez une femme qui présente un déni de grossesse, la femme aura des menstruations cependant moins abondantes mais régulières empêchant de croire à une grossesse en cours.

3. Taille de l'abdomen :

Autre question que l'on peut se poser : pourquoi le ventre de la femme ne s'arrondit-il pas ?

Israël Nisand et Sophie Marinopoulos l'expliquent dans leur ouvrage par une incroyable discordance entre le psychologique et le physique. L'explication se fait en partie par l'action des muscles grands droits de l'abdomen qui vont former un véritable mur par leur extension et leur renforcement progressif. Ces muscles vont avoir un rôle de gaine puissante permettant à la femme vivant un déni de grossesse de ne pas avoir une évolution visible de la paroi abdominale au fur et à mesure du temps.

L'utérus qui grandit de jour en jour au cours de la gestation va s'appuyer contre ce mur musculaire incroyablement puissant et va se développer en poussant l'intestin grêle vers le haut, il va donc « grandir » en hauteur plutôt que de pousser vers l'avant (Figure 4).

Il existe une autre possibilité de développement du fœtus : l'enfant reste en boule contre la paroi abdominale le long de l'estomac (Figure 5).^[3]



Figure 4 : Développement du fœtus en hauteur le long de la colonne vertébrale ^[16]



Figure 5 : Développement du fœtus en boule le long de l'estomac [16]

Grossesse classique :



Figure 6 : Développement habituel du fœtus

On a tendance à croire que dans ces conditions le bébé ne peut pas avoir une bonne évolution et aura systématiquement des problèmes malformatifs.

En réalité, ce type de développement de l'embryon en hauteur ne conduit pas systématiquement à des « bébés pathologiques », ils grandissent juste autrement car ils ont la place nécessaire au développement embryonnaire.

On peut donc comprendre que la femme se retrouve en réalité comme piégée par son propre organisme, qui lui est complètement lié au côté psychologique.

Ce qui est stupéfiant dans ce phénomène du déni de grossesse, c'est la modification corporelle très rapide suite à l'annonce. En effet, en quelques heures la femme voit son corps changer complètement, elle va ressentir des contractions utérines, elle va voir son ventre grossir et va sentir les mouvements fœtaux comme si tout à coup un être venait d'apparaître dans son corps. ^[11]

Le problème, c'est le manque d'appropriation de ce petit être dans le corps de la femme, qu'elle ne perçoit pas dans l'immédiat comme étant « son » enfant mais plutôt comme un corps étranger qui bouleverse sa vie quotidienne et ses projets futurs.

4. Mouvements du fœtus :

Le plus souvent, les femmes en déni de grossesse vont associer cette « sensation » à des troubles digestifs comme un « ventre qui travaille », etc... Une partie des dénis de grossesse partiels sont levés grâce aux consultations chez un médecin pour ces sensations qui finissent par gêner la femme.

En fonction du type de déni de grossesse, de l'environnement de l'enfant et des conditions de découvertes, nous allons voir que certaines complications peuvent avoir lieu aussi bien chez la mère que chez le nouveau-né.

f) Complications materno-fœtales en lien avec le déni de grossesse :

1. Complications maternelles :

L'annonce de la grossesse constitue un véritable choc chez la mère, elle se retrouve dans un état de détresse, de stupeur, voire même en dépression.

Les femmes vont alors repenser à tout ce qu'elles ont pu faire de « dangereux » pour le bébé durant les dernières semaines de grossesse comme le tabac, la consommation

d'alcool. Elles peuvent alors entrer dans une remise en question de tous leurs actes passés sans savoir s'ils ont pu avoir des conséquences néfastes sur le développement du bébé. Dans d'autres cas, certaines femmes vont directement espérer pouvoir avoir recours à l'IVG.

Outre la stupeur associée à l'annonce, la modification physique spectaculaire est difficile à gérer au début car il n'y a pas encore la perception de ce petit être comme étant *leur* enfant.

Certaines femmes vont se mettre à ressentir d'un seul coup les signes sympathiques de grossesse malgré le terme avancé pour certaines.

On peut donc dire qu'aux premiers moments suivants l'annonce la future maman se retrouve dans un état de fragilité intense et nécessite d'être entourée pour maîtriser ses émotions.

Ces notions de fragilité et de stupeur sont d'autant plus fortes lorsque le déni est total car les parents n'ont absolument pas le temps d'essayer de comprendre ce qui se passe, tout arrive d'un coup.

Nous pouvons aussi évoquer les complications obstétricales, en effet, plusieurs scientifiques comme le psychiatre Louis-Victor Marcé ont observé que les accouchements lors d'un déni total (donc sans préparations à l'accouchement) sont « expéditifs », le travail est moins long et moins douloureux. [3]

Cependant, l'accouchement rapide et non prévu peut conduire à des risques tels qu'une hémorragie vaginale, une dilacération du col de l'utérus, une rétention placentaire ou encore une hémorragie de la délivrance. [4]

2. Complications fœtales :

Le déni de grossesse peut être à l'origine d'un retard de croissance chez l'enfant, mais aussi d'une prématurité, d'un faible poids à la naissance, voire d'un risque léthal.

Toutes ces complications peuvent s'expliquer par l'absence d'adaptation de la mère à sa grossesse, comme elle n'en est pas consciente, elle peut fumer, boire, faire une activité physique intense, ne va pas adapter son alimentation...

Une étude menée en 2003 par Wessel a permis de montrer que durant un déni de grossesse, le risque néonatal est significativement plus élevé : [17]

- Une fréquence d'accouchements prématurés de 16 % versus 6 %
- Une fréquence de bébés dont le poids à la naissance est inférieure à 2500g de 18 % versus 6 %
- Une fréquence de nouveau-nés présentant un retard de croissance de 27 % versus 8 %

Dans ce cas, la prise en charge se fera au service de néonatalogie lorsque l'accouchement a été réalisé dans un milieu hospitalier, à l'inverse, lorsque le déni est total et que la femme accouche seule chez elle, les complications sont à la fois pour le nourrisson et la mère car il n'y a pas de prise en charge médicale et de suivi post-accouchement. [1]

Une étude a été menée en France concernant les néonaticides et la plus haute estimation est de l'ordre d'une vingtaine de cas par an en France. Évidemment on ne peut pas recenser les cas non déclarés à la police mais il y aurait une diminution du nombre en lien avec l'utilisation et la communication faite sur les contraceptifs ainsi que par l'existence de l'IVG.

En 2010, A. Tursz et al ont mené sur 3 régions françaises une étude sur le nombre de néonaticides et le bilan final est de 2,1 pour 100 000 naissances. [18]

Après avoir vu la définition des différents types de dénis de grossesse, les circonstances de découvertes, la physiopathologie et les complications materno-fœtales possibles, voyons ce qu'il en est de la prise en charge pour toutes ces femmes ayant vécu ou vivant un déni de grossesse.

g) Prise en charge

Suite à l'annonce de la grossesse dans le cas d'un déni partiel ou encore suite à l'accouchement dans le cas du déni total, ce qui est fondamental c'est la prise en charge par le personnel médical.

À ce moment-là, la femme peut se sentir perdue, elle perd confiance en elle et a besoin d'aide.

Tout d'abord, ce qui est essentiel c'est de laisser la femme s'exprimer et non pas la submerger de questions ou alors de monopoliser le dialogue.

Beaucoup de femmes se sentent jugées, observées par le personnel médical comme si elles étaient incapables de s'occuper de leurs propres enfants « étant donné qu'elles n'ont même pas été capables de les sentir durant la grossesse ». [3]

Si la femme ne se sent pas en confiance, pas écoutée, espionnée il y aura de grandes répercussions sur la relation mère-enfant par la suite car elle se sentira incapable de le mater et de l'aimer. [3]

Malgré les histoires qui ont pu avoir lieu ces dernières années, il n'est pas professionnel de penser qu'une femme qui fait un déni de grossesse commettra systématiquement un acte irréparable, cela risquerait d'augmenter le problème d'isolement et leur souffrance. Lorsqu'une femme vient voir un professionnel de santé et se confie sur sa grossesse à venir il est d'important d'éviter quelques mots dans un premier temps comme « naissance », « bébé », ou encore « accouchement » mais le plus important c'est de discuter avec la femme sur son ressenti, son état psychologique, lui montrer qu'on est à l'écoute et qu'elle peut se confier.

Avoir une personne de confiance qui sera là pour l'épauler, l'écouter et la soutenir jusqu'au bout est essentiel.

Beaucoup de personnes ont tendance à croire qu'une femme qui a vécu un déni de grossesse aura systématiquement une prise en charge psychologique par la suite. Cette notion est fautive car si l'accompagnement par les professionnels de santé a bien été réalisé et que la mère ne s'est pas sentie jugée, elle arrivera par la suite à surmonter cette phase seule.

En revanche, si la femme n'a pas bénéficié d'une bonne prise en charge et qu'elle ne s'est pas sentie en confiance, il y aura de fortes répercussions psychologiques par la suite.

En effet, c'est dans cette situation là qu'il peut y avoir des accouchements sous X, des néonaticides...

En ce qui concerne les femmes ayant accouché suite à un déni de grossesse, le temps de prise en charge à l'hôpital peut être allongé pour s'assurer que toutes les informations ont bien été perçues par la mère, que la relation mère-enfant se soit bien établie et qu'il y ait un minimum de confiance chez la mère vis-à-vis de son enfant.

Pour faciliter le retour au domicile, les femmes peuvent bénéficier d'aides comme une sage-femme à domicile, des RDV réguliers à la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de proximité, ou encore par des associations comme l'AFRDG (Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse).

En ce qui concerne les associations, elles interviennent à différents niveaux, comme l'apport en informations médicales, le soutien psychologique par e-mail ou encore téléphonique lors de moments difficiles. Elles peuvent organiser des groupes de rencontres avec plusieurs femmes ayant vécu des histoires similaires pour qu'elles puissent échanger, ne pas se sentir seules et pouvoir partager leurs histoires/anecdotes. Ces associations peuvent aussi intervenir auprès de la Caisse d'Allocation Familiale (CAF) pour résoudre certains problèmes comme par exemple un manque matériel, ou encore une aide pénale lors de procès en apportant des expertises dans les tribunaux.

Si on s'intéresse à la prise en charge psychologique, il est important de mentionner qu'il n'y a pas que la femme dans le couple qui peut être amenée à en bénéficier, le père peut aussi en ressentir le besoin, car comme la mère il n'a pas vu venir la grossesse et reste dans l'incompréhension des derniers événements.

On pourrait croire qu'il y a un traitement type pour les couples ayant vécu un déni de grossesse, et bien non, déjà il est important de savoir que le déni de grossesse n'est pas reconnu comme une maladie et d'ailleurs des associations comme l'association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG) se battent pour qu'il soit reconnu comme tel.

Alors on peut se demander si une prise en charge préventive pourrait avoir lieu. Dans l'ouvrage *Elles accouchent mais ne sont pas enceintes* du Docteur Sophie Marinopoulos et d'Israël Nisand, ils énoncent les différents prodromes qui pourraient aiguiller les professionnels de santé lors d'un déni de grossesse.

On y trouve les points suivants :

- ❖ La déclaration tardive d'une grossesse antérieure, pouvant renseigner sur « l'incapacité » de la femme à percevoir les petits maux de grossesse et à interpréter ces signes. Souvent il s'agit de femmes dont l'apparence peut être négligée, qui n'ont pas cherché à explorer leur féminité, à observer les changements corporels comme les tensions mammaires au cours des règles, les pertes vaginales, la prise de poids, les problèmes de lourdeur dans les jambes...

Il est donc primordial d'intervenir auprès des jeunes adolescentes pour leur parler de l'estime de soi ainsi que des changements corporels durant la puberté. [3]

- ❖ Les antécédents de demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG) tardive. [3] On rappelle que pour rester dans la légalité de l'exercice de l'IVG il ne faut pas dépasser le délai de 14 semaines aménorrhées (SA). Lorsqu'une femme apprend sa grossesse au bout de 11-13 SA elle a très peu de temps pour effectuer l'IVG et se précipite pour mettre un terme au « problème » et retrouver sa vie antérieure, sauf que dans ces cas-là, c'est nécessaire de ne pas précipiter l'interruption et de dialoguer avec la femme en question. Ceci permettrait d'éviter que cette situation se réitère plusieurs fois.

En effet, si on procède à une IVG sans prendre le temps d'identifier le problème et sans mettre en place des solutions préventives avec la femme cette situation se répétera encore et encore... Les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) ont un grand rôle dans ces situations-là, pour permettre une communication et un bon suivi.

Rappelons qu'une interruption volontaire de grossesse n'est pas un acte anodin et qu'elle peut être réalisée de deux manières : médicamenteuse ou chirurgicale/instrumentale. Lorsque l'interruption de grossesse se fait par le biais de médicaments, il peut y avoir des saignements importants, des douleurs, des nausées, des vomissements. Dans le cas où l'IVG se fait par voie chirurgicale, il peut y avoir des complications

dues à l'anesthésie (locale ou générale), et dans de rares cas une infection ou une lésion de l'utérus.

❖ Les antécédents de dénis de grossesse chez une femme [3]

Avec les différents points énoncés ci-dessus, on peut donc faire de la prévention dans la population féminine.

Alors vous vous demandez sûrement quel peut être le lien avec un pharmacien d'officine ?

C'est un sujet que nous aborderons dans la 2^{ème} partie de ce mémoire, mais en effet, le pharmacien de ville est un professionnel de santé, il est au contact direct avec la population, sa porte est ouverte à tout le monde et beaucoup de personnes vont dans une pharmacie pour se confier, être écouté, avoir des conseils.

Il a donc un rôle important dans l'écoute de la personne, l'identification des problèmes de la patiente, échanger avec elle et essayer de trouver des solutions avec elle.

Un autre rôle important que pourra avoir le pharmacien de ville, c'est l'orientation de la patiente vers la personne adaptée pour répondre à ses besoins et à ses questions.

Le pharmacien est donc un des professionnels de santé en 1^{ère} ligne dans la prévention et dans l'identification d'un probable déni de grossesse.

Il s'assurera de la bonne prise en charge de l'enfant lorsque l'accouchement a eu lieu, de la prévention d'actes nocifs comme la maltraitance ou encore dans l'identification d'une instabilité psychologique chez la mère pouvant entraver la relation mère-enfant.

Une personne qui se sent écoutée et en confiance par un pharmacien de ville aura rapidement tendance à se confier, faire part de ses craintes, de ses remords et elle pourra se libérer d'un poids en échangeant avec le professionnel de santé.

On ne se rend pas forcément compte que d'écouter, de partager avec une personne pourrait éviter un acte irréversible commis par la mère.

Malheureusement, certaines histoires se sont terminées par des actes irréparables, par des mères qui se sont senties démunies, seules.

Nous allons présenter ici certaines de ces affaires qui ont été médiatisées en France ces dernières années.

h) Quelques exemples en France

Commençons dans un premier temps par distinguer quelques termes d'un point de vue juridique :

- infanticide : acte visant à provoquer le décès d'un jeune enfant (en général âgé de moins de 12 mois) de manière intentionnelle [19]
- néonaticide : lorsque la mort du nourrisson a lieu durant les premières 24h de sa vie [20]
- filicide : lorsque l'homicide d'un enfant a lieu par l'un ou l'autre des parents [21]

Dans le livre de Sophie Marinopoulos et d'Israël Nisand, il est énoncé que sur cinq néonaticides suite à un déni total de grossesse, quatre ne portent pas de marques de violences visibles ayant entraîné la mort de l'enfant.

Dans la majorité des cas, la mort du bébé est induite par asphyxie, due à un problème de coordination entre l'aération des poumons et l'expulsion de la tête.

Autre élément vu au cours des autopsies de ces nouveaux nés, c'est la perte non négligeable de sang induite par la mère lorsqu'elle arrache le cordon pour se détacher de l'enfant, celle-ci n'ayant pas le matériel nécessaire pour le clampage.

Cependant, il existe aussi des cas de néonaticides associés à des marques de violences sur l'enfant visibles à l'autopsie et qui dépassent notre entendement.

En effet, il arrive parfois que le nourrisson présente des marques de manipulations violentes pouvant être liées à une strangulation par exemple.

Nous allons maintenant voir quelques affaires qui ont été médiatisées en France ces dernières années, plus surprenantes les unes que les autres.

1. Affaire Serena

Il s'agit d'une affaire particulière car c'est l'association d'un déni de grossesse et d'un déni d'enfant ayant conduit à de la maltraitance.

Cette affaire concerne Maria Rosa Da Cruz, une femme mariée depuis plusieurs années et ayant 3 enfants.

Concernant le passé de cette femme, on apprend qu'elle a vécu un déni de grossesse total pour son 2^{ème} enfant et une grossesse identifiée tardivement pour le 3^{ème} enfant.

La naissance de Serena a lieu le 24 novembre 2011, au domicile de Maria Rosa alors qu'elle était seule à la maison.

Suite à cette naissance, deux années vont s'écouler durant lesquelles Serena va être cachée aux yeux de tout le monde, on parle donc d'un déni d'enfant.

Au cours du procès de Maria Rosa, on apprend qu'elle s'occupait de Serena tôt le matin et tard le soir, lorsque toute la famille était couchée. Cette période a été marquée par un manque de soins, de nourriture, ainsi que par un manque de contacts qui seraient à l'origine du syndrome autistique irréversible dont souffre aujourd'hui la petite Serena. Au moment de l'expertise de l'état de santé de Serena, alors qu'elle était âgée de 4 ans, son développement physique était associé à celui d'un enfant de 3 ans et ses mouvements de coordination à un enfant âgé de 18 mois.

Maria Rosa avoue durant son procès « s'être enfermée dans le mensonge » et ne voyait pas cette petite fille comme étant son propre enfant.

Suite à ce procès, le verdict est le suivant : 5 ans de prison dont 3 ans avec sursis ainsi que d'un suivi socio-judiciaire de 5 ans et d'une privation de droit parental sur Serena. ^[22]

2. Affaire Courjault

Cette affaire concerne la famille Courjault, composée de Véronique (la mère), Jean-Louis (le père) et de leurs deux garçons.

Lorsqu'on remonte dans le passé de cette famille, on apprend que Véronique a vécu deux grossesses identifiées tardivement (au 6^{ème} mois de grossesse pour le 2^{ème} garçon), ce qui constitue un point commun aux deux affaires.

De plus, Véronique n'a jamais pris de contraceptifs, ne prend pas particulièrement soin d'elle et la sexualité lui paraît un peu étrange.

Cette famille connaît un tournant tragique lorsque Jean-Louis, le père de famille, découvre deux cadavres de nourrisson dans le congélateur du domicile, en 2006.

Au départ, la famille va mettre cette histoire sur le dos du travail du père pour causes de rivalités professionnelles.

Véronique avouera un triple infanticide, un premier enfant qu'elle dit avoir brûlé dans la cheminée en 1999 lorsqu'ils habitaient en France puis deux nouveau-nés qu'elle a tués et mis dans le congélateur en 2002 et 2003 lorsqu'ils habitaient à Séoul.

Au cours de son procès, on apprend qu'elle « justifie » ces meurtres par le fait qu'elle se sentait dépassée par l'idée d'avoir d'autres enfants, qu'elle « ne voyait pas ces bébés comme des êtres humains mais plutôt comme des morceaux d'elle ».

De nouveau, il s'agit d'une femme mariée, qui a 2 enfants mais qui a vécu pour ces 3 infanticides un déni de grossesse qu'elle n'a pas su maîtriser émotionnellement et qui l'a conduite à réaliser le pire...

Elle écopera de 8 ans de prison ferme mais bénéficiera d'une mise en liberté conditionnelle. [23]

Dans leur ouvrage, Mme Marinopoulos et Mr Nisand nous racontent l'histoire d'Amandine, une jeune femme de 36 ans qui entretenait une relation violente avec un homme un peu plus âgé, un homme qu'elle qualifie de misogyne et qui est connu pour agressions sexuelles sur les femmes.

Il fait plusieurs passages en prison, elle décide malgré tout de rester avec lui, elle accepte leur relation violente et compliquée en se disant qu'elle permet à d'autres femmes d'échapper à son tempérament violent.

Elle s'isole du monde, est sous antidépresseurs et alors que son compagnon est en prison, elle tombe enceinte.

Elle est complètement aveugle concernant sa grossesse, d'autant plus qu'elle perd du poids, elle n'a plus ses règles depuis quelques temps mais elle met cela sur le compte de la fatigue et du travail.

Finally, elle finit par consulter un médecin pour des problèmes persistants de fatigue, mais le médecin ne se doute pas une seule seconde d'une grossesse en cours et la vie continue.

Un jour, elle ressent une vive douleur au niveau abdominal qui la pousse à aller aux toilettes, elle pensait avoir une diarrhée aigue.

Ce qui se passe par la suite, Amandine le qualifie de « trou noir », elle est incapable d'expliquer ce qu'il s'est passé, mais des images lui reviennent à l'esprit de temps en temps.

Amandine a totalement fait abstraction du moment où elle a emballé le nouveau-né et mis au congélateur, tout ce dont elle se souvient c'est qu'elle ne voulait pas se séparer de ce bébé.

Suite à cet accouchement et ce drame, elle se sent constamment déprimée, n'a plus envie de rien, est perdue dans le temps et ne se sent pas capable de reprendre le travail.

Son compagnon finit par sortir de prison, la vie violente à laquelle elle était confrontée reprend, et 2 ans plus tard, elle revit la même situation, elle est prise de douleurs au ventre, va aux toilettes mais ne se rappelle pas, encore une fois, de la totalité des événements.

Des accouchements comme ces deux-là, il y en aura encore deux par la suite, elle finira par quitter cet homme en exposant les cadavres dans la maison.

Si on analyse un peu ces affaires, on se rend compte que les femmes ne cherchent pas forcément à dissimuler les corps des bébés dans des endroits tenus secrets, comme s'il y avait un espoir qu'un jour le drame serait enfin dévoilé.

Ce qui peut paraître étrange dans ces histoires c'est que la famille proche, le conjoint et les autres enfants ne voient strictement rien, la femme arrive à rester complètement impassible sur ce qu'elle a fait.

Heureusement, ces situations-là ne sont pas les plus courantes, il existe aussi de très belles histoires, comme celle de Marjolaine.

Elle ne voulait surtout pas être maman, pour elle cela signifiait ne plus profiter de la vie, ne plus pouvoir exercer son travail dans le mannequinat.

Un jour elle éprouva une curieuse sensation au niveau du ventre, son petit ami l'accompagna aux urgences où ils ont pu apprendre qu'une grossesse était en cours, depuis 5 mois.

Au jour d'aujourd'hui elle ne regrette absolument pas, au contraire c'est l'une des plus belles choses qui ait pu arriver dans sa vie. [24]

Autre témoignage, celui de Véronique dans un contexte un peu différent de celui de Marjolaine, en effet il s'agit ici d'un déni total.

Maman d'un petit garçon nommé Quentin, elle est prise de douleurs vives dans le ventre mais fait le lien avec ses règles sans trop se poser de questions.

Arrive le moment où les douleurs deviennent insupportables, elle appelle le SAMU et énonça ses symptômes.

Au moment de l'annonce de ses signes, elle se mit à penser à l'accouchement de son petit garçon et compris qu'elle était sur le point d'accoucher.

Véronique accoucha d'un petit Gabin et combla Quentin de bonheur. [25]

À présent, nous entrons dans la seconde partie de ce mémoire, à savoir la mise en place d'outils concernant le déni de grossesse pouvant être utiles aussi bien aux pharmaciens d'officine qu'aux patient(e)s.

III. Mise en place d'outils

Cette seconde partie, est consacrée à la mise en place de brochures, une à destination des pharmaciens et une autre à destination des patient(e)s.

J'aimerais tout d'abord revenir sur l'intérêt de cette partie dans mon mémoire, en effet, comme évoqué plus haut l'officine est un point clé dans la communication, la prévention et l'information aux patients.

Du fait de la proximité avec les patients, il me paraît essentiel que les pharmaciens d'officine soient aptes à répondre à toutes les questions et à informer ces patients.

Le déni de grossesse, comme on a pu le voir au début n'est pas une situation rare, c'est pourquoi les pharmaciens doivent avoir des connaissances sur ce sujet pour qu'à leur tour ils puissent prévenir et informer les patientes.

L'objectif de cette 2^{ème} partie est donc de développer des brochures pour les mettre, à terme, à disposition dans les officines.

Mettre à disposition des brochures permettrait de rendre le déni de grossesse moins tabou, car ces outils vont expliquer le sujet et répondre aux questions essentielles.

Il est important que le déni de grossesse soit dédramatisé, car avec les dernières affaires évoquées publiquement à la télévision ou dans les journaux, les choses ne sont pas claires pour tout le monde.

Un des problèmes majeurs dans la société actuelle, c'est l'amalgame. Les personnes peuvent très rapidement être exposées à des jugements, être associées à des situations qui ne sont pas prédéfinies. On ne peut pas se comporter de cette manière sans connaître le sujet, la personne.

Je vais commencer par vous présenter la brochure réalisée à destination des pharmaciens d'officine.

a) Mise en place d'un outil pour les pharmaciens d'officine

La brochure est présentée sous un format A1, pour que l'outil soit facilement transportable.

La 1^{ère} page de couverture comporte le titre de la brochure, à savoir « Déni de grossesse », à qui elle est destinée ainsi qu'un petit encadrement contenant une définition du déni de grossesse.

Mettre la définition sur la 1^{ère} page de couverture est une manière d'évoquer l'essentiel avant d'ouvrir la brochure et de découvrir plus en détails en quoi consiste le sujet.

C'est aussi une manière de captiver dès le départ le lecteur qui ne sait pas forcément expliquer ce qu'est un déni de grossesse, qu'il en existe deux catégories et comment il se manifeste. Cette page de couverture est importante, car c'est elle qui va susciter dès le départ la curiosité chez le lecteur, il faut qu'elle donne envie d'être lue.

Sur cette même couverture, une image représentant un doigt de nouveau-né en contact avec la main d'un des parents est un choix volontaire de ma part, l'objectif ici n'étant pas de faire « peur » aux lecteurs, mais plutôt d'apporter une certaine douceur d'où le choix de cette photo.

Il est essentiel de montrer que derrière toutes ces explications il y a un enfant, un être humain qui ne demande qu'à être aimé et qui reste un événement heureux.

Concernant le choix des couleurs, le but étant d'informer tout le monde, aussi bien des hommes que des femmes, il faut donc partir sur des couleurs neutres, claires attirant le regard.

La croix verte figurant en haut des pages est une manière d'appuyer le fait que cette brochure est à destination des pharmaciens.



Déni de grossesse



Brochure à titre informatif à destination des pharmaciens

Une petite définition pour commencer !

Tout d'abord, il existe deux types de déni de grossesse :

→ **Déni partiel** : lorsque la découverte de la grossesse a lieu au delà de 3 mois de gestation **MAIS** avant l'accouchement.

→ **Déni total** : lorsque la découverte de la grossesse a lieu le jour de l'accouchement, à domicile ou en milieu hospitalier.

Lorsqu'on ouvre cette brochure, nous pouvons voir qu'il y a plusieurs parties regroupées sur deux pages.

Tout d'abord, la présence de la citation : « Le pharmacien doit faire preuve du même dévouement envers toutes les personnes qui ont recours à son art. » constitue l'article R. 4235-6 du code de la santé publique.

« Le pharmacien doit faire preuve du même dévouement envers toutes les personnes qui ont recours à son art. » Art. R. 4235-6

L'inscription de cet article dans la brochure permet de faire un rappel aux pharmaciens concernant leur exercice dans le milieu de la santé, à savoir traiter les patients de manière égalitaire, quels que soient leur sexe, leur âge, leur orientation sexuelle, religieuse ou autre. Le déni de grossesse étant un sujet qui n'est pas encore bien connu, pour lequel certaines convictions personnelles peuvent aller à l'encontre de la patiente, il est donc fondamental de rappeler aux pharmaciens que même s'ils n'acceptent pas le fait qu'une femme puisse faire un déni de grossesse, ils doivent traiter cette patiente comme toutes les autres sans émettre de jugements. Ils doivent être capables de l'orienter, de l'informer mais aussi de l'écouter et de l'aider.

En procédant par ordre de lecture, il y a tout d'abord un premier paragraphe concernant l'épidémiologie, où est évoqué le nombre de femmes ayant vécu un déni de grossesse en France chaque année. C'est une donnée qui permet de montrer que le déni de grossesse arrive tous les ans, et qu'il touche un nombre non négligeable de femmes.

Il est aussi mentionné dans ce paragraphe que des associations se battent pour que le déni de grossesse soit reconnu comme une maladie. En effet, ceci permettrait d'améliorer la prise en charge des femmes, de rendre connu le déni de grossesse aux yeux des professionnels de santé.

Ensuite, les circonstances de découverte sont évoquées, tout en faisant une distinction entre le déni partiel et le déni total de grossesse. Nous rappelons donc qu'au cours d'un déni partiel de grossesse la découverte est souvent inopinée, suite à une consultation médicale chez un médecin pour des signes clinique divers et variés (dont les troubles digestifs, les œdèmes aux membres inférieurs, etc...).

Concernant le déni total de grossesse, la découverte se fait le jour de l'accouchement, suite à des douleurs brutales, inattendues.

Après avoir évoqué les circonstances de découverte, nous passons aux complications pouvant être occasionnées par le déni de grossesse aussi bien chez la femme que chez l'enfant. Celles-ci ne sont pas systématiquement présentes, mais leur dangerosité nécessite que les professionnels de santé soient au courant pour prendre conscience de l'importance de déceler les dénis de grossesse le plus tôt possible.

Nous revenons donc sur les possibles complications maternelles, à savoir au niveau psychologique, physique et obstétricales.

Concernant le nouveau-né nous revenons sur le risque de prématurité, d'un retard de croissance, d'un faible poids à la naissance voire d'une létalité.

Un peu d'épidémiologie ...

Le déni de grossesse touche **entre 1 500 et 3 000 femmes** en France chaque année, et sur ces 3 000 femmes, 320 accouchent sans avoir connaissance de leur grossesse (déni total de grossesse). Il existe des associations (comme par exemple l'AFRDG), qui se battent pour que le déni de grossesse soit reconnu comme étant une maladie.



Dans quelles circonstances ces femmes découvrent-elles leur grossesse ?

Dans le cas d'un déni partiel de grossesse, la découverte (levée du déni) est souvent inopinée, suite à une consultation chez un médecin généraliste pour des problèmes de ballonnements, de maux de ventre, de douleurs dans le dos, de saignements intempestifs...

Le médecin peut prescrire un bilan sanguin « au cas où » et le diagnostic tombe !

Dans le cas d'un déni total de grossesse, les douleurs sont brutales, inattendues et la patiente va soit se diriger vers les urgences et la prise en charge sera hospitalière, soit accoucher seule chez elle si l'expulsion de l'enfant est rapide.

Quelles sont les complications possibles ?

Pour la mère, il peut y avoir des complications psychologiques, en effet, ne sachant pas qu'elles sont enceintes elles n'ont pas adapté leur mode de vie en conséquence comme la consommation de tabac, d'alcool... La gestion des modifications physiques lorsque le déni est partiel et que le corps se met à changer brutalement (en quelques minutes-heures) est aussi difficile à accepter pour la femme. De plus, il peut aussi y avoir des complications obstétricales lorsque le déni est total avec risque d'hémorragie, de dilacération du col...

Pour l'enfant, il peut y avoir un retard de croissance, une prématurité, un faible poids à la naissance, voire un risque létal.

La deuxième partie de cette double page est consacrée aux signes cliniques lors d'un déni de grossesse.

Les signes cliniques évoqués sont les suivants :

- la prise de poids souvent faible
- les aménorrhées (pour les femmes sous contraceptifs ou non)
- la taille de l'abdomen quasiment inchangée du fait de la présence de certains muscles et par l'évolution du fœtus en lien avec le déni de grossesse
- les mouvements du fœtus non ressentis ou du moins assimilés à d'autres événements comme des troubles digestifs

Deux images ont été ajoutées à cette brochure pour illustrer la partie concernant les signes cliniques et aussi pour colorer l'outil sans l'encombrer que de texte.



Comment se manifeste un déni de grossesse d'un point de vue clinique ?

- Prise de poids :

Le plus souvent elle sera faible, de l'ordre de 4-5 kg. Souvent passée inaperçue car il n'y a pas de rapprochements faits avec une éventuelle grossesse en cours.

- Aménorrhées :

Parlons des femmes sous contraceptifs oraux, le cycle menstruel n'est pas réel, les menstruations sont dites « artificielles » provoquées par les 7 jours de transition entre deux plaquettes (hémorragies de privation).

Pour les femmes qui ne sont pas sous contraceptifs, l'absence de menstruations ne vas pas forcément les alerter comme étant un signe de grossesse mais elles vont

plutôt faire le lien avec un problème hormonal, un stress passager...

- Taille de l'abdomen :

Les muscles grands droits de l'abdomen vont créer un « mur » entraînant la mise en place d'une gaine puissante par leur développement, ce qui fausse l'évolution physique de la grossesse. Le fœtus va se développer en hauteur plutôt que vers l'avant.

- Mouvements du fœtus :

Les femmes ne vont pas faire de lien avec une grossesse en cours, mais plutôt penser à des troubles digestifs, un estomac qui « travaille » plus souvent, pouvant conduire à la découverte d'un déni partiel de grossesse lorsqu'il y a consultation médicale.



La dernière page de la brochure destinée aux pharmaciens d'officine mentionne le rôle du pharmacien, je vous cite quelques mots clés de ce paragraphe : « communication », « avis », « conseil », « information », « écouter », « rassurer ».

Sous ce paragraphe, une partie est consacrée aux associations, dont l'AFRDG qui est l'association en lien avec le déni de grossesse. Vous pourrez connaître son rôle ainsi que les différentes aides apportées.



Quel est le rôle du pharmacien ?

A...

Le pharmacien est en 1^{ère} ligne dans la communication avec les patients, c'est vers vous que les personnes ont tendance à venir voir avant d'autres professionnels de santé pour avoir un avis, un conseil, pour connaître l'état de gravité de la situation.

Vous avez un rôle clé dans l'information et dans le cas du déni de grossesse, vous devez être suffisamment informés pour savoir vers qui orienter ces femmes, leurs donner toutes les informations nécessaires au bon suivi (contacts utiles comme l'AFRDG*, le centre de Protection Maternelle et Infantile le plus proche, son médecin traitant etc).

Ce qui est important, c'est d'écouter la patiente, de la rassurer, de ne pas la juger. Votre rôle dans ces cas là sera de donner tous les conseils nécessaires liés à la grossesse (lorsque le déni est partiel) ou alors liés au post-partum (lorsque le déni est total) et s'assurer que l'enfant vive dans de bonnes conditions.

*Quelques mots sur l'AFRDG :

Structure qui permet d'aider les femmes victimes de déni de grossesse, en leur apportant un soutien psychologique, une aide dans les démarches administratives, la possibilité de partager leur expériences en séances groupées etc...



Suite à l'explication de ce 1^{er} outil, tous les points énoncés sur cette brochure sont, selon moi les points essentiels à évoquer pour faire un résumé complet du déni de grossesse.

Elle permet de donner les éléments de base permettant d'informer les patient(e)s au comptoir.

b) Mise en place d'un outil destiné aux patient(e)s

Passons maintenant à la brochure destinée aux patient(e)s, il s'agit d'un outil au format A4 plié en trois parties, donc un format plus petit que la brochure précédente.

Le but étant encore une fois de pouvoir rendre l'outil facilement transportable.

Vous pourrez constater que les couleurs choisies sont assez féminines, en effet, même si cette brochure est destinée à tout le monde, le sujet en lui-même reste plutôt féminin.

Commençons par la couverture de cette brochure, elle présente le titre de l'outil, à savoir « Le déni de grossesse : qu'est-ce que c'est ? » suivi d'une image représentant une femme avant l'échographie et 1h après cette même échographie.

Lorsqu'on observe ce dessin, on s'aperçoit qu'entre les deux représentations il se passe 1 heure de temps, cette illustration permet de mettre en avant le changement physique spectaculaire pouvant avoir lieu suite à l'annonce lorsqu'il s'agit d'un déni partiel de grossesse.

Sous cette illustration, il est mentionné que la brochure est à titre informatif et à destination des patient(e)s.

La croix verte située en bas de page est une manière d'appuyer le fait que le pharmacien est un des acteurs clés dans le déni de grossesse, qu'il peut tout à fait aiguiller et conseiller une femme vivant cette situation.

La présence de cette croix permet de dire que cette brochure est présente qu'en pharmacie de ville.



Lorsque l'on ouvre cette brochure, l'équivalent d'une demi page A4 regroupe toutes les informations plus détaillées concernant le déni de grossesse :

Mais qu'est ce que c'est ?

Il est important de noter que l'on distingue deux types de déni de grossesse :

- **Déni partiel :**
Lorsque la découverte de la grossesse se fait au-delà de 3 mois de grossesse MAIS avant l'accouchement.
- **Déni total :**
Lorsque la découverte de la grossesse se déroule le jour de l'accouchement, à domicile ou à l'hôpital.



Mais le ventre ne grossit pas ?

Le bébé va se développer en hauteur le long de la colonne vertébrale plutôt que de pousser vers l'avant.

De plus, on va prendre quelques kilos mais pas autant que durant une grossesse classique (3-4kg vs 12 kg). On va se dire que c'est lié au stress, à une perturbation hormonale, ou à des problèmes personnels/émotionnels.





On va bien finir par sentir le bébé bouger non ?

Les mouvements ne sont pas perçus par la mère, elle va plutôt penser à des problèmes digestifs. Soit ceci va conduire à une consultation médicale et alors il peut y avoir suspicion d'une grossesse et on parlera d'un déni partiel. Ou alors dans l'autre cas, on ne suspecte rien et on aboutira à un déni total.



Et les règles ? Elles ne s'arrêtent pas ?

La prise de pilule donne des règles dites « artificielles », la femme n'ovule pas, il n'y a donc pas de réel cycle menstruel. Les saignements s'expliquent par une détérioration de l'endomètre suite à l'arrêt de la pilule durant les 7 jours de transition. Ce qui explique la persistance des règles durant le déni de grossesse.

Concernant les femmes ne prenant pas de contraceptifs, l'absence des règles ne va pas forcément leur faire penser à une grossesse. Elles vont justifier cela par d'autres raisons personnelles.



Mais c'est rare, non ?

Le déni de grossesse touche **entre 1 500 et 3 000 femmes** en France chaque année, et sur ces 3 000 femmes, 320 accouchent sans avoir connaissance de leur grossesse (déni total de grossesse). Des associations existent et se battent pour que le déni de grossesse soit reconnu comme une maladie.

Vers qui je m'oriente ?

Vous pouvez très bien vous rapprocher d'un professionnel de santé (pharmacien, médecin, sage-femme, une PMI (Protection Maternelle et Infantile) voire même auprès de l'AFRDG (cf au dos).

Comment peut-on s'en rendre compte ?

Souvent par hasard, lors d'un rendez-vous chez le médecin pour des problèmes de ballonnements, de maux de ventre, un gonflement des membres inférieurs, des saignements intempestifs, des douleurs dans le dos type sciatique, etc..

On y trouve une définition sur les deux types de dénis (partiel et total), illustrée par un dessin où un homme et une femme se posent des questions.

C'est un moyen de montrer que cette brochure est destinée à tout le monde, aussi bien aux hommes qu'aux femmes, car l'objectif est d'informer le plus de personnes possible pour qu'ensuite ces informations se répandent et que le déni de grossesse devienne un sujet mieux connu et mieux maîtrisé.

D'autre part, le paragraphe situé juste en dessous mentionne la prise de poids ainsi que l'arrondissement du ventre introduits par une question : « Mais le ventre ne grossit pas ? ».

Ce paragraphe permet d'expliquer la différence d'évolution du fœtus lors d'un déni de grossesse, à savoir en hauteur plutôt que vers l'avant. Concernant la prise de poids on explique que celle-ci est légère dans la majorité des cas (3-4kg) et que de ce fait la femme ne pense pas à une grossesse en cours mais va plutôt justifier cette différence par un trouble personnel.

Le texte suivant est consacré aux mouvements du fœtus durant un déni de grossesse, ceux-ci n'étant pas perçus par la mère comme des mouvements fœtaux mais plutôt comme des troubles digestifs.

Ces troubles conduisant dans quelques cas à des consultations médicales pouvant aboutir au diagnostic d'un déni partiel de grossesse ou alors à un déni total de grossesse lorsque le diagnostic n'est pas fait correctement.

Une image située en dessous permet de représenter de manière humoristique ce paragraphe.

Sur la partie de droite, nous pouvons voir qu'un paragraphe est consacré aux menstruations. Comme pour la brochure destinée aux pharmaciens, nous parlons du cas des femmes sous contraceptifs oraux avec la période de transition de 7 jours durant lesquels ont lieu les hémorragies de privation, ainsi que des femmes n'utilisant pas de contraceptifs.

À savoir que ces femmes ne font pas le lien entre l'absence de leurs règles et une grossesse en cours mais vont plutôt l'interpréter par des problèmes personnels (stress, troubles de l'humeur...).

À droite de cette brochure, un encadrement plus foncé comporte d'autres informations, notamment l'épidémiologie du déni de grossesse, les circonstances de découverte et les personnes vers qui on peut s'orienter.

La partie concernant l'épidémiologie sur le déni de grossesse permet de présenter le nombre de femmes vivant chaque année cette situation, ces chiffres sont présentés en caractères gras pour mettre en avant la non singularité du déni de grossesse.

De même que pour la brochure destinée aux pharmaciens, la notion de combat par des associations pour reconnaître le déni de grossesse comme une maladie est mentionnée.

La partie présentée par la question suivante : « Vers qui on s'oriente ? », est très importante car souvent les femmes ne savent pas vers qui aller, elles sont perdues. Cette brochure peut donc être un moyen d'orientation si une amie du lecteur vit cette situation voire la patiente qui prend la brochure.

Les circonstances de découverte sont évoquées par la question suivante : « Comment peut-on s'en rendre compte ? », on rappelle ce qui est évoqué dans la 1^{ère} partie à savoir les motifs de consultations potentiels chez un médecin.

Une fois qu'on replie la brochure, il reste deux parties figurant au dos, une concernant l'association AFRDG, avec l'explication de son rôle, ses aides.

Une autre partie est dédiée à des témoignages de femmes ayant vécu un déni de grossesse, ces témoignages sont très importants, ils rendent la brochure beaucoup plus concrète, ils permettent de donner un aspect réel du sujet.

On peut y trouver un témoignage sur la découverte d'un déni partiel de grossesse pour une femme, d'un déni total de grossesse pour une autre femme. Le 3^{ème} témoignage est plus tourné sur l'amour qui doit être apporté à l'enfant, car malgré tout il s'agit d'un être humain.

Le prénom ainsi que l'âge des femmes ayant témoigné sont annotés, excepté pour le 2^{ème} témoignage qui est anonyme.

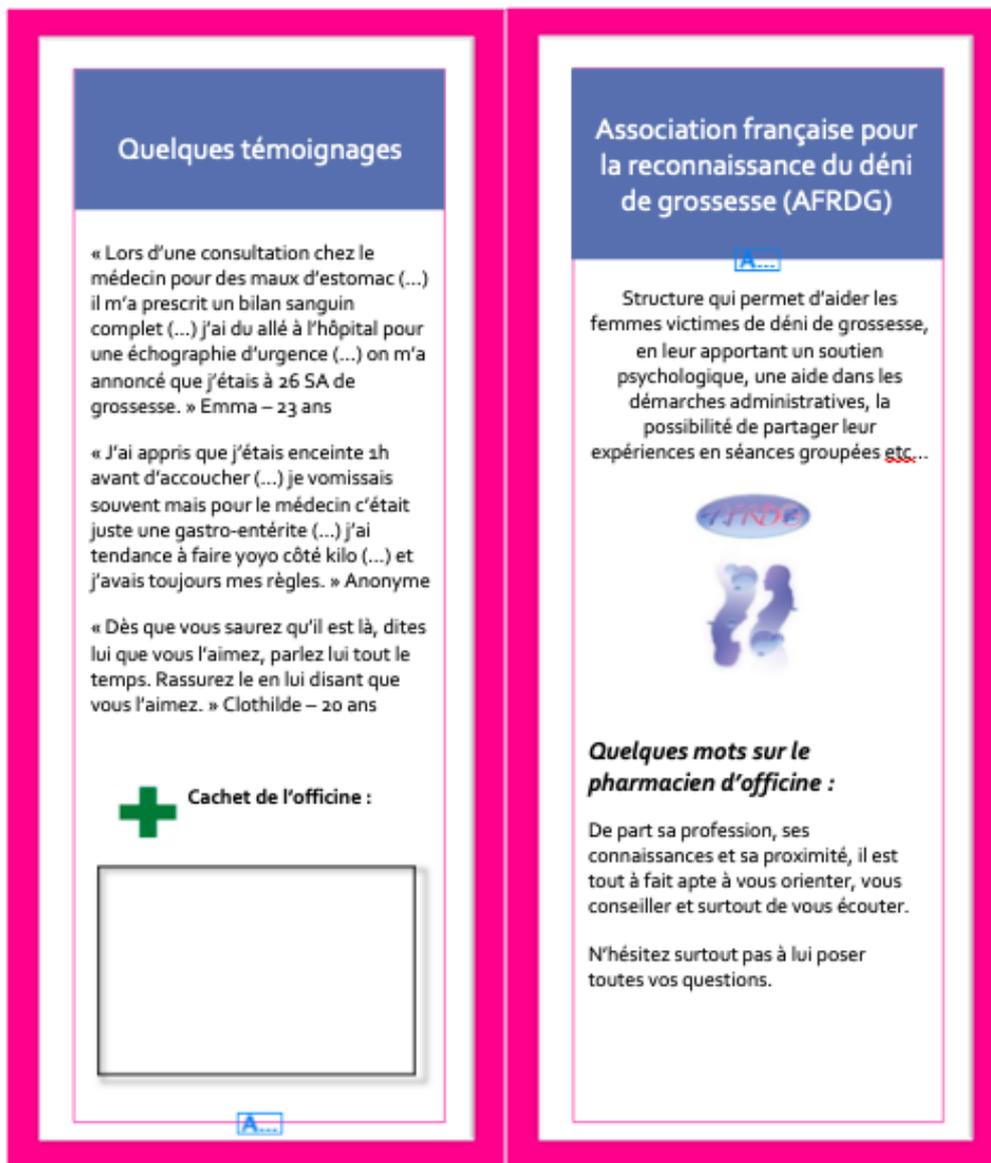
Cette identification des femmes ayant témoigné permet de créer un lien avec le lecteur.

Leur âge permet de s'identifier à toutes ces femmes, et surtout de montrer qu'elles se sont confiées à visage découvert, sans aucune honte.

Sous ces témoignages, une partie est consacrée au cachet de l'officine.

Ceci permet de personnaliser cette brochure, de montrer que la pharmacie participe au projet de faire connaître le déni de grossesse et qu'elle remplit sa mission de prévention et d'information.

Sous la zone de texte évoquant l'association, quelques mots sur le pharmacien d'officine pour insister sur la notion de proximité, de mission d'information, de prévention et d'écoute.



c) Comparaisons entre les deux brochures

Maintenant que les deux outils vous ont été présentés, vous pouvez voir qu'elles présentent des points communs et des différences.

Commençons par énoncer les points communs aux deux brochures, elles comportent toutes les deux une définition des deux types de déni de grossesse, ce qui est un élément essentiel dans la présentation du sujet. Cette définition permet de donner les bases avant toutes les autres explications mais aussi de montrer dès le départ qu'il existe deux types de dénis de grossesse (information qui n'est pas connue dans la majorité des cas).

Elles comportent également toutes les deux une partie sur l'épidémiologie, les circonstances de découverte, les signes cliniques et une partie concernant l'association (AFRDG). Toutes ces notions sont, selon moi, les points essentiels à énoncer pour les deux outils.

Cependant vous pouvez observer que le vocabulaire choisit entre les deux outils n'est pas tout à fait identique, il est très important que la brochure destinée aux patient(e)s soit compréhensive et accessible à tous, on ne peut donc pas utiliser un vocabulaire scientifique, la personne ne lira pas la brochure jusqu'au bout parce qu'elle ne comprendra pas tous les termes, ce qui n'est pas le but ici.

À l'inverse, concernant la brochure destinée aux pharmaciens, on peut tout à fait utiliser dans cet outil un vocabulaire scientifique, pour appuyer le fait que l'outil est destiné à des professionnels de santé.

Comme autres distinctions, on peut remarquer que les complications sont énoncées dans la brochure destinée aux pharmaciens contrairement à celle destinée aux patient(e)s, en effet, cette notion peut faire peur et dramatiser le sujet, ici ce qu'on recherche c'est la création d'un outil informatif, pouvant aider à orienter et à améliorer l'état de connaissance du sujet.

Si les complications ont été mises dans la brochure pour les pharmaciens c'est pour marquer le fait que le déni de grossesse est un événement qui peut être grave s'il n'est pas détecté suffisamment tôt.

Le rôle du pharmacien est plus détaillé dans la brochure destinée à ces professionnels de santé pour appuyer sur l'intérêt et la mission de notre profession.

À l'inverse, seulement quelques mots sont évoqués dans la brochure destinée aux patient(e)s, c'est une manière de montrer aux patients que par notre proximité et nos connaissances nous sommes tout à fait aptes d'aider ces femmes et de les orienter.

Dans celle destinée aux patient(e)s, la présence de quelques témoignages et des professionnels vers qui on peut s'orienter permettent de rendre l'outil plus complet. La présence des témoignages permet de rendre ce travail plus réel, et de marquer le sujet en y apportant quelques histoires de femmes l'ayant vécu.

Pour finir, le fait que les thèmes évoqués dans la brochure destinée aux patient(e)s soient sous forme de questions avec le sujet « je » permet de se rapprocher des femmes, de tourner l'outil en se mettant à leur place.

L'intérêt ici est de répondre à des questions que toutes femmes pourraient se poser vis à vis du déni de grossesse pour rendre l'outil encore plus attirant aux yeux des lecteurs.

IV. Conclusion

On peut se rendre compte à travers ce mémoire portant sur le déni de grossesse et sur d'autres thèses qui ont pu être rédigées par des professionnels de santé, que ce sujet reste encore assez méconnu de tous, aussi bien par le grand public que par les professionnels de santé eux-mêmes.

Cependant, avec les dernières affaires médiatisées, on commence réellement à en parler et ce qui est fondamental, c'est que ce sujet soit clair, de ne pas associer à tort certains évènements à tous les dénis de grossesse qui ont pu avoir lieu en France.

Dans un premier temps, on a pu observer au début du mémoire l'évolution historique du déni de grossesse, on comprend peu à peu certains signes cliniques cachés, car le corps humain est capable de choses véritablement étranges, dont notamment cacher un enfant à la principale intéressée. Nous sommes encore loin de tout connaître sur le corps humain, sur ses capacités psychologiques et physiques mais nous nous en approchons progressivement.

Suite à cette partie historique, une définition du déni de grossesse a été donnée, et plus précisément des deux types de déni de grossesse (partiel et total) car comme nous pouvons le lire dans ce mémoire, ce sont deux choses bien distinctes.

Une partie a été consacrée sur la notion de facteurs de risque, comme cité en introduction il n'en existe pas de bien définis et précis mais on a pu voir à travers quelques études que quelques pistes peuvent nous aiguiller.

Avant d'évoquer la physiopathologie, nous avons parlé des circonstances de découverte, toujours en distinguant le déni partiel de grossesse, du déni total. On a pu voir que dans certains cas il s'agit d'une découverte fortuite suite à une consultation médicale (déni partiel), et dans d'autres cas d'une hospitalisation au cours de laquelle a lieu la naissance de l'enfant (déni total).

Concernant la physiopathologie, nous avons abordé quelques signes cliniques, notamment la faible prise de poids, l'aménorrhée, la taille de l'abdomen et les mouvements fœtaux.

Nous avons pu voir que ce n'est pas comparable à une grossesse classique car rien ne se manifeste comme tel, on peut dire que tout est « bloqué » d'un point de vue physique. Tous ces signes qui sont visibles au cours d'une grossesse classique, mais absents dans le cas du déni de grossesse agrémentent d'autant plus l'état d'inconscience sur une grossesse en cours.

Ensuite, les complications materno-fœtales ont été abordées, nous avons pu voir que les risques ne sont pas négligeables, que le déni de grossesse peut être dangereux pour la mère et le nouveau-né. Toutes ces complications font que le déni de grossesse doit être reconnu.

Avant de parler de quelques affaires médiatisées en France, un point important a été abordé, celui de la prise en charge. Malheureusement, il n'existe pas de traitement, de prévention type dans le déni de grossesse, mais ce qu'il est important de retenir, c'est qu'il faut être à l'écoute, il faut observer, il faut faire de la prévention dès l'adolescence et encore plus insister sur la notion de contraception.

Il faut véhiculer l'information qu'un déni de grossesse ça existe, que les femmes qui peuvent être amenées à le vivre ne sont pas « folles », mais surtout expliquer qu'il existe des solutions, que les professionnels de santé sont présents, et surtout qu'elles ne sont pas seules.

L'intérêt d'avoir choisi ce sujet pour cette thèse d'exercice, c'est de pouvoir en parler à nouveau, d'essayer d'expliquer ce qu'est un déni de grossesse, de répondre à certaines questions, et surtout de créer un outil pour mon futur milieu professionnel qui peut aider, informer et aiguiller les patientes.

Mêmes si nos connaissances sur ce sujet ne sont pas encore complètes, nous devons d'ores et déjà véhiculer le peu d'informations que nous détenons, dans l'intérêt des patientes mais aussi des professionnels de santé qui pourraient très bien être confrontés à des situations de ce type au cours de leur carrière.

Comme cité dans le mémoire, des associations se battent pour que le déni de grossesse soit reconnu comme une maladie. En effet, cela pourrait aider au diagnostic car les médecins auraient conscience que ça existe et ceci permettrait par conséquent de limiter

les dénis de grossesse totaux et les complications materno-fœtales. Malheureusement, nous manquons encore de recherches sur le sujet.

Alors on peut se demander quand est ce que le déni de grossesse sera reconnu comme « pathologique » ? Est ce qu'il y aura toujours autant de femmes touchées d'ici 10 ans ?

Il nous reste encore beaucoup de questions sans réponses, cependant il me paraît nécessaire que cette reconnaissance soit rapide pour aider toutes ces femmes, tous ces enfants issus d'un déni et pour dédramatiser le déni de grossesse.

Bibliographie :

- [1] La revue de santé scolaire et universitaire. *Dossier : Le déni de grossesse*. Mai-Juin 2013 n°21, http://www.afpssu.com/wpcontent/uploads/2014/041/RSSU_21.pdf, 25/07/19
- [2] Navarro F, Delcroix M, Godeau E, *Le déni de grossesse à l'adolescence*, Médecine, Universidade Lusiada, 2011.
- [3] Sophie Marinopoulos et Israël Nisand. *Elles accouchent et ne sont pas enceintes*. Les liens qui libèrent. 2011.
- [4] Sainte-Rose Fanchine L, *Le déni de grossesse : revue de littérature, essai de réflexion sur la prise en charge de patientes en déni*, Mémoire Sage-femme, Université de Nice, 2012
- [5] Chaulet S, Juan-Chocard A-S, Vasseur S, Hamel J-F, Duverger P, Descamps P, et al. Le déni de grossesse : étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2013 Dec;171(10):705–9
- [6] Wessel J, Gauruder-Burmester A, Gerlinger C. Denial of pregnancy - characteristics of women at risk. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007 Jan;86(5):542–6
- [7] Friedman SH, Heneghan A, Rosenthal M. Characteristics of women who deny or conceal pregnancy. *Psychosomatics*. 2007;48(2):117–22
- [8] C Brezinka, Huter O, Biebl W, Kinzl J. Denial of pregnancy: obstetrical aspects. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 1994;15
- [9] 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 Jan;26(2):118–21
- [10] Pierronne C, Delannoy M-A, Florequin C, Libert M. Le déni de grossesse: à propos de 56 cas observés en maternité. *Perspectives Psy*. 2002 juin-juillet;41(3):182–8
- [11] Sophie Marinopoulos. *Le déni de grossesse*. Yakapa. 2007
- [12] Dapremont C, *Déni de grossesse : des nouveau-nés comme les autres ?*, Mémoire Sage-femme, Université de Lorraine, 2014
- [13] S. Chaulet et al. *Annales Médico-Psychologiques*. 171. 2013. P.705–709

- [14] CNGOF, Le fonctionnement du cycle, <http://www.cnofg.fr/menu-la-puberte/293-le-fonctionnement-du-cycle>, 30-05-19
- [15] Les bon profs, *Mode d'action de la pilule*, <https://www.lesbonsprofs.com/svt/mode-d-action-de-la-pilule-oestroprogestative-961>, 30-05-19
- [16] Le magazine de la santé, *Déni de grossesse : un bébé à accepter*, <https://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-deni-de-grossesse-un-bebe-a-accepter-2679.html>, 30-05-19
- [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] Simmat-Durand L, Vellut N, *Les néonaticides dans la presse française : 357 décès suspects de 1993 à 2012*, <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01984845/document>, 25/07/19
- [19] Humanium, *infanticide*, <https://www.humanium.org/fr/infanticide>, 23/07/19
- [20] Collège national des gynécologues et obstétriciens français, *Le déni de grossesse*, http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2010_GO_145_lansac.pdf, 23/07/19
- [21] Fugère R et Foy R, *L'infanticide. Portrait du phénomène à la lumière des écrits et de l'expérience clinique*, <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2014-8-page-657.htm>, 23/07/19
- [22] Sud Ouest. *Affaire du "bébé dans le coffre" : la mère de Séréna condamnée à deux ans de prison ferme*. <https://www.sudouest.fr/2018/11/16/affaire-du-bebe-dans-le-coffre-la-mere-condamnee-a-deux-ans-ferme-5572621-4697.php>, 25/07/19
- [23] L'OBS. *Affaire des bébés congelés : "Je ne voulais pas l'abandonner"*. <https://www.nouvelobs.com/societe/20130708.OBS8513/affaire-des-bebes-congeles-je-ne-voulais-pas-l-abandonner.html>, 25/07/19
- [24] Paroles de mamans, *Déni de grossesse : « Je suis devenue maman quand j'ai su que j'étais enceinte »*, <https://paroledemamans.com/grossesse/enceinte-au-jour-le-jour/deni-de-grossesse-le-temoignage-emouvant-de-cette-maman>, 25/07/19
- [25] Paroles de mamans, *Témoignage : j'ai accouché sans savoir que j'étais enceinte !*, <https://paroledemamans.com/accouchement/accouchement-le-jour-j/temoignage-j-ai-accouche-sans-savoir-que-j-etais-enceinte-2>, 25/07/19

Annexe 1 : brochure à destination des pharmaciens



Quel est le rôle du pharmacien ?

Le pharmacien est en 1^{ère} ligne dans la communication avec les patients, c'est vers vous que les personnes ont tendance à venir voir avant d'autres professionnels de santé pour avoir un avis, un conseil, pour connaître l'état de gravité de la situation.

Vous avez un rôle clé dans l'information et dans le cas du déni de grossesse, vous devez être suffisamment informés pour savoir vers qui orienter ces femmes, leurs donner toutes les informations nécessaires au bon suivi (contacts utiles comme l'AFRDG*, le centre de Protection Maternelle et Infantile le plus proche, son médecin traitant etc).

Ce qui est important, c'est d'écouter la patiente, de la rassurer, de ne pas la juger. Votre rôle dans ces cas là sera de donner tous les conseils nécessaires liés à la grossesse (lorsque le déni est partiel) ou alors liés au post-partum (lorsque le déni est total) et s'assurer que l'enfant vive dans de bonnes conditions.

***Quelques mots sur l'AFRDG :**

Structure qui permet d'aider les femmes victimes de déni de grossesse, en leur apportant un soutien psychologique, une aide dans les démarches administratives, la possibilité de partager leur expériences en séances groupées etc...



Déni de grossesse



Brochure à titre informatif à destination des pharmaciens

Une petite définition pour commencer !

Tout d'abord, il existe deux types de déni de grossesse :

- **Déni partiel** : lorsque la découverte de la grossesse a lieu au delà de 3 mois de gestation MAIS avant l'accouchement.
- **Déni total** : lorsque la découverte de la grossesse a lieu le jour de l'accouchement, à domicile ou en milieu hospitalier.

« Le pharmacien doit faire preuve du même dévouement envers toutes les personnes qui ont recours à son art. » Art. R. 4235-6



Un peu d'épidémiologie ...

Le déni de grossesse touche **entre 1 500 et 3 000 femmes** en France chaque année, et sur ces 3 000 femmes, 320 accouchent sans avoir connaissance de leur grossesse (déni total de grossesse). Il existe des associations (comme par exemple l'AFRDG), qui se battent pour que le déni de grossesse soit reconnu comme étant une maladie.

Dans quelles circonstances ces femmes découvrent-elles leur grossesse ?

Dans le cas d'un déni partiel de grossesse, la découverte (levée du déni) est souvent inopinée, suite à une consultation chez un médecin généraliste pour des problèmes de ballonnements, de maux de ventre, de douleurs dans le dos, de saignements intempestifs...

Le médecin peut prescrire un bilan sanguin « au cas où » et le diagnostic tombe !

Dans le cas d'un déni total de grossesse, les douleurs sont brutales, inattendues et la patiente va soit se diriger vers les urgences et la prise en charge sera hospitalière, soit accoucher seule chez elle si l'expulsion de l'enfant est rapide.

Quelles sont les complications possibles ?

Pour la mère, il peut y avoir des complications psychologiques, en effet, ne sachant pas qu'elles sont enceintes elles n'ont pas adapté leur mode de vie en conséquence comme la consommation de tabac, d'alcool... La gestion des modifications physiques lorsque le déni est partiel et que le corps se met à changer brutalement (en quelques minutes-heures) est aussi difficile à accepter pour la femme. De plus, il peut aussi y avoir des complications obstétricales lorsque le déni est total avec risque d'hémorragie, de dilacération du col...

Pour l'enfant, il peut y avoir un retard de croissance, une prématurité, un faible poids à la naissance, voire un risque létal.

Comment se manifeste un déni de grossesse d'un point de vue clinique ?

- Prise de poids :

Le plus souvent elle sera faible, de l'ordre de 4-5 kg. Souvent passée inaperçue car il n'y a pas de rapprochements faits avec une éventuelle grossesse en cours.

- Aménorrhées :

Parlons des femmes sous contraceptifs oraux, le cycle menstruel n'est pas réel, les menstruations sont dites « artificielles » provoquées par les 7 jours de transition entre deux plaquettes (hémorragies de privation).

Pour les femmes qui ne sont pas sous contraceptifs, l'absence de menstruations ne vas pas forcément les alerter comme étant un signe de grossesse mais elles vont

plutôt faire le lien avec un problème hormonal, un stress passager...

- Taille de l'abdomen :

Les muscles grands droits de l'abdomen vont créer un « mur » entraînant la mise en place d'une gaine puissante par leur développement, ce qui fausse l'évolution physique de la grossesse. Le fœtus va se développer en hauteur plutôt que vers l'avant.

- Mouvements du fœtus :

Les femmes ne vont pas faire de lien avec une grossesse en cours, mais plutôt penser à des troubles digestifs, un estomac qui « travaille » plus souvent, pouvant conduire à la découverte d'un déni partiel de grossesse lorsqu'il y a consultation médicale.



TITRE : Dénis de grossesse et mise en place d'outils destinés aux pharmaciens d'officine ainsi qu'aux patient(e)s

RÉSUMÉ : Savez-vous ce qu'est un déni de grossesse ? Ce mémoire pourrait donc vous l'expliquer, voire répondre à certaines questions que vous devez sûrement vous poser. Beaucoup de sujets sont évoqués auprès du grand public aujourd'hui, comme la contraception, l'interruption volontaire de grossesse, la procréation médicalement assistée... Mais qu'en est-il du déni de grossesse ? Ce sujet est encore méconnu, aussi bien par la population de manière générale que par les professionnels de santé. Ce dernier point étant problématique, car un mauvais diagnostic entraîne une mauvaise prise en charge.

Chaque année, beaucoup de femmes en France vivent un déni de grossesse (partiel ou total), ce qui peut avoir de gros impacts sur la relation mère-enfant et sur l'environnement proche de la mère, mais aussi du couple.

Ce mémoire est un moyen d'évoquer une fois de plus le sujet, et plus précisément de l'évoquer aux yeux des pharmaciens d'officine qui peuvent être confrontés à une situation de ce type au comptoir. Si les connaissances ne sont pas bonnes voire inexistantes concernant un déni de grossesse, le pharmacien ne saura pas vers qui orienter, ni donner de conseils, tout ceci participera à la solitude de la mère et à la sensation d'abandon que toutes ces femmes ont pu ressentir.

MOTS-CLÉS : déni/ grossesse/ outils

