

Année 2016

2016 TOU3 1006

2016 TOU3 1007

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement

par **Lucie PEYROT** et **Claire COLLIN**

le Jeudi 11 Février 2016

**LE VECU DES FEMMES AYANT FAIT UN DENI DE GROSSESSE:  
RECHERCHE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES**

Directrice de thèse : Madame le Docteur Christine CERNA

JURY:

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, Président

Monsieur le Professeur Pierre LEGUEVAQUE, Assesseur

Monsieur le Professeur Olivier PARANT, Assesseur

Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU, Assesseur

Madame le Docteur Christine CERNA, Assesseur

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2015**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

**Professeurs Émérites**

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

<b>P.U. - P.H.</b> Classe Exceptionnelle et 1ère classe		<b>P.U. - P.H.</b> 2ème classe	
M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie	<b>P.U.</b>	
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		

**P.U. - P.H.**  
 Classe Exceptionnelle et 1ère classe

**P.U. - P.H.**  
 2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROSTAING Lionel (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Toxicologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

<b>M.C.U. - P.H.</b>		<b>M.C.U. - P.H.</b>	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. HAMDI Safouane	Biochimie	M. GASQ David	Physiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	Mme LEOBON Céline	Cytologie et histologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB Janie	Biochimie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement		
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire		

**M.C.U.**

M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry  
Dr ABITTEBOUL Yves  
Dr CHICOULAA Bruno  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel  
Dr BOYER Pierre  
Dr ANE Serge

**Aux membres de notre jury,**

**Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC**

Président du Jury

Professeur des Universités

Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous vous remercions de votre investissement et de votre travail pour faire de la Médecine Générale ce qu'elle est. Soyez assuré de notre gratitude.

**Monsieur le Professeur Pierre LEGUEVAQUE**

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Chirurgie Générale et Gynécologique

Vous nous faites l'honneur de siéger à notre jury de thèse. Votre expertise dans le domaine de la gynécologie est un exemple pour nous.

Veillez trouver en ce travail l'expression de notre profond respect.

**Monsieur le Professeur Olivier PARANT**

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Gynécologie Obstétrique

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail. Vous nous faites un immense honneur en vous intéressant à notre sujet de thèse. Avec toute notre gratitude.

**Madame le Docteur Christine CERNA**

Directrice de thèse

Maître de stage Universitaire

Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger ce travail, un jour de cours à la faculté. Merci pour votre patience, votre implication, vos sessions de travail accompagnées de thé, porcelaine et petits gâteaux. Vous avez su nous encourager lors des moments de doute. Nous espérons que vous avez pris autant de plaisir que nous à travailler ensemble.

**Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU**

Maître de Conférences Universitaire

Maître de stage Universitaire

Praticien Ambulatoire en Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur de siéger à notre jury de thèse. Merci pour vos formations de qualité et vos conseils avisés qui nous ont guidés tout au long de ce travail. Nous vous remercions pour cette aide précieuse.

**A ceux et celles qui ont participé au recrutement,**

A Nadine, Mayou, Hélène et Marie-Jacques,

A Mesdames Stéphanie Hébraud, Alexandra Vayssettes, Caroline Rabaud, Mireille Pire et Marie-Anne Boussac,

Aux Docteurs Christine Cerna, Monique Flachaire, Julie Subra, Hacène Keddache, Christian Fabié, Patrick Gervais et Emmanuelle Teyssier,

A Mesdemoiselles Lucie Gasc, Mathilde Verdon et Isabelle Navarro,

Vous avez accepté de nous venir en aide pour ce travail, sans vous, il n'aurait pas vu le jour.

Un immense merci à tous pour votre implication et votre considération.

**A ces femmes qui ont accepté de nous rencontrer, sans qui ce travail n'aurait pu se faire,**

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de participer à ce travail. Recevez l'expression de notre plus grand respect, ainsi que nos plus sincères remerciements. Nous vous souhaitons le meilleur pour l'avenir.

## **A notre petite famille toulousaine,**

Marion et Lucas,

Emilie Laurent et Jeanne,

Délia et Guilhem,

Mathilde,

Lucie,

N. et J. (c'est qui, c'est qui?)

Tout a commencé pendant l'internat, chacune venant agrandir le groupe, et l'enrichir par un talent particulier:

Marion, notre Linotte, notre M&Ms jaune, la seule qui pourrait descendre le canyon de Marc sur 12cm de talons, avec une combi "trop petite" (à certains endroits...)

Emilie, notre Kinder exilé dans le Tarn, qu'on aime, même quand elle nous dit "T'as pas d'amis?" ou "J't'aime pas".

Délia, Miss Malteser, notre fiancée haute couture (joli jeu de mot! (-; ), qui a trouvé son bonheur à Toulouse grâce à Guilhem et au Banoffee.

Mathilde, l'électron ou M'Ms rouge, toujours prête pour une nouvelle aventure, ou pour une soirée autour d'un verre (surtout si c'est du champagne!).

Lucie, encore et toujours la Maman, parce qu'on passe toujours de bons moments quand tu es là.

N. et J., nos balles anti stress...

Notre amitié s'est créée autour du chocolat, d'une bonne tasse de thé et de soirées Girl Power. Les garçons ont réussi à s'y faire une petite place, et bientôt, ils partiront en vacances sans nous!

Mais pour rester en supériorité numérique, Jeanne et Mini Daim arrivent en renfort!

Merci à vous tous pour ces bons moments! Et sachez que même si vous vous éloignez de Toulouse, on ne vous lâchera pas!! Préparez les chambres d'amis!

## **Aux proches de Claire,**

### **A Cyril,**

Mon amour, merci pour toutes tes attentions et ton soutien au quotidien. Grâce à toi rien n'est insurmontable.

Depuis que nous nous sommes rencontrés, c'est une évidence, tout semble facile et logique. Nous avons déjà réalisé de beaux projets ensemble et le plus beau reste à venir... Je suis très heureuse de partager ta vie.

Je t'aime.

### **A toi, ma puce,**

Tu auras vécu au plus près cette aventure de la thèse, sûrement influencé quelques réflexions et permis d'apaiser quelques tensions. Malgré les préoccupations du moment, nous t'avons préparée avec amour, un petit nid douillet, qui n'attend plus que toi. Il nous tarde de voir ta petite frimousse.

### **A Lucie,**

Nous nous sommes rencontrées au cours d'un stage prenant et nous avons poursuivi sur la thèse, que de travail pour nos débuts...

Nous avons continué à apprendre à nous connaître et notre amitié s'est renforcée. Je suis heureuse que tu aies accepté de faire ce travail avec moi et d'avoir réussi à mener à bien ce projet qui nous tenait à cœur.

Merci pour ta gentillesse et ton humour qui ont toujours donné à ces journées une touche de bonne humeur.

Maintenant que le plus dur est passé, il nous reste plein d'autres choses à partager ensemble!!!

### **A Maman et Jean-François,**

Comment résumer, il y a tellement de choses à dire. Merci pour tout.

Merci de m'avoir supportée pendant toutes ces années d'études, pas toujours très rigolotes. Merci pour cet amour inconditionnel que vous me donnez.

De vraies boules d'énergie, toujours en action, vous êtes toujours prêts à nous aider.

Ma petite maman, merci pour ta patience, tes heures de relecture et ton précieux soutien depuis toujours. Tu peux être fière de tout ce que tu as fait pour nous.

Si j'en suis là aujourd'hui c'est en grande partie grâce à vous.

### **A Guillaume, Alizée et Emy**

Que dire des mes petites patates adorées. Loin des yeux et pourtant si proches au quotidien. Je suis heureuse de partager cette grande complicité avec vous. Merci pour votre présence et votre soutien indispensable. C'est toujours un grand plaisir de se retrouver et de partager tous ces moments ensemble.

### **A mes Papis et Mamies,**

J'ai vraiment de la chance de vous avoir. Vous m'avez aidée à grandir, vous m'avez tout donné sans compter. Toujours présents, chacun à votre façon, vous m'avez soutenue et transmis beaucoup de choses. Vous avez grandement participé à faire de moi ce que je suis aujourd'hui. Je ne vous remercierai jamais assez.

### **A Martine, Bernard et Alexis**

Changer de région aurait pu être bien compliqué, mais vous avez été là et m'avez accueillie avec tellement de gentillesse. Je suis heureuse d'avoir rencontré une deuxième famille exceptionnelle. Merci pour toutes ces attentions que vous nous donnez.

### **A Julia,**

Ma Pépette, partager ta vie au quotidien est un vrai bonheur, tu nous fais profiter de ta joie de vivre. C'est un régal de te voir grandir. Je sais que tu feras une merveilleuse grande sœur. Je suis fière de toi.

### **A ma famille,**

Vous avez vécu de près ou loin ces années d'étude, vos petits mots et attentions ont été importants pour moi. C'est bon, maintenant les études c'est fini pour moi, je passe le relais aux plus jeunes. Et ils commencent à être nombreux, enfin nombreuses plutôt !!! Je vous embrasse.

**A Elsa,**

On a grandi ensemble, on a rigolé, pleuré, partagé la plupart des bons et mauvais moments. Tu tiens une place bien particulière pour moi. Malgré la distance et nos occupations respectives j'espère que nous arriverons toujours à trouver des moments à partager ensemble.

**A Mathieu,**

Mon binôme de la maternelle à la terminale, on en a parcouru du chemin depuis nos sessions foot ou tennis sur la place, nos parties de Tabou ou nos heures à travailler ensemble. Ça me fait drôle de regarder en arrière, je prends un gros coup de vieux, mais on peut être fiers de ce qu'on a réussi à faire. Je vous souhaite plein de bonheur avec Morgane dans votre jolie maison.

**A Mayou, Laeti, mes deux poulettes chéries,**

Comme quoi il existe des choses qui ne changent pas. Toujours les mêmes, mes deux petits bout-en-train. Quand on se retrouve, il y a toujours de supers moments à la clef.

Après le lycée, le volley, les P1 et maintenant Toulouse, Mayou, je sais bien qu'on ne peut pas se séparer bien longtemps... ;-) Ma petite Laeti, que de soirées on a passé ensemble, au bord de la plage et autour d'un verre de vin, à refaire le monde. Merci à toutes les deux d'être là.

Ne changez rien et surtout que ça dure encore longtemps comme ça!!!

**A Pauline,**

Et oui, on a bien avancé depuis ces années lycée. Chacune de son côté, nous avons tracé notre voie. On se retrouve 14 ans plus tard avec deux petits polichinelles qui arriveront en même temps, quelle belle coïncidence! J'espère que nous partagerons encore de bons moments ensemble, plus d'excuses maintenant que tu es rentrée...;-)

**Aux Montpelliérains** (de souche) Antoine, Thomas, Marine, Soso, Toto, Cécile, Claude sans oublier Sophia, Camille et Benjamin.

Nos longues sessions de travail ont été ponctuées par de bons petits repas et de nombreuses soirées mémorables... Éparpillés aux quatre coins de la France, cela ne nous empêche pas de nous retrouver pour nos week-ends et vacances « en famille », qui sont toujours aussi agréables.

Comptez sur nous, même si on rate une ou deux sessions, on fera partie de la prochaine. La maison est grande et toujours prête à vous accueillir !

**A toutes ces personnes avec qui on a partagé de bons moment pendant l'externat,** Anne-Sophie, Sophie, Magali, Roxane, Valériane, My-Linh et bien d'autres...

**Aux belles rencontres au cours de l'internat:** Laurence, Chloé, Camille H, Céline, Clémence.

**Aux amis ariégeois et toulousains:** Cédric et Delphine, Christelle et Lucci, Nicolas, Cyril et Laurence, la bande copain de Pamiers et ses environs, parce que vous participez au fait qu'ici je me sente aussi chez moi, merci pour votre accueil, votre gentillesse et votre simplicité.

**Au cabinet du Fossat,**

A Brigitte avec qui j'ai découvert ce qu'était enfin la médecine générale. Ce n'était qu'une supposition, elle a été confirmée. Grâce à vous, j'ai vraiment réalisé que j'avais choisi la bonne spécialité. Vous êtes un exemple à suivre pour moi. Merci pour tout.

A Julie, bien plus qu'un « maître de stage », c'est une amitié naissante que j'ai trouvée. A nous de partager d'autres bons moments en famille ou entre filles !!!

Dr Panifous, Dr Pachins, ce fut un vrai plaisir de vous côtoyer pendant ces deux stages et les remplacements qui ont suivis.

A Myriam et Juliette, les deux perles du Fossat, qui participent grandement au caractère si convivial de ce cabinet. C'est avec un grand plaisir que je vous retrouve à chaque fois.

**Au cabinet de la Tour du Crieu,**

Tout a commencé avec vous Dr Guiter, j'ai beaucoup aimé apprendre à vos côtés.

Puis les uns après les autres, j'ai rencontré vos associés qui sont tout aussi sympathiques que vous. C'est toujours, avec plaisir que je suis venue faire des remplacements et il faut croire que le cabinet m'a plu... ! Je suis contente de débiter bientôt cette collaboration avec vous!

Au médecins que j'ai rencontrés au cours de mes stages et qui influencent ma pratique au quotidien, Dr Fabié, Dr Courrière, Dr Couradet, Dr Rocher, Dr Guintoli, Dr Halwacks, Dr Louis-François, Dr Pader, Dr Lapoujade, Dr Pons, Dr Zoveda, Dr Biboulet.

**A toi Papa,**

Je crois que je ne trompe pas si je dis que sans toi, je n'aurais pas réussi tout ça.

Tu m'as donné l'envie, la force, la rage, d'aller jusqu'au bout de tout ce que j'entreprenais. Je n'ai sûrement pas choisi la médecine par hasard. J'aime à croire que tu m'as transmis la passion de ton métier, cette nécessité «d'aider» les autres et j'espère d'autres de tes qualités.

Tu me manques. J'espère que tu es fier de moi.

## **Aux proches de Lucie,**

**A Cédric**, mon binôme depuis 8 ans... Tu m'as accompagnée dans les bons moments, soutenue dans les épreuves. Tu étais là à chaque étape importante de ma vie. Merci pour ta patience, pour tes attentions. La page "médecine" se tourne, à nous d'écrire la suivante... Le meilleur est à venir. Je t'aime.

**A Claire**, ma co-interne, devenue ma co-pine puis ma co-thésarde. Merci de m'avoir proposé de travailler avec toi, merci de m'avoir supportée pendant ces longs mois. Après avoir enduré un semestre aux urgences et un an et demi de thèse, je pense que notre amitié sera plus solide que jamais!

**A Maman**, qui a aidé le petit raton-laveur à grimper en haut de son poteau! Merci pour ton soutien, pour ta patience, pour tes encouragements. Sans toi, je ne serais pas là aujourd'hui pour prêter serment. Tu as été d'une aide précieuse pour cette thèse, et je suis heureuse que tu aies fait partie de ce travail. Je t'aime Maman. Merci.

**A Papa et Domi**, qui m'ont suivie et accompagnée durant ces longues années. Domi avec les tupperwares du dimanche soir et les exos de math, Papa, avec les soirées coaching en P1. Merci Papa de m'avoir soutenue comme tu l'as fait, c'est grâce à ça que je tourne une page aujourd'hui. Je t'aime.

**A mes sœurs,**

Claire, que j'ai dégoutée des études de médecine en passant mes weekends à mon bureau. Je suis fière de ma petite sœur, qui m'impressionne par son parcours et qui m'apprend à profiter de la vie et à en apprécier les moments. Je t'aime

Margaux, qui restera toujours Margoto. Je te vois devenir une jeune fille fantastique. Aies confiance en toi, je crois en toi. Je t'aime.

Juliette, le petit Mélou qui devient grand! Avec toi, on ne s'ennuie jamais! On a beau avoir notre petit caractère toutes les deux, sache que je t'admire pour ton grand cœur! Je t'aime.

**A mes grands parents,**

Vous avez toujours été présents pour moi, depuis que je suis née. J'ai toujours pu compter sur vous, dans les bons comme dans les mauvais moments. Alors merci, pour les pieds gelés au mois de janvier, pour les Philippe Langoz, pour les mardis soirs à Castel, et pour tout le reste!

A Papi Robert, ta place est réservée au premier rang. Même si tu n'es pas là physiquement, tu es avec moi en cet instant.

Mes chauriens préférés, je vous aime.

**A ma famille**, sans qui je ne serais pas la même. Vous êtes la pierre angulaire de ma vie. C'est grâce à vous que j'avance, que je me lève le matin. Merci d'être présents malgré la distance, et les aléas. Je vous aime.

**Aux Boissié et Romain**, merci de m'avoir accueillie comme vous l'avez fait. Je passe toujours de très bons moments avec vous. Ma famille s'est agrandie grâce à vous.

**A Monsieur Lucaroni**, un professeur hors du commun, qui a réussi à me faire supporter les math au lycée! Vous m'avez appris la persévérance, vous m'avez donné confiance en moi. Je sais que c'est grâce à vous si j'en suis ici aujourd'hui. Merci.

**A Didier**, merci de m'avoir montré ce qu'était la médecine générale lors de mon premier stage en libéral. Tu m'as fait découvrir ta pratique, toujours avec bonne humeur, cafés, "clunquets" et petits Milkas. C'est grâce à toi que j'ai su que j'avais fait le bon choix. Merci.

**A Christine**, dernière maîtresse de stage avant de rentrer dans la cour des grands. Merci de m'avoir soutenue, guidée. Je sais grâce à toi qu'on peut s'occuper de ses patients comme d'une famille (petite pensée pour notre cher Mr F). J'ai aimé ta disponibilité et ton écoute. J'espère être digne de ce que tu m'as appris. Merci.

**Aux botchhh**, Vincent, Thomas, Guillaume, Seb, Léa, Cindy, Marie. Merci pour tous ces souvenirs de lycée. Quand on dit que ce sont les meilleures années, ce n'est pas pour rien! 10 ans après, vous êtes toujours là, même si on se voit moins! On refait le point dans 10ans, les amis.

**A Justine et Fanny**, mes amies de lycée, mes amies de médecine, mes amies de vacances, de coups de blues et de bien plus encore. J'ai de la chance de vous avoir, merci pour tout ce que vous m'apportez.

**A Alice**, avec qui tout a commencé aux 3 premiers rangs de l'amphi en P1. Je sais que maintenant, c'est pour la vie! J'ai trouvé mon double. Merci pour tout!

**A Cécile**, même si tu t'es installée de l'autre côté de la Manche, je pense toujours à notre voyage à Lisbonne, nos thés à Londres, et nos sushis à Paris. Mon homonyme, grâce à toi, je garde des bons souvenirs de cette année de P1!

**Aux Ranguellois**, JS, Nico, Claire, dispersés mais toujours unis. J'ai traversé l'externat avec vous, je n'en garde que des bons souvenirs: entre les soirées d'inté, les semaines au ski et le voyage au Sénégal.

**A Eléonore**, et à son cher PPPT. Pas besoin de partir aussi loin pour éviter ma soutenance de thèse! Tu as été là pour moi durant toutes ces années, sache que je serai là moi aussi! Je suis heureuse de t'avoir pour amie. Merci pour tout.

**A tous mes spécialistes préférés**, les néo-Toulousains: Emilie et David, Louise, François et Lucie, Olivier, Mathieu et Mélissa, Marine, Laetitia et Guillaume, Thibault, Marie, Benoît et Noémie. Merci pour tous ces bons moments, les restos, les fajitas, les tartiflettes. Merci pour les weekends, les déguisements bizarres, les origamis et les vacances. Toujours l'occasion de rire, et de se créer des bons souvenirs!

**Aux paléo-Toulousains:** Romain et Inès, Ben, Mathieu. Merci de me supporter depuis toutes ces années!! On a bien rigolé quand même. Et ça n'est pas fini!

**A Clément, Noémie, Maxine, Suzie et Mia**, ma famille modèle! Merci pour la photo de vos filles sur notre frigo, la photo de Clément et Cédric dans notre salon, votre amour pour Rockine et la Reine des Neiges au micro Hello Kitty! Je vous embrasse.

Enfin, à ceux que je ne citerai pas, mais à qui je pense.

## TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	4
INTRODUCTION .....	5
MATERIEL ET METHODE.....	7
I. Choix de la méthode qualitative .....	7
II. Choix des entretiens semi-dirigés.....	7
II. Population cible et recrutement .....	7
III. Éthique et confidentialité .....	8
IV. Recherche bibliographique .....	9
V. Élaboration du guide d’entretien .....	9
VI. Réalisation des entretiens.....	10
VII. Analyse des données.....	10
RESULTATS .....	12
I. Caractéristiques de l’échantillonnage.....	12
II. Nombre d’entretiens réalisés et saturation des données .....	12
III. Annonce .....	13
1. Contexte de survenue .....	13
2. Le choc .....	14
3. Dénier partiel, dénier total: deux histoires différentes.....	15
IV. Réactions de l’entourage.....	16
1. Le père .....	16
a. Une mauvaise nouvelle .....	16
b. Une bonne nouvelle .....	17
2. Les proches .....	17
a. Réaction initiale négative.....	17
b. Réaction initiale positive .....	18
c. Attitude à distance.....	19
V. Attitude des professionnels de santé .....	19
1. Réactions lors de la découverte de la grossesse .....	20
a. Satisfaisantes.....	20
b. Non satisfaisantes .....	20
2. Prise en charge globale.....	21
a. Suivi adapté.....	21
b. Suivi inadapté .....	22
c. Accompagnement insuffisant.....	23

VI. Retentissements du déni de grossesse.....	23
1. Émotionnels .....	23
a. Peur, appréhension .....	23
b. Culpabilité.....	24
c. Souffrances physiques .....	25
d. Souffrances psychologiques .....	26
2. Sur la relation mère-enfant .....	27
a. Rejet de l'enfant à naître .....	27
b. Difficultés relationnelles.....	28
c. Attachement de qualité.....	29
3. Sur la vie quotidienne .....	30
a. Le couple.....	30
b. Les proches .....	31
c. Le milieu professionnel.....	32
d. Les difficultés rencontrées .....	33
VII. Réflexions personnelles .....	34
1. Propositions apportées.....	34
a. Pour le dépistage .....	34
b. Pour la prise en charge.....	34
c. Pour les formalités administratives .....	35
2. Messages à diffuser .....	35
a. Une expérience positive .....	35
b. Quelques conseils .....	36
DISCUSSION .....	37
I. Critiques de la méthode .....	37
1. Forces de l'étude.....	37
2. Limites de l'étude .....	38
a. Biais d'échantillonnage.....	38
b. Biais de recrutement .....	38
c. Biais liés à l'enquêtrice .....	39
d. Biais d'interprétation .....	39
II. Le déni de grossesse: coupable ou victime?.....	40
1. J'ai fait un déni de grossesse, je suis responsable .....	40
2. J'ai fait un déni de grossesse, je suis une victime .....	41
3. J'ai fait un déni de grossesse, j'ai vécu un traumatisme.....	42
4. J'ai fait un déni de grossesse, je dois apprendre à vivre avec .....	42
III- Le déni de grossesse: un syndrome à prendre en charge .....	43
1. Déni non reconnu comme une pathologie propre.....	43
2. Prise en charge médicale insatisfaisante.....	44
3. Prise en charge psychologique insuffisante.....	44

IV. Après le déni de grossesse: une famille à construire .....	45
1. Considérer les troubles de l'attachement mère-enfant .....	45
2. Accorder une place au père et à la famille .....	46
3. Lutter contre les idées reçues .....	47
 CONCLUSION.....	 49
 REFERENCES .....	 51
 ANNEXES.....	 56
ANNEXE 1 .....	56
Fiche d'information pour les professionnels .....	56
ANNEXE 2 .....	57
Formulaire d'information .....	57
ANNEXE 3 .....	58
Accord du Comité d'Éthique .....	58
ANNEXE 4 .....	59
Guide d'entretien initial.....	59
ANNEXE 5 .....	61
Guide d'entretien final.....	61
ANNEXE 6 .....	63
Analyse transversale du contexte d'énonciation de l'entretien 5 .....	63
ANNEXE 7 .....	64
Extrait Entretien 7 .....	64
ANNEXE 8 .....	65
Extrait du tableau d'analyse .....	65
ANNEXE 9 .....	66
Talon sociologique .....	66

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

DDG: Déni de Grossesse

SA: Semaines d'Aménorrhée

IVG: Interruption Volontaire de Grossesse

DUMG: Département Universitaire de Médecine Générale

## INTRODUCTION

Le déni de grossesse se définit par la découverte de la grossesse après 20 semaines d'aménorrhée. (1) La grossesse se développe à l'insu de la mère, elle reste imperceptible. La femme est dans l'ignorance totale de la présence de l'enfant à naître et de tous les phénomènes corporels qui s'y rattachent: la grossesse psychique est absente. La grossesse physique, elle, se déroule normalement.

A la croisée entre plusieurs disciplines, médicale, sociale, juridique, judiciaire, le déni de grossesse reste un sujet de controverse. Médiatisé dans les cas extrêmes (2), méconnu par la population générale, il est redouté par les femmes et oublié par le milieu médico-social.

Pourtant son incidence est de 1 cas sur 450 grossesses. (3) (4) (5) Cela représente 1500 femmes par an dont 350 dénis complets et parmi eux 80 accouchements à domicile.

Il est donc plus fréquent que les pathologies obstétricales habituellement dépistées, comme listériose (6), spina bifida (7), éclampsie, décompensation de troubles psychiatriques et troubles psychiques du post-partum. Ses conséquences sur le plan humain peuvent être dramatiques.

Ceci nous permet d'affirmer, et c'est l'opinion du Ministère de la santé, que nous sommes face à un problème de santé publique qui émerge et dont nous prenons conscience. (8)

Ce sujet continue toutefois à être mal connu. Il n'est pas ou peu abordé au cours des études médicales et paramédicales. Il n'est pas inscrit dans la classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS ni au DSM IV. Les professionnels de santé n'y sont pas sensibilisés, ce qui entraîne des retards de diagnostic. Le processus maturatif (9) de la grossesse psychique se déroule en un temps extrêmement court.

Les conséquences du déni peuvent être multiples: les risques liés à une grossesse non surveillée ou à un accouchement inattendu, les répercussions sur la relation mère-enfant, avec parfois la décision d'accouchement sous X et dans les cas extrêmes les risques de maltraitance et de néonaticide. (10)

La “naissance” accélérée d’une famille avec l’acceptation, l’adaptation, le bon accueil qui lui sont nécessaires, est en effet d’autant plus difficile que la découverte du déni est tardive.

Nos recherches dans la littérature nous ont permis de constater que le DDG est bien documenté au niveau psychiatrique et obstétrical. Les études menées ont permis de renverser les idées reçues et les fausses croyances, notamment l’étude prospective de Berlin réalisée en 1995/1996 qui a montré qu’il n’existait pas de profil précis ou marginal concernant ces femmes. (1)

Plusieurs études ont été réalisées auprès de sages-femmes. L’une d’entre elles utilisait la méthode qualitative pour étudier leur ressenti vis à vis de la prise en charge de ces grossesses particulières. (11) (12) (13) (14) Peu de travaux à notre connaissance ont porté sur le ressenti des femmes concernées. (15)

“Comment les femmes ont-elles vécu le déni de grossesse et ses conséquences?”

L’objectif principal de notre étude est d’explorer le ressenti des femmes ayant fait un déni de grossesse. L’objectif secondaire est de proposer des pistes d’amélioration de la prise en charge de ces grossesses particulières, à travers l’analyse de leurs propos.

Nous avons choisi la méthode qualitative, une *démarche qui cherche à mettre en relief autant les régularités que les particularités*, car elle nous a paru particulièrement appropriée pour répondre à cette question de recherche. (16)

## MATERIEL ET METHODE

### I. Choix de la méthode qualitative

Dans ce travail, nous souhaitons étudier les représentations et le ressenti des femmes ayant fait un déni de grossesse, en leur donnant la parole. Notre recherche bibliographique a confirmé le peu d'études explorant le point de vue de ces femmes. (15)

“Comment les femmes ont-elles vécu le déni de grossesse et ses conséquences?”

La méthode qualitative, “*basée sur l'observation et l'écoute, mettant en valeur et décrivant le discours et les attitudes des personnes interrogées ou observées*” (16), nous a semblé être la plus adaptée pour répondre à cette question de recherche.

### II. Choix des entretiens semi-dirigés

En raison du caractère intime des déterminants affectifs et personnels du sujet abordé, nous avons choisi de pratiquer des entretiens individuels, afin de respecter leur pudeur et de leur permettre de parler librement.

Nous avons choisi la réalisation d'entretiens semi-dirigés. « *On obtient par ce moyen des données qui ont une richesse considérablement supérieure à celles fournies par bien d'autres méthodes.* » (17)

L'utilisation d'un guide d'entretien permettait d'assurer une bonne reproductibilité.

### II. Population cible et recrutement

Notre population cible concernait des femmes ayant fait un déni de grossesse. Elles étaient éligibles lorsque la grossesse était découverte après vingt semaines d'aménorrhée.

Les participantes ont été sélectionnées en fonction de leur âge, du type de déni, de leur catégorie socio-professionnelle, de leur lieu de vie, du niveau d'études, du recruteur et du rang de cette grossesse dans la parité. Nous avons ainsi obtenu un échantillon diversifié

avec des profils extrêmes, ce qui nous a permis de répondre au mieux à notre problématique de recherche.

Il s'agissait donc d'un échantillonnage raisonné, d'après des critères retrouvés dans la littérature.

Afin de recruter ces participantes, nous avons utilisé la méthode "boule de neige", en contactant des professionnels de santé de la sphère mère-enfant dans les départements de la Haute-Garonne, Ariège et Aude: médecins généralistes et de PMI, internes de médecine, sages-femmes libérales et hospitalières, psychologues et psychiatres de maternité, gynéco-obstétriciens.

La technique "boule de neige" consiste à *“l'identification des sujets d'intérêt à partir de personnes qui connaissent d'autres personnes susceptibles d'être de bons participants à une enquête.”* (16)

Après leur avoir expliqué notre travail à l'aide de fiches d'information (**Annexe 1**), les professionnels ont pu proposer aux patientes concernées de participer à notre étude.

Une fiche destinée à ces femmes leur était fournie afin de délivrer une information homogène. (**Annexe 2**)

Lorsqu'une patiente acceptait d'entrer dans l'étude, ses coordonnées nous étaient remises par le praticien. Un premier contact téléphonique permettait de confirmer son accord et d'organiser la rencontre.

### **III. Éthique et confidentialité**

Notre projet de thèse, les versions successives du guide d'entretien ainsi que le formulaire de consentement des femmes (**Annexe 2**) ont été présentés à la Commission d'Éthique du département de médecine générale de Midi-Pyrénées qui a donné son accord en date du 23 septembre 2015. (**Annexe 3**)

Le jour de l'entretien, nous avons expliqué à chaque volontaire les modalités de l'étude, l'anonymisation de toutes les données et la possibilité de retirer son accord à tout moment. Après nous être assurées de la compréhension de l'information donnée, un formulaire de consentement était signé par la participante et par la chercheuse.

#### **IV. Recherche bibliographique**

Nous avons construit notre guide d'entretien après un travail de recherche bibliographique sur les thèmes de la grossesse, du déni de grossesse, des troubles de l'attachement, en utilisant les bases de données PubMed, EM Premium, CISMef et Banque Pascal.

Les équations de recherche suivantes ont été soumises, en français et anglais : déni AND grossesse AND physiopathologie, denial AND pregnancy, troubles AND attachement, attachment AND disorders, stress AND post-traumatique,

Au fur et à mesure des analyses et de l'émergence de nouvelles données, une nouvelle étape de recherche bibliographique a été effectuée.

Nous avons également effectué des recherches sur l'analyse qualitative.

#### **V. Élaboration du guide d'entretien**

**(Annexes 4 et 5)**

Notre guide débutait par des questions générales portant sur l'âge actuel et l'âge au moment du déni, la situation personnelle et socio-professionnelle, le lieu de vie, les antécédents médicaux, la gestité, la parité, les addictions potentielles et le mode de contraception au moment du déni.

Afin d'avoir des entretiens les plus représentatifs possibles, nous avons utilisé des questions ouvertes. Quand cela était nécessaire nous avons fait des reformulations et des relances. Nous avons également respecté les blancs afin de faciliter la libre expression.

Notre premier guide d'entretien a été validé le 28 août 2014 par notre directrice de thèse, le Docteur Christine Cerna.

Il comportait sept thématiques et suivait un ordre chronologique : découverte de la grossesse, suivi pré-natal, vécu de l'accouchement, suivi post-natal, attitude des professionnels de santé, attitude de l'entourage et propositions apportées.

Un premier entretien (Entretien A) a été réalisé afin de le tester. Au bout de cinq entretiens, nous avons réorganisé notre questionnaire afin de faire évoluer notre guide. Le ressenti

face à l'attitude de l'entourage et des professionnels a été abordé à chaque étape du suivi de la grossesse, dans le but d'éviter les redites.

En guise de synthèse, elles pouvaient adresser un message personnel aux futures femmes concernées. Ceci permettait de mettre en valeur ce qui leur paraissait primordial dans leur expérience personnelle du déni de grossesse.

## **VI. Réalisation des entretiens**

Les entretiens se sont déroulés dans un lieu choisi par les participantes. La majorité a été réalisée au domicile des femmes, un au domicile d'un chercheur et deux dans des bureaux de PMI. Seuls le chercheur et la femme volontaire étaient présents durant l'entretien. Les données ont été enregistrées grâce à un dictaphone.

Nous nous sommes présentées en tant qu'étudiantes en médecine, car les femmes ont exprimé le souci de connaître notre fonction et notre légitimité.

En complément de ce recueil par enregistrement sonore et pour rester fidèle au contexte d'énonciation, des notes d'observation ont été retranscrites immédiatement après les entretiens: observation du lieu de vie, du comportement, contexte de l'entretien, ressenti du chercheur. (**annexe 6**)

## **VII . Analyse des données**

Les entretiens ont été retranscrits en totalité par le chercheur ayant réalisé l'entretien. Le chercheur imprégné de l'ambiance et du lieu dans lequel vivait la femme interrogée (contexte d'énonciation), reprenait fidèlement le discours de la participante. Le travail de retranscription a été intégral, littéral, laissant apparaître les réactions affectives des femmes, leurs silences, leurs hésitations, leurs émotions. (**Annexe 7**)

Nous nous sommes attachées à ne pas interpréter leurs propos.

Ces données recueillies ont ensuite fait l'objet d'une analyse de type thématique en s'aidant du contexte d'énonciation. Cette analyse était d'abord réalisée séparément par chaque chercheur avant d'être mise en commun, avec double lecture systématique.

Elle débutait par la codification des données grâce à un découpage de l'entretien en unités de sens centrées sur la question de recherche. Ces codes obtenus ont ensuite été regroupés, dans un tableur Excel en catégories conceptuelles en fonction de l'idée qu'ils illustraient.

**(Annexe 8)** Cette étape n'a pu se faire qu'après analyse de plusieurs entretiens.

Nous avons utilisé un code couleur, les données de chaque entretien apparaissant sous une couleur différente.

La mise en relation de ces catégories a permis l'émergence de sous thèmes, secondairement regroupés en thèmes.

Tout au long de l'analyse a été réalisée une triangulation des données entre les deux chercheurs et le tableau, en s'appuyant sur la réécoute et la relecture des entretiens.

Lorsque les analyses différaient, un accord commun était établi en reprenant l'interprétation de l'interviewer, permettant une analyse finale commune. Cette double lecture et double analyse permettaient d'augmenter la validité interne de l'étude.

L'arrêt des entretiens a été possible une fois la saturation des données théorique atteinte, c'est-à-dire, lorsque les deux derniers entretiens n'apportent plus d'élément nouveau en rapport avec notre question de recherche.

Nous sommes arrivées à saturation des données au bout du dixième entretien. Deux examens supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer cet état.

## RESULTATS

### I. Caractéristiques de l'échantillonnage

Le talon sociologique résume l'intégralité des caractéristiques des femmes interrogées. (annexe 9)

Nous avons interrogé douze femmes ayant vécu un déni de grossesse et âgées de 19 à 33 ans au moment de l'étude.

Lors du diagnostic du déni, elles avaient entre 16 et 32 ans.

La majorité d'entre elles était en couple, sept avec le père de l'enfant, trois avec un autre homme. Deux femmes étaient célibataires.

Leurs situations socio-professionnelles étaient très variées, quatre femmes vivant en situation précaire, sept appartenant à la classe moyenne et une à la classe supérieure.

Elles pratiquaient des activités professionnelles diverses, étudiantes, mères au foyer, aides-soignantes ou encore Docteur en sociologie.

Quatre vivaient en milieu urbain, six en semi-urbain et deux en milieu rural.

Le déni survenait lors de la première grossesse chez dix des participantes, lors de la troisième grossesse chez une autre. Une des femmes interrogées avait fait une IVG et une fausse couche avant son déni.

Lors de l'entretien, deux femmes avaient eu d'autres enfants depuis le déni et une était enceinte.

Quatre femmes ont été recrutées par des sages-femmes libérales, deux par des sages-femmes de centre médico-social, une par une sage-femme hospitalière, une par un pédopsychiatre, une par un gynécologue obstétricien, une par une interne en médecine générale et deux par des médecins généralistes.

### II. Nombre d'entretiens réalisés et saturation des données

Nous avons réalisé douze entretiens semi-dirigés entre décembre 2014 et août 2015, dans les départements de l'Aude, de l'Ariège et de la Haute-Garonne.

La durée des entretiens variait de 30 minutes à 2 heures et 5 minutes.

La saturation théorique des données a été obtenue au bout du dixième entretien, confirmée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires.

### III. Annonce

#### 1. Contexte de survenue

Au vu de la diversité des profils de notre échantillon, le contexte lors de la découverte de la grossesse était très différent d'une femme à l'autre.

Les méthodes contraceptives variaient, entre une absence de contraception "En fait, si vous voulez, j'ai pas de règles donc j'ai pas de moyen de contraception." (EC.1), une utilisation de préservatifs, une prise de pilule régulière "Je l'avais tout le temps dans mon sac au cas où je rentrais pas à la maison. Donc pour moi je l'ai jamais oubliée" (E6.2) et une mauvaise observance "Sauf que moi, les contraceptions, je les oublie!" (E4.2).

Certaines femmes étaient asymptomatiques et n'ont rien ressenti tout au long de leur grossesse. Pour celles-ci, les signes sympathiques de grossesse étaient absents "Vraiment, je n'avais aucun symptôme, j'avais rien... rien ne pouvait me dire que j'étais enceinte en fait." (E7.1), aucun changement corporel n'était survenu "Parce que j'étais comme vous me voyez là... J'avais pas de ventre, j'avais pas grossi, rien" (E3.4), leurs règles étaient régulières "Oui j'avais mes règles tous les mois, toujours le même jour." (EE.1). En revanche, d'autres femmes ont ressenti des symptômes, sans pour autant les associer à une grossesse. Elles attribuaient l'aménorrhée à un retard de règles habituel "Et comme moi j'avais du retard déjà, je me suis dit, bon, tu l'auras le mois prochain, ou le mois d'après, et du coup, beh, je me suis pas rendu compte..." (E2.1), la prise de poids à une mauvaise alimentation "Mais tout avait une explication. Je prenais du poids, c'est parce qu'on mangeait que des pizzas toute la semaine." (EA.18), l'asthénie à un surmenage "Je veux dire j'étais fatiguée mais pour moi c'était heu...enfin ça coulait de source, c'était avec tout ce que je faisais, c'était comme ça." (EA.17).

Ces symptômes les ont amenées à consulter différents médecins au cours de leur grossesse, leur médecin généraliste, un gastro-entérologue "parce que j'avais vu un gastro-entérologue un mois et demi avant qui m'avait rien trouvé, enfin il m'avait dit la gastrite." (EA.1). En parallèle, elles ont réalisé des tests de grossesse urinaires ou sanguins qui se sont révélés négatifs "J'avais fait pas mal de tests de grossesse des fois, on s'était dit bon allez...*Pendant les 6 mois? Ouais. Qui étaient négatifs? Ouais.*" (EC.7).

La possibilité d'une grossesse avait été évoquée par l'entourage de quelques femmes mais cette hypothèse avait été vite rejetée par celles-ci, "Elle, elle les a détectés... Ca lui a rappelé ma mère en fait. Quand elle était enceinte, elle avait tendance à grignoter, grignoter." (E3.3).

## 2. Le choc

Devant le caractère inattendu du diagnostic, cette annonce a été vécue brutalement par toutes ces femmes.

Elles étaient dans un état de désolation, abasourdiées, bouleversées par cette découverte "J'étais... Je savais même plus ma tête elle était où, mon esprit il était où [...] J'étais complètement anéantie." (E3.3). Cet état de choc était associé à des peurs multiples, pour l'enfant "Est-ce qu'il va être en bonne santé, vu que j'avais consommé de l'alcool pendant ces mois où je ne savais pas que j'étais enceinte" (ED.2), pour l'organisation financière et matérielle "Rien n'était vraiment mis en place dans ma vie pour que je puisse avoir un enfant" (E4.2) et du fait de leur jeune âge "J'suis pas non plus hyper mature et hyper truc mais euh... Non j'me voyais pas être maman à 22 ans. Ça fait bizarre." (E2.6) Elles ressentaient également une grande angoisse vis à vis de l'annonce à leurs proches "C'était le plus dur, pour rentrer après et de dire et annoncer ça, c'était..." (EB.5), angoisse ayant parfois été responsable d'un repli sur soi "Je pensais tellement à rien, à part à souffrir en silence." (E3.12).

A la suite de cette annonce de nombreuses plaintes ont surgi. Les jeunes femmes décrivaient une grande solitude "Donc j'étais toute seule." (EB.5), la situation étant vécue comme dramatique "Et c'est vrai que là, c'était le monde qui s'ouvre sous nos pieds quoi, vraiment moi j'ai vécu ça" (EA.2), sans issue "Parce que j'étais vraiment mal, j'avais l'impression que ma vie était finie... Que même de toute façon on pouvait aller m'enterrer, je voulais penser à rien d'autre" (E3.20), responsable d'un immense gâchis "J'ai dit, je préfère foutre la mienne en l'air" (EA.3), tout ceci ayant pour conséquence une grande culpabilité "En fait, à partir de ce moment là, j'ai eu une grosse culpabilité de pas m'être aperçue d'avoir été enceinte et d'avoir oublié mon enfant, du coup." (E7.2).

Certaines ont réagi avec colère “Pour vous dire que, tellement y avait de la pression et de la colère.” (E3.5). A l’inverse, d’autres ont tenté de positiver cette annonce en mettant en avant la joie d’avoir un enfant “Et puis j’étais contente et choquée [...] Moi j’étais heureuse.” (EC.2). L’une s’est réjouie d’avoir été épargnée par les petits maux de la grossesse “Donc du coup, on s’est dit, ouais la grossesse... C’est bon ça passe à côté, ça ira plus vite!” (EE.2) et a relativisé sa situation par rapport à celle d’autres femmes “Donc je pense que y’en a quand ils le veulent pas ça doit, ça doit pas être pareil? Bon, nous on en voulait un.” (EE.2).

Elles ont manifesté un besoin d’explications “J’étais encore à me poser des questions: Mais pourquoi ça m’est arrivé? Pourquoi moi? Qu’est-ce que j’ai fait au Bon Dieu pour que cet enfant arrive là comme ça, sans que je puisse rien savoir? Comment il est arrivé là?” (E3.5), de discussion “Alors du coup, je suis rentrée à la maison. J’ai discuté, bon avec le papa.” (EB.1), la nécessité d’avoir un temps de réflexion “Je savais pas quoi faire sur le moment, le jour même, après le lendemain ça allait mieux” (EB.5) pour accepter cette situation “Pendant un mois, ouais, un mois et demi ça a été dur et voilà. L’adaptation, le fait ouais... Le fait de l’accepter.” (ED.1).

### 3. Dénier partiel, déni total: deux histoires différentes

L’avancement de la grossesse au moment de l’annonce a nuancé les réactions des femmes, leurs réflexions et leurs décisions “J’aurais fait un déni mais pas complet, ... Euh... Je pense que j’aurais eu le temps de me faire à l’idée que... la vie allait changer.” (EA.16).

Les femmes ayant fait un déni partiel ont eu de quelques semaines à quelques mois pour préparer l’arrivée de l’enfant. Certaines ont manifesté l’envie de réaliser une interruption volontaire de grossesse “Si je l’avais découvert bien, bien avant, et que j’aurais eu le choix, euh... Ouais, mon fils serait certainement pas là” (E6.9) et ont même pris contact avec des centres pour avortement tardif à l’étranger “Ben à Barcelone, j’avais pris un rendez-vous... Normalement, j’aurais dû le faire.” (E5.3).

A l’inverse, dans les cas de dénis complets, elles ont eu très peu de temps pour réagir, du fait du caractère extrêmement brutal de la situation. Elles n’ont pas réalisé qu’elles étaient en train d’accoucher “Ce matin quand je me suis réveillée, je m’imaginai pas que là ce

soir, je serais ici avec vous dans cette pièce quoi...” (EA.8) et n’ont pas su identifier le début du travail “En fait j'avais perdu les eaux. Je l'ai su que le lendemain.” (E4.1). Lorsqu’elles ne pouvaient pas assumer l’enfant, elles ont pu recourir à l’accouchement sous X “Elle est pas destinée à être la tienne en fait.” (EA.10).

#### **IV. Réactions de l’entourage**

Quand les proches ont découvert cette grossesse, leurs réactions à l’égard de la jeune femme ont été extrêmement variées, influencées par de multiples facteurs.

##### 1. Le père

###### a. Une mauvaise nouvelle

Nombre de pères ont eu une réaction initiale très négative, marquée par la colère “Moi quand je l'ai annoncé à son père, il m'a répondu clairement: Tu m'as niqué ma vie.” (E1.5). Certains ont tout de suite rejeté la grossesse et la mère “De toute manière, il a jamais demandé d'enfant donc OK c'est vrai que c'est son enfant, mais il l'a pas demandé, il l'a pas voulu, je l'assume seule.” (E3.8).

Dans quelques cas, le père a coupé tout contact avec la mère et l’enfant à naître, ne se sentant pas prêt à assumer sa paternité “Il m'a plus jamais rappelée... J'ai essayé de l'appeler, de lui envoyer des messages, tout ça. Et il répond pas.” (E2.4).

D’autres ont été très suspicieux vis à vis de leur compagne. “Ben sa première réaction, ça a été que je l'avais piégé en fait... Et que je l'avais fait exprès.” (E7.2).

La découverte si tardive de la grossesse était difficilement envisageable par ces hommes, “Il a pas accepté en fait que... Je l'ai su si tard” (E1.5) d’autant plus que dans certains cas, le conjoint actuel n’était pas le père de l’enfant “Pour lui c’était dur d'accepter, [...] le fils de quelqu'un d'autre.” (ED.1).

Cette annonce tardive a généré de grandes inquiétudes chez ces pères, pour la santé de la mère et de l’enfant “Il s’inquiétait beaucoup pour moi.” (ED.2) ou pour les préparatifs de

la naissance “Il a dit, il va falloir tout préparer et tout... Il était un peu paniqué par l’arrivée plus vite que prévu.” (ED.2).

#### b. Une bonne nouvelle

D’autres femmes ont tout de suite bénéficié du soutien du père de l’enfant “Mon mari était heureux.” (EC.2). Dans la majorité des cas, ils ont pris leurs responsabilités “Quand je lui ai annoncé, il m'a dit "Oui" de suite. Il m'a dit: J'assume” (E6.2), qu’ils soient ou non en couple avec la mère.

Ces hommes se sont immédiatement investis dans la grossesse “Il a toujours été là, il est venu aux rendez-vous.” (E7.3) ou dans les préparatifs “J’ai eu un mari génial qui a assuré (grand sourire) comme un chef, donc c’était bien. On a pas paniqué. C’était bien.” (EC.3).

Dans certains cas, c’est le nouveau conjoint de la jeune femme qui a pris le relais en s’occupant de la mère et de l’enfant “Ah ben, comme si c’était son fils quoi vraiment. Il s’en occupe.” (ED.12).

## 2. Les proches

#### a. Réaction initiale négative

Les proches ont été aussi choqués que la femme lors de la découverte du DDG “Là ils m'ont dit "Non, c'est pas possible..." Donc un choc... Mais énorme quoi!!!” (E6.4). En effet, rares étaient ceux qui avaient remarqué des changements corporels ou comportementaux chez la jeune femme “Un de ses meilleurs amis, c’était notre colocataire, donc il a suivi ma grossesse de A à Z quoi (sourire) et il a pas vu une seule différence quoi.” (EA.14).

L’annonce du DDG a pu être mal accueillie par les familles “Parc'que il a pas accepté de suite, il m'a envoyée bouler, euh... On s'est pas parlés pendant un mois. Euh, on se voyait plus, rien.” (E2.3). Certaines ont subi des réactions très violentes “Parce qu'elle m'a dit des mots blessants [...] elle m'a dit des choses que jamais j'aurais pensé que ma propre mère, elle me dirait des choses aussi horribles.” (E3.12). Des femmes ont été accusées de

mensonge “Vous savez les parents, les dénis de grossesse... Pour mes parents, ça n'existe pas... déjà.” (E3.6), de dissimulation “Comment est-ce possible de tomber enceinte et de pas savoir? Pour eux j'avais tout planifié, j'avais tout calculé” (E3.7) ou de trahison “En fait ils l'ont pris plus comme une trahison qu'autre chose.” (E3.6).

Cette grossesse était considérée par les proches comme un déshonneur “Parce que pour mes parents, je me suis pas respectée, je me suis donnée à un con qui au final aujourd'hui, veut pas assumer son gosse.” (E3.9) ou comme une attitude irresponsable “T'es inconsciente! Comment vous allez faire...?” (E1.6) qui allait gâcher leur vie “A la base, même lui espérait que je puisse trouver du travail, que je puisse faire ma vie, et en fait, euh... J'reviens, j'ai rien et j'suis enceinte.” (E2.5).

Certaines femmes ont même été bannies par leur famille “Quand mon père l'a su, il m'a pas parlé, il m'a pas donné d'explication, rien [...] donc j'avais pas d'hébergement ici.” (E2.6).

#### b. Réaction initiale positive

Pour d'autres familles, l'annonce de cette grossesse, même tardive a été très bien accueillie “Et elle saute au plafond, elle dit: Oh tu es enceinte, c'est super! Je fais: Mais Maman, en septembre... Oh... Mais tu es enceinte de 6 mois!! Voilà, c'est tout.” (E7.3). Ils ont tout de suite relativisé le caractère imprévu de cette grossesse “Ben tu nous annonces pas que tu as un cancer non plus! Donc oui, c'est beau un bébé!” (ED.3).

Une famille a respecté le choix de la femme d'accoucher sous X “Elle a dit: Bon écoutez, de toute façon quel que soit votre choix, on le respectera.” (EA.6).

Les proches se sont immédiatement investis dans la grossesse, afin de soutenir la jeune femme “On est super contents, on espère que ça va aller et si ça va pas ben, n'hésite pas on est là, appelle et voilà c'est tout. Donc du coup, tous derrière moi!” (ED.4) et de la rassurer “Certes c'est pas dans les conditions normales on va dire, mais ça va être un bébé magnifique. Tu vas l'aimer, t'inquiète pas, tu vas y arriver.” (E6.2).

Ils ont eu une attitude bienveillante “Personne ne m'a fait de leçon de morale.” (ED.4) et sympathique “Ma mère, elle était plus axée sur le chagrin que j'avais moi et sur ce que j'avais enduré.” (EA.13).

### c. Attitude à distance

Il a fallu du temps aux proches pour accepter l'état de la femme et l'accompagner dans sa grossesse et sa future maternité.

Certains ont eu besoin de voir l'enfant "Il fallait que je retourne à P. avec le petit pour leur montrer la preuve que c'était bien réel ce que j'ai vécu. C'est fou quand même..." (E3.6), d'aides extérieures ou d'émissions télévisées pour y croire enfin "Je l'ai regardée avec ma mère, ça l'a fait prendre conscience qu'elle allait être mamie, encore une fois [...] elle m'a dit, "ah oui en fait ça arrive vraiment quoi!" (E1.6).

Une fois le choc initial passé, les proches ont pu s'investir auprès de la jeune femme et la soutenir "Elle a dû assimiler... Puis après, elle est venue." (E4.3).

Une des femmes que nous avons rencontrée a été rejetée de manière définitive par sa famille, car sa grossesse allait à l'encontre de leurs traditions. Le fait d'être mère célibataire leur était intolérable "Pour que tes parents puissent faire la paix avec toi. Parce que je pense que s'il (le père) avait assumé ton fils (silence), tes parents n'en auraient pas fait toute une histoire." (E3.9).

D'autres n'ont subi le rejet que de certains membres de la famille "Parce qu'en fait c'est mon oncle... Comment dire... Mon oncle il était pas du tout d'accord de cette grossesse." (EB.1).

## **V. Attitude des professionnels de santé**

L'attitude des professionnels de santé en charge de ces patientes a été très variable d'un établissement à l'autre, au sein d'un même service, selon leur profession ou leur pratique "Il y avait du bon comme du mauvais." (EA.18).

## 1. Réactions lors de la découverte de la grossesse

### a. Satisfaisantes

Malgré la surprise ressentie "Mais vous êtes enceinte!" (E1.1), ils ont eu des réactions qui semblaient appropriées aux yeux des femmes.

Elles se sont senties soutenues grâce à un dialogue "Et j'ai passé une heure à discuter avec elle" (EA.8), au cours duquel des explications étaient données sur le déni et sur les alternatives possibles "On m'avait proposé plusieurs solutions: soit d'aller avorter à Barcelone... Soit d'accoucher sous X." (EB.1). Elles étaient préparées aux éventuelles complications "Il va peut-être être handicapé. Peut-être qu'il ne va pas être viable. Enfin, elle me dit, il faut se préparer à tout." (EA.3). Cette empathie s'est manifestée au travers d'un temps de réassurance et d'un temps d'adaptation qui leur était accordé, "Prenez votre temps, prenez un autre rendez-vous, je pense que c'est pas le bon moment pour vous, déjà, digérez la nouvelle." (ED.2).

Au moment de l'annonce, elles ont été orientées vers des professionnels compétents pour les aider à traverser cette épreuve, comme des psychiatres "Elle m'a dit: Je vais vous envoyer le psychiatre, il faut que vous en discutiez avec quelqu'un." (EA.2) ou des assistantes sociales.

### b. Non satisfaisantes

Cependant, de nombreuses femmes ont fait part de leur mécontentement vis à vis de réactions tout à fait inappropriées.

Elles se sont senties négligées devant un manque de considération au cours de l'annonce "Ils sont allés voir mon oncle dans la salle d'attente, ils lui ont expliqué d'abord à lui." (EB.1). La grossesse a été annoncée succinctement "Je sais pas comment vous l'expliquer. Non, elle m'a... elle m'a juste dit: Vous êtes enceinte de 5 mois" (E5.2) et le déni banalisé "Il rigolait donc heu... Bon, il savait que c'était voulu, donc heu... Il l'a pris vraiment..." (EE.2), sans qu'il y ait d'accompagnement particulier "Après il m'a laissée me rhabiller et il m'a laissée partir voilà. J'ai attendu mes clichés... Et voilà" (E1.1) ou d'explication fournie "Surtout qu'on me l'a pas expliqué voilà. Le déroulement de la suite..." (E1.1).

Certaines réactions ont été vécues comme véritablement malveillantes. En effet, elles ont été sensibles à la froideur de l'annonceur "Oui oui, vous avez 2 mois pour vous préparer" (E1.1), au mépris manifesté devant l'incompréhension de la femme "Ben vous ne savez pas ce que vous avez, qu'est ce que vous faites là?" (EA.1) ou devant sa prise de décision "Qui a eu beaucoup de mal à accepter le fait que je veuille accoucher sous X, qui respectait pas trop ça et qui me faisait bien sentir qu'elle ne respectait pas." (EA.8). La brutalité de l'annonce les a agressées "Et du coup on m'a dit: mais Madame ou vous faites une fausse couche ou vous êtes en train d'accoucher... Ouais à l'accueil en fait." (EA.1) de même que l'attitude désagréable des équipes soignantes "L'équipe de nuit est arrivée... Et là ça a été mais... L'enfer quoi... Une sage-femme vraiment pas sympa, pas du tout compréhensive, hyper agressive... Limite insultante." (EA.8).

## 2. Prise en charge globale

### a. Suivi adapté

Tout au long de la grossesse, certaines ont eu la satisfaction d'être bien accompagnées "On a été bien entourés, bien suivis, pour mon cas à moi, on a été bien pris en charge." (EC.6).

Elles se sont senties soutenues grâce à la disponibilité de leur médecin traitant, de leur sage-femme ou de leur gynécologue "Elle était souvent là. Et...elle m'a beaucoup expliqué de choses." (EB.7). Elles ont été rassurées "Elle m'a dit: Ecoute, ça va aller. Elle a essayé de me rassurer." (EA.8) et sensibles à l'empathie du personnel "Après les sages-femmes là-bas, elles sont géniales aussi." (EC.6). Une prise en charge psychologique leur a été bénéfique "Me rendre compte que j'étais pas une mauvaise maman, parce que c'est ça qui ressortait." (E7.9).

Une écoute de bonne qualité "D'autres fois, elles m'ont permis aussi d'en parler, savoir si ça allait, si je le vivais bien." (E7.7), l'absence de jugement "Comme toutes les sages-femmes avec toutes les mamans." (EC.7), la prise au sérieux, "Ils étaient toujours présents, ça a vraiment été suivi chaque rendez-vous, ça a été pris au sérieux." (E3.16) et une confiance réciproque avec leur médecin traitant "Je l'ai appelé pour lui dire qu'en fin de compte, il avait pas tort." (E7.7) ont concouru à un sentiment de valorisation.

Grâce à une bonne coordination de soins, les patientes ont pu être dirigées vers les professionnels appropriés. Elles ont bénéficié d'un accompagnement efficace "J'étais aux

séances de préparation à l'accouchement. Donc si, c'est vrai que ça m'a bien aidée." (ED.5) et d'un suivi médical rapproché "J'y allais souvent, (sourires) ça devait être... deux-trois fois par mois... Oui, j'avais besoin de la voir." (EB.7). Le versant des démarches administratives n'a pas été négligé "L'hôpital m'a pas mal aidée, ils m'ont expliqué ce que je devais faire." (E3.16).

#### b. Suivi inadapté

Des reproches multiples ont été émis concernant leur prise en charge.

Les femmes ont dénoncé un manque de soutien "Bon après, je sais que c'est peut-être pas leur rôle mais... Au moins avoir quelqu'un qui nous rassure." (E6.10), de soins "Après elles sont pas revenues forcément. Il faut les rappeler ou elles viennent pas vérifier si tout se passe bien." (ED.9) et de prise en charge psychologique "J'aurais pensé qu'il y aurait eu, pas un suivi mais ouais, en quelque sorte un suivi, mais non." (E6.3).

Elles ont éprouvé un sentiment de solitude et de délaissement face au manque de disponibilité des équipes soignantes "Elle venait, elle m'auscultait, elle repartait. Mais sans jamais demander si... Si ça allait". (E7.7). Certaines femmes ont reproché à leurs soignants des prises de risques inutiles "Je me dis, avec les risques, que j'ai pris avec heu... La fibro, avec le traitement qui a suivi derrière [...] beaucoup de colère en fait!" (EA.13) voire un manque de professionnalisme "Mais c'est vrai que les attitudes qui étaient pas forcément professionnelles, moi ça m'a gênée, quoi." (EA.18)

Le manque de confiance envers les soignants a pu être aggravé par un sentiment d'humiliation. En effet, elles ont subi des réflexions désobligeantes, dévalorisantes "On me faisait comprendre que j'étais quelqu'un de « normal » et on comprenait pas comment ça pouvait arriver à quelqu'un de « normal »... En gros, on m'a même dit: Mais vous êtes quand même intelligente, vous faites des études, en plus vous voulez être infirmière." (EA.18), culpabilisantes "Et là, elle me dit: Bon... il va falloir s'appliquer parce que déjà que cet enfant il va pas avoir la vie facile... il faudrait faciliter les choses maintenant..." (EA.8) voire méprisantes "Même les sages-femmes, ça a été... parfois ça a été violent les réactions. Pour moi les réactions violentes, ça a été le mutisme, les haussements de sourcils..." (E7.7).

### c. Accompagnement insuffisant

Elles ont reproché une prise en charge interrompue précocement. Effectivement, dans la grande majorité des cas, leur suivi s'est arrêté après l'hospitalisation en maternité, trop courte à leurs yeux pour pouvoir déceler des difficultés chez la mère "J' pense qu'on peut pas détecter une détresse en 3 jours... En 3 jours non" (E6.11). Elles regrettaient que l'attention fut exclusivement centrée sur l'enfant "Parce que le bébé va bien, la maman va bien forcément? Non. Non...Tout est pour le bébé après." (E6.10).

En post-partum, elles ont déploré une absence de suivi à domicile "Mais quand on sait que c'est des dénis de grossesse, j'aurais pensé qu'il y aurait une personne qui serait venue." (E6.3) car elles se sont senties abandonnées "Bon, ben maintenant t'es livrée à toi-même et il te faut assumer. Ça c'est quand même dur. Ouais." (E6.8).

Les jeunes mères auraient souhaité une prise en charge psychologique ciblée et prolongée, alors qu'aucun soutien n'a été proposé "Aucun des professionnels ...ne s'est dit: Bon maintenant on va s'asseoir on va parler, parce que c'est quand même pas rien" (E7.11) ou lorsqu'il a eu lieu, n'a pas été poursuivi.

## **VI. Retentissements du déni de grossesse**

### 1. Émotionnels

#### a. Peur, appréhension

La découverte de cette grossesse a engendré une forte appréhension chez ces femmes. Elle a suscité de multiples peurs, comme la peur de l'inconnu "Qu'est-ce qui va se passer dans les mois qui suivent... Comment je vais réagir?" (E2.8), la peur de l'avenir "Mais comment je fais pour m'en sortir avec cet enfant?" (E3.5) "Vous avez 21 ans, que vous avez pas de boulot, que vous êtes toujours chez papa et maman, que y a pas de papa, 'fin." (E6.2),

la peur de déranger “Et je me dis: Tu vas pas en plus venir l'embêter [...], et préserver tout le monde que déglinguer la vie de tout mon entourage.” (EA.3) ou la peur des réactions de l'entourage “Parce qu'au début on n'osait pas le dire, on attendait [...]. C'était le plus dur, pour rentrer après et de dire et annoncer ça.” (EB.5).

Certaines femmes étaient effrayées en raison de leur âge, se considérant trop jeunes pour être mères “C'est surtout, ouais mentalement c'était... 16 ans, être maman à 16 ans...” (E5.7).

Le déroulement de la grossesse était très anxiogène chez les jeunes femmes, ne sachant pas ce qui les attendait “Ça fait extrêmement peur quand même, de savoir du jour au lendemain qu'un mois après vous allez accoucher” (E6.2), ni comment faire pour subvenir aux besoins de leur enfant “Pas d'argent pour un lit, une poussette. On regardait les prix, on s'arrachait les cheveux quoi, on était là: Mais c'est pas possible! Comment on va faire ?!” (EA.14).

Beaucoup craignaient l'accouchement “Là, l'accouchement c'est dans 1mois ½, j'ai le trouillomètre à zéro” (E2.7), la césarienne “Je craignais beaucoup que ça finisse en césarienne, voilà, j'avais très peur de ça” (E7.6) et les complications pouvant entraîner le décès de l'enfant “J'ai eu vraiment peur. Je me suis dit: Non, t'as passé 8 mois caché, tu peux pas... Tu peux pas partir, c'est pas possible!” (E6.6) “J'ai dit ils vont le tuer. Enfin, ils vont le tuer le bébé.” (EA.9).

Elles étaient également très inquiètes de la santé de l'enfant “J'avais peur parce que même si j'en voulais pas de ce bébé, j'espérais qu'une chose c'est qu'il soit en bonne santé.” (EA.2), en raison des prises de risque pendant la grossesse “Quand on a appris au dernier moment, enfin on s'est dit peut-être ça se trouve qu'elle est trisomique, ça se trouve qu'elle a une maladie, ça se trouve qu'elle va être malformée, ben...il y a peut-être un organe qui est... Voilà.” (EC.8).

## b. Culpabilité

Les femmes ont fait part de leur sentiment de culpabilité, apparu dès l'annonce de leur grossesse.

Elles s'en voulaient de ne pas avoir pris conscience de leur grossesse "Le plus dur à accepter, en fait euh, c'est de savoir qu'on est enceinte et qu'on a pas... Euh, qu'on a pas su qu'on avait l'enfant dans le ventre..." (E1.4), **de ne pas avoir senti l'enfant bouger** "Et après, j'étais toujours dans cette culpabilité de pas l'avoir senti avant. En fait, ce qui ressort vraiment, c'est cette culpabilité de pas avoir été à l'écoute de mon enfant en fait." (E7.5), **de ne pas avoir créé de relation avec l'enfant à naître** "J'avais entendu dire que c'était super important de parler au bébé quand il était dans le ventre [...] je me suis dit: T'as pas créé ce lien là, et à un moment ou un autre ce manquement il va faire surface." (EA10).

Certaines femmes se sont senties coupables d'avoir impliqué leurs proches "Je m'en voulais suffisamment de lui faire vivre ça à elle. J'en suis même venue à un moment donné à me dire: Ben t'aurais mieux fait d'appeler personne quoi... Et te débrouiller toute seule." (EA.3), **de ne pas avoir assez pris de précautions** "T'aurais dû faire attention!! Ben voilà, On se culpabilise totalement" (ED.1), **ou encore d'avoir pris des risques pendant la grossesse** "Enfin je bougeais beaucoup, je faisais des heures au taquet. Je me suis dit: J'ai mis ma fille en danger sans le vouloir." (EC.8).

### c. Souffrances physiques

Après la prise de conscience de leur grossesse, ces jeunes femmes parlaient des douleurs qu'elles ont pu ressentir.

Lors du diagnostic, les femmes décrivaient la brutalité de l'apparition des douleurs physiques. Pendant la fin de la grossesse, elles ont ressenti des douleurs abdominales, "Euh j'ai eu, euh, tout qui s'est mis en place, donc j'ai eu euh, les ligaments qui ont tiré..." (E1.2), **des douleurs lombaires** "Tout s'étire là dedans à l'intérieur et c'est vrai que c'est lourd [...] c'est vrai qu'à la fin de la journée ça tire dans le dos et que ça fait vraiment mal." (ED.3), **renforcées par un sentiment d'appréhension** "Là encore ça va, les coups c'est de temps en temps, mais euh j'ai peur qu'au 9ème mois ce soit des coups vraiment secs et que là je le sente vraiment bien et qu'elle me fasse vraiment mal." (E2.11).

Lors de l'accouchement, elles ont souffert des nausées et vomissements, "Je recommençais encore à vomir, et puis la péridurale ne faisait plus effet." (ED.8), **des contractions** "J'avais TELLEMENT mal [...] du coup je me pliais en deux, j'arrivais ni à m'allonger, ni à

m'asseoir..." (E3.13), des douleurs liées à la progression de l'enfant dans la filière pelvico-génitale "Je sentais qu'il était en train de me faire super mal [...] il était en train de tout, de tout m'arracher quoi." (EA.9) ou d'épuisement "Mais j'avais plus de force. J'étais fatiguée." (E6.6).

En post-partum les douleurs consécutives à l'épisiotomie "J'avais du mal à m'asseoir parce que j'avais eu l'épisi donc j'avais une douleur!!" (EA.5) ou à la césarienne étaient très envahissantes.

#### d. Souffrances psychologiques

La souffrance psychologique les a poursuivies tout au long de la grossesse, engendrée par les changements corporels "En plus, c'est impressionnant parce que du coup le ventre il est sorti d'un coup." (EC.2), la perturbation de l'image de soi "Déjà moi, pour moi c'est dur, de me voir comme ça." (E2.3) et un mal-être important "Ça a été vraiment un mois, mais... De cauchemar... Parce que j'étais tellement mal dans ma peau." (E3.4).

L'accouchement a été considéré comme une catastrophe "Ça a été un CAUCHEMAR, un cau-che-mar" (E3.14), associée à un sentiment de solitude, "On se sent un peu seule quand même. On regarde partout un regard pour nous rassurer et c'est vrai qu'on en trouve pas beaucoup." (ED.8), d'appréhension et de peur "Et à 2h du matin, j'ai fait venir ma mère dormir avec moi, parce que j'avais un peu peur." (E6.6).

Les suites de couches se sont parfois compliquées par un baby blues "Je passais mon temps à pleurer, à rester dans le noir. Je voulais parler à personne." (EA.5), voire une dépression du post partum "Je mangeais plus [...] Je dormais très mal, j'étais très à fleur de peau, très déprimée" (EA.6) avec un isolement affectif "Pendant 4 jours, on voit tout le monde, et après le reste du temps, on voit plus personne!" (E6.7).

Les souffrances étaient telles que certaines femmes se sont senties sans vie "Je suis sortie de la clinique, j'étais complètement... Morte." (EA.4), ou ont pensé mettre fin à leurs jours "Je crois que quand je sors de la clinique, je me fous en l'air." (EA.10).

## 2. Sur la relation mère-enfant

### a. Rejet de l'enfant à naître

Si certaines de nos participantes ont vu cette grossesse comme un miracle “On s’était tellement mis dans la tête qu’on pourrait pas en avoir que au final ben...Pour nous c’était le petit bébé miracle, notre petit miracle à nous...” (EC.4), d’autres ont considéré le DDG comme un cauchemar “C'est vrai, ça a été vraiment un cauchemar, ça a été dur.” (E3.8).

En effet, la grossesse n’était pas désirée, pour de multiples raisons comme une situation professionnelle précaire “En tant que jeune étudiante, tu cherches à t'en sortir dans ta vie, et tu découvres du jour au lendemain que t'as un enfant...” (E3.5), une vie de couple instable “Parce que pour moi, dans l'idéal, c'est avoir un appartement à soi-même, un papa [...] Une famille quoi. Et là je fonde ma famille, mais mon fils et moi.” (E6.9) ou un jeune âge “Honnêtement, 16 ans, je me voyais pas maman encore [...] j'étais pas du tout prête.” (E5.1).

Nombre de femmes ont eu une réaction de rejet lorsqu'on leur a annoncé l'arrivée imminente d'un enfant. Si les délais légaux n'avaient pas été dépassés, elles auraient eu recours à une IVG “Si on l'avait su dans les temps, je n'aurais pas eu d'enfant. Je me serais faite avorter [...] la question ne se serait pas posée.” (E7.5). L'une d'elles est même allée jusqu'à tenter cette prise en charge à l'étranger “On est allées, ma mère m'a emmenée... à Barcelone.” (E5.1).

Certaines ont envisagé la possibilité d'accoucher sous X “Je me suis dit: Je peux pas, je le fais adopter.” (E6.2). L'une de nos participantes, ayant découvert sa grossesse au moment de l'accouchement, y a eu recours “Je me suis dit: Toi tu vas mourir de chagrin mais elle, au moins elle sera bien.” (EA.5).

Pour d'autres femmes, rejeter l'enfant à naître a été le seul moyen de faire face à la situation “J'l'e voulais pas, c'était pas mon bébé, j'l'appelais "ça", "cette chose"...” (E6.1).

Secondairement, ce rejet a laissé place à l'acceptation de la grossesse. Il leur a fallu du temps pour se faire à l'idée qu'elles allaient être mères “Au final, voilà quand je l'ai vu, j'ai su que je pouvais pas le laisser, l'abandonner.” (ED.1). Cette jeune femme qui a accouché

sous X a finalement reconnu sa fille quelques semaines plus tard “Quand on a décidé de la récupérer, ça s’est passé super vite.” (EA.6).

## b. Difficultés relationnelles

Au fil de nos entretiens, nous avons noté que la relation mère-enfant avait été souvent difficile à instaurer, les femmes se sentant peu préparées à la maternité.

Certaines n’ont pas créé de lien pendant la grossesse “Les six premiers mois... Quand ma fille était dans mon ventre en fait, ben je l’ai pas vécu.” (EC.8).

Pour d’autres, la rencontre avec l’enfant lors de l’accouchement a été délicate “Juste, je me demandais ce qu’il faisait là, quoi. Mais c’est quoi ça? Qu’est ce que ça fait là?” (E3.15). Les mères ne ressentaient pas d’instinct maternel “Je savais que c’était ma fille, je pense qu’elle savait très bien que j’étais sa mère, mais j’arrivais pas à m’identifier en tant que maman.” (EA.7), ni d’émotions “On voyait cette joie d’accueillir cet enfant, alors que moi j’étais là comme une statue...” (E3.15).

Ces jeunes femmes éprouvaient un grand désarroi en découvrant leur enfant “Et au final, j’ai pas pu lui dire que je l’aimais parce que je savais pas si je l’aimais ou pas en fait... Parce que moi, j’avais appris son existence que quelques heures avant. Tu peux pas vivre 9 mois de grossesse en quelques heures, c’est pas possible. T’as pas pu créer assez de lien.” (EA.9).

En post-partum, elles se sont senties isolées “Et beh j’suis là, j’assume toute seule. J’ai aucun soutien.” (E3.11), sans émotion “Eh beh l’arrivée du mien, cette joie avait disparu. Elle n’y était plus.” (E3.18), et sans relation privilégiée avec leur enfant “J’arrivais pas, j’arrivais pas à m’attacher à elle... On me l’avait posée là...” (EA.7) “Je posais un colis à la nounou puis je la récupérais le soir et puis voilà.” (EC.4)

Cela a pris beaucoup de temps pour créer le lien mère-enfant “J’ai dû mettre, depuis mon accouchement, 6 mois, [...] à comprendre que j’étais vraiment enceinte, et qu’il était vraiment là, et que c’était vraiment réellement mon fils [...] C’est comme ça que j’ai appris à... A connaître, à aimer mon fils.” (E3.15), ce qui a parfois abouti à une relation trop fusionnelle “C’était mon bébé, personne le touchait, c’était moi la maman...” (E6.4),

laissant peu de place au père “C'est compliqué pour lui parce qu'il y a une bulle entre elle et moi qui fait que...” (E7.10).

Plusieurs femmes nous ont raconté avoir vécu leur grossesse “a posteriori” “Pour dire que les 6 mois où il venait d'arriver au monde, c'est les 6 mois où j'ai pu apprendre et me rendre compte que j'étais vraiment enceinte de cet enfant.” (E3.5).

### c. Attachement de qualité

Chez certaines femmes interrogées, il existait un réel désir d'enfant, donc ce DDG a été vécu comme un miracle, une heureuse surprise “Et puis, on s'était tellement mis dans la tête qu'on pourrait pas en avoir que au final ben...pour nous c'était le petit bébé miracle.” (EC.7).

Dans ces couples, il n'y a pas eu de trouble de l'attachement.

Pour de nombreuses participantes, il a fallu attendre l'accouchement pour observer un “décliv” “Dès le moment où j'ai vu mon fils, j'ai pleuré.” (E1.3). C'était un événement riche en émotions “Ça a été magique [...] et elle a ouvert les yeux, elle a accroché mon regard... Je lui parlais... Ça a été, bon je pense comme pour toutes les mamans, le plus beau moment...” (E7.8). Elles décrivaient s'être senties mères dès l'instant où elles ont rencontré leur enfant “Dès qu'elles me l'ont mis dans les bras à l'accouchement, j'ai... j'étais maman et il pouvait pas en être autrement quoi.” (E6.9).

Suite à cela, une relation mère-enfant de qualité s'est mise en place “Mais aujourd'hui, mon fils il fait mon bonheur.” (E3.6).

Les femmes se sont investies dans l'éducation de leur enfant, elles avaient à cœur de subvenir à ses besoins “Je me sens apte de l'assumer au quotidien, seule, sans avoir besoin de l'aide de personne.” (E3.16).

Elles se sont surpassées afin de lui donner le meilleur exemple “J'ai envie de réussir pour lui, lui donner une bonne vie plus tard.” (E3.8). Vivre un DDG leur a permis de gagner en maturité “J'étais jeune, insouciant. Je le suis toujours hein! Mais moins...” (E6.2).

Elles ont décrit leur enfant comme une source de joie, de bonheur, qui leur a redonné l'envie d'avancer et de se battre "Il m'a motivée, il m'a redonné goût à la vie." (E3.6) "Ma plus belle victoire c'est ma fille." (E7.12).

Dans nos entretiens, nous avons pu rencontrer des cas où l'enfant était l'élément central dans la vie de ces femmes, faisant passer leurs envies et besoins au second plan "Mon fils, c'est ma vie, le reste ça compte pas." (E1.8).

### 3. Sur la vie quotidienne

#### a. Le couple

Suite à l'annonce de cette grossesse, les relations entre les parents de l'enfant ont été très disparates.

Certains couples ont mis fin à leur relation "Je me suis séparée parce que euh, il avait pas annoncé à sa... euh à ses proches que... j'allais être maman quoi, qu'il allait être papa..." (E1.5). Dans d'autres cas, la séparation était antérieure à la découverte de la grossesse "Mais malheureusement, apparemment, ben j'lai quitté avec un enfant, sans savoir qu'il était là." (E3.7).

Plusieurs pères ont choisi de rompre tout contact avec la mère et l'enfant "Là ça va faire 3 ans que j'ai plus... Enfin 2 ans et demi que j'ai plus de nouvelles." (E5.6), ou ont pris leurs distances de façon temporaire, avant de s'investir secondairement dans la vie du bébé "Et lui il arrive comme une fleur un an après... Donc ça, ouais, je l'ai super mal vécu." (E1.5). Nombre de couples ont surmonté cette épreuve, ont poursuivi leur relation, et ont fait des projets d'avenir "On essaye d'en faire un deuxième depuis trois ans." (EC.1).

Pour les couples séparés, les relations semblaient conflictuelles. Les mères manquaient de confiance envers le père, mais tentaient d'instaurer un climat cordial "J'y envoie des photos tous les jours pour qu'il voit un peu l'évolution. Des vidéos, tout ça" (E6.9), pour le bien-être de l'enfant "Et pour le bien du petit, ben faut se parler, un minimum quoi." (E1.5).

Elles souhaitaient que leur enfant connaisse leur père "Je voulais que T. connaisse son papa. Pour pas qu'il me le reproche quand il sera plus grand." (E1.6), allant parfois jusqu'à saisir la justice pour y parvenir "Donc j'ai fait une procédure devant le juge des affaires familiales, pour qu'il voit son fils..." (E1.5).

Les femmes délaissées par leur conjoint avaient des difficultés à s'investir dans une nouvelle relation "Je m'en plains pas, ceci dit, j'ai appris à vivre seule avec lui, et puis on verra par la suite." (E3.9). Ayant perdu confiance en les hommes, elles voulaient se préserver elles et leur enfant d'une nouvelle déception "Je sais pas si vous vous rendez compte, mais j'ai un enfant, et c'est pas n'importe qui que je vais laisser rentrer dans ma vie et foutre la merde dans celle de mon fils, et du jour au lendemain partir comme ça..." (E3.9).

#### b. Les proches

Le DDG a été un tournant dans la vie relationnelle de la femme.

Même si elles ont majoritairement reçu le soutien de leurs amis, l'attitude de la famille a été plus mitigée.

Après une réaction de mise à distance initiale, l'investissement des familles ou amis a été important, accompagnant la jeune femme pendant tout le suivi de la grossesse "Ma mère m'a emmenée à la maternité" (E6.1), lors de l'accouchement "Elle s'accrochait au siège, elle s'accrochait à mon bras et elle disait mais pousse! pousse !!!" (EA.9), ainsi qu'en post-partum "Mon grand-père, quand il est venu à la maternité et qu'il a vu mon fils, il l'a pris dans les bras et il a pleuré, il m'a dit: J'suis fier de toi." (E6.5).

Les proches ont joué un rôle primordial dans l'achat et le don de matériel pour le bébé "Alors c'est ma famille qui nous a tout acheté. Le landau, le lit... Après ma famille a été très présente à ce niveau là" (E4.5), dans les formalités administratives "C'est mes parents qui s'en sont occupés parce que moi... sinon, j'y serais jamais arrivé!" (E5.6), dans la garde de l'enfant "Donc ma mère est venue, est venue en fait, s'occuper de L." (EC.10).

Certains proches ont même été jusqu'à les héberger quand cela était nécessaire, et ont soutenu la jeune femme au quotidien "Et là t'as toute ta famille qui te dit: Bon maintenant il est là, faut que tu te remettes dans le chemin..." (E6.5).

Malgré tous ces signes d'affection, l'arrivée brutale d'un enfant a eu des conséquences sur les relations de la jeune femme. Nombreuses sont celles qui ont raconté avoir perdu de vue des amis "C'est là que j'ai vu aussi qui étaient mes amis. Donc maintenant je les compte sur les doigts de la main quoi. Il m'en reste 4..." (E6.5), ou s'être isolées du fait de leur

nouveau rythme de vie “Parce que voilà, elles, elles en ont pas, elles font leur vie, 'fin leur jeunesse quoi. Et moi, j'étais obligée de m'occuper de ma fille.” (E5.8). **Seuls les amis proches sont restés fidèles** “Ma meilleure amie, elle pouvait pas le vivre de plus près donc heu... on se voit régulièrement, très régulièrement. Ça n'a rien changé du tout, au contraire, c'est encore plus fort quoi. Enfin je veux dire, elle a coupé le cordon, le deuxième prénom de la petite, c'est son prénom à elle.” (EA.15).

### c. Le milieu professionnel

Beaucoup ont dû interrompre leurs études ou quitter leur travail pendant la grossesse.

Nous avons remarqué que pour ces femmes, reprendre le cours de leur vie professionnelle était compliqué suite à la naissance du bébé “Moi ça faisait 6 mois que j'avais pas remis un orteil à l'école, puisque j'avais arrêté après mon accouchement. J'étais pas retournée même à la prépa, j'avais arrêté.” (EA.7).

Les participantes qui ont conservé leur emploi ont subi des pressions sur leur lieu de travail “Alors quand je suis revenue, ç'a été l'enfer pour moi, il m'en a fait baver mais dans tous les sens.” (EC.10), de la part de leurs collègues “Pour eux, je leur faisais un coup bas de dernière minute en fait...” (EC.3) ou de leur employeur “Mon patron, heu... ça s'est pas très bien passé quoi. Pour lui, je lui avais caché la grossesse et tout, mais en fait non!” (EC.3).

L'annonce tardive de la grossesse a engendré des difficultés pour poser le congé maternité ou paternité “Mon mari quand il a fait la déclaration de la naissance même au niveau de son congé, ben c'est pareil, donc du coup comme c'est tardif, ç'a été un peu plus long.” (EC.6).

A distance de l'accouchement, les jeunes mères ont manifesté le souhait de devenir indépendantes “Il faut que je passe mon permis.” (E2.10) et autonomes “C'est bien beau les allocations mais bon, je vais pas... je vais pas y rester toute ma vie quoi! J'aimerais ne pas les avoir justement parce que j'ai un travail, parce que tout se passe bien!” (E6.12), de reprendre leurs études “Je voulais... reprendre les études en fait. Parce que je veux faire éducatrice spécialisée.” (E6.12), de trouver un logement adapté “Le projet, c'est, beh essayer de trouver une maison, s'installer un peu mieux qu'en appartement.” (E7.10) et un emploi pour subvenir à leurs besoins “Moi j'aimerais trouver du travail rapidement, parce que bon, ça va pas durer éternellement.” (E2.10).

#### d. Les difficultés rencontrées

L'annonce tardive de la grossesse a compliqué les démarches des femmes, qui se sont retrouvées "hors délai" pour les déclarations de grossesse à la Sécurité Sociale ou à la Caisse d'Allocations Familiales "Tout ce qui avait un rapport avec le petit, des papiers qu'il fallait que je fasse au début, ben rien n'était fait..." (E3.16).

Il leur a fallu justifier leur situation à de nombreuses reprises, afin de pouvoir être prises en charge "Il m'a fallu revenir voir la gynécologue, qu'elle me fasse un papier comme quoi j'avais bien fait un déni de grossesse, pour pouvoir toucher les sous qu'on touche normalement pendant la grossesse." (E6.11).

Cette complexité dans les démarches administratives a entraîné une indemnisation tardive des femmes, en terme de frais médicaux "J'ai pas été couverte le jour de mon accouchement. Donc j'ai reçu un papier comme quoi je devais une certaine somme d'argent! Je crois que c'était 3500 ou 4000 euros..." (E6.11) ou de prime de naissance "Nous on a eu la prime de naissance même pas quinze jours avant que L. arrive." (EC.9).

Pour d'autres mères s'est posé le problème du logement "Le temps de faire les demandes de logement....parce que chez ma mère c'était... Il y avait pas assez de place." (EB.2). Si certaines ont pu compter sur leur famille, d'autres se sont retrouvées en grande précarité.

Une de nos participantes s'est vue proposer l'accueil dans un centre maternel quelques semaines après la naissance du bébé "Ils m'ont proposé, ils disaient que ça allait être pas mal pour moi, dans mon cas, que ça allait pas mal m'aider." (E3.17).

La garde de l'enfant a également été une source d'inquiétudes, les mères n'ayant pas eu le temps nécessaire pour procéder aux inscriptions en crèche ou à la recherche d'une assistante maternelle "Ça a été compliqué là, parce que du coup, comme tout s'est fait dans l'urgence... pas de nounou, pas de crèche." (EA.7).

Ici encore, la famille a été d'une grande aide "Même pour la suite, là tous les lundis, c'est ma belle-mère qui garde ma fille, le mercredi c'est ma mère, quand j'avais un problème de nounou, mon frère se débrouillait pour la garder, ou une de mes sœurs. Pendant les vacances scolaires, c'était ma sœur qui la gardait. On a été très très entourés." (E7.9).

## VII. Réflexions personnelles

A la fin de l'entretien, les participantes ont pu faire part de leurs impressions générales et ont émis des suggestions pour optimiser leur prise en charge et ainsi les aider à mieux vivre leur DDG.

### 1. Propositions apportées

#### a. Pour le dépistage

Face à l'échec du diagnostic de déni de grossesse, il leur semblait indispensable de favoriser le dépistage de celui-ci au travers d'une sensibilisation "Pour moi, enfin je pense qu'il faudrait vachement plus... axer les choses sur toutes ces... pathologies... que tout le monde connaît mais que finalement personne ne prend vraiment en compte assez." (EA.16) et d'une formation des professionnels de santé sur ce sujet "J'ai croisé des infirmières qui comprenaient pas le déni de grossesse... Qui comprenaient pas comment on peut ne pas voir qu'un enfant grandit surtout en neuf mois." (EA.17).

Elles affirmaient la nécessité d'éliminer la grossesse avant tout "Mais je me dis un médecin... Il est sensé penser à ça quand même en premier." (EA.12) et de tout mettre en œuvre pour écarter ce diagnostic, en prescrivant et répétant les examens complémentaires "Mais au moins, il aurait pu m'envoyer faire une échographie." (E4.6), "J'aurais aimé qu'après ma première prise de sang, on m'en refasse faire une autre un mois après par exemple" (EA.17).

#### b. Pour la prise en charge

Elles conseillaient un suivi régulier et plus codifié "Mais en quelque temps, un suivi, on peut voir que la maman est pas du tout préparée et que ça va pas. Et que là on peut prendre des mesures pour voir comment ça peut se passer. C'est ça ouais qui manque." (E6.11), en proposant systématiquement un accompagnement psychologique "Lors de l'accouchement, il est proposé de voir une psychologue, ou quelqu'un, une assistante sociale, un médecin, n'importe... Pour justement en parler." (E4.7), sans qu'elles aient besoin de le solliciter

“C'est ça qu'on demande le plus, c'est de l'aide, mais sans qu'on puisse le demander [...] on a notre fierté, on sait pas quoi faire, on sait pas comment le dire.” (E4.13) et qui s'adapterait ensuite aux besoins de chacune “Après c'est vrai que ça doit dépendre des personnes. Je pense qu'il faut voir selon le besoin de la maman.” (E4.7).

Elles proposaient également d'intégrer le père de l'enfant dans la prise en charge car il était souvent mis à l'écart “Je pense que pour lui aussi c'est important. Et alors bon, la maman est oubliée mais alors le papa, complètement du coup, par rapport au déni...” (E7.11).

Un accès facilité aux cours de préparation à l'accouchement a également été suggéré, ainsi qu'un contenu personnalisé, adapté à leur situation “C'était après les séances sur les biberons, l'accouchement, voilà. Y avait pas de... rien en rapport avec le déni en fait.” (E7.5).

#### c. Pour les formalités administratives

Elles évoquaient aussi un besoin de simplification de ces démarches “C'est plus au niveau administratif, mais vraiment au niveau CAF... Il faudrait qu'il y ait quelque chose peut être de plus simplifié, pour les découvertes de grossesse tardives.” (EC.9) car elles ont eu des difficultés à les mener à bien “Affreux. Je le souhaite à personne ça, les papiers quand on a fait un déni de grossesse (E6.12)” et ont souvent eu recours à des aides extérieures, que ce soit les assistantes sociales ou la famille. “Et c'est elle qui m'a aidée à faire tout ce qui est CAF, Pôle Emploi... Mettre la mise à jour de tous mes papiers.” (E3.16).

## 2. Messages à diffuser

Elles ont transmis des messages pour les femmes qui vivraient également cette expérience.

#### a. Une expérience positive

Malgré le choc des débuts et les difficultés rencontrées, les femmes, chacune à leur rythme, ont tenu à adresser un témoignage positif.

En effet, elles mettaient en avant la fierté d'avoir surmonté cette épreuve et le bonheur d'avoir eu un enfant "Un enfant, même si tu l'attendais pas, ça change la personne et c'est un bonheur en fait" (E3.19) qu'il ne faut pas rejeter "Ben surtout pas rejeter l'enfant après, parce qu'il y est pour rien. L'enfant il y est pour rien, il a pas demandé à être là, il a pas demandé à être conçu." (E4.8).

Elles les encourageaient à ne pas désespérer "Je dirais à une personne qui a fait un déni comme moi, qui l'a mal vécu, ou qui le vit mal jusqu'à maintenant, je lui dirais juste de ne pas se décourager, de ne pas baisser les bras." (E3.20) car le dénouement était heureux "C'est juste que nous qui faisons des dénis, on met juste du temps à vivre cette grossesse, comparé à une grossesse normale." (E3.19).

Une femme a même considéré que c'était une chance d'avoir vécu un déni "Après si ça se passe bien, ben... tant mieux, on s'esquive pas mal de mois de grossesse. -rires- C'est déjà beaucoup, c'est très bien même." (EE.7).

#### b. Quelques conseils

De manière générale, elles encourageaient les femmes à être plus vigilantes vis à vis de leur contraception. Elles rappelaient la nécessité de porter des préservatifs "Même se protéger... -sourires gênés-" (ED.11), de prendre la pilule du lendemain en cas d'accident "Si on n'est pas sûre, c'est tout bête mais dès qu'on a un rapport voilà quoi... Faire direct un... Prendre la pilule du lendemain" (ED.11) et de réaliser et répéter les tests de grossesse en cas de doute "Faites bien les tests de grossesse plusieurs fois -en souriant-, des prises de sang -rires-, DES !!! Surtout quand on le veut vraiment pas." (ED.11).

Surtout, elles les incitaient à ne pas culpabiliser "Faut pas se sentir coupable... Parce que le corps, c'est là qu'on se rend compte que l'esprit par rapport au corps, on est capable de faire... Et que il faut être... juste au clair avec soi, et pas être... Pas se sentir coupable." (E7.11).

C'est pourquoi, les femmes ont insisté sur l'importance du dialogue, la nécessité de se confier et de communiquer "Et surtout ne pas hésiter à en parler, parce que c'est important." (E4.8). La demande d'aide doit être instinctive "Même si on n'y arrive pas, faut faire passer un message "J'ai besoin d'aide, j'y arrive pas" (E6.13) afin d'éviter un repli sur soi "Parce qu'on s'enterre, mais on s'enterre avec le petit aussi." (E6.13).

## DISCUSSION

### I. Critiques de la méthode

#### 1. Forces de l'étude

Un intérêt majeur de cette étude tient au fait que la parole a été donnée aux femmes. En effet, nous avons retrouvé peu de travaux dans la littérature se plaçant du côté des patientes. (15)

Ont été étudiés la physiopathologie du déni de grossesse (18), ainsi que le vécu des soignants vis à vis de ce phénomène (13) (19) (20), mais notre travail est l'un des premiers à donner la parole à ces femmes.

Cet abord original nous aide ainsi à mieux les comprendre, afin de mieux les soigner et prendre soin d'elles.

Initialement, le problème du recrutement avait été soulevé lors du choix du sujet, en raison du caractère tabou du DDG. L'Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse (21), basée à Toulouse avait accepté de s'investir à l'égard de notre projet et de nous aider dans le recrutement. Ceci n'a pas été suivi d'effet.

Nous avons réussi toutefois à réunir un échantillon très varié lors de notre travail de recrutement. La diversité des personnes touchées par le déni de grossesse est décrite dans la littérature (1) et notre recrutement est en accord avec ces données.

Aucune des chercheuses n'avait participé à la prise en charge médicale de ces patientes pour ne pas altérer la spontanéité de leur discours et l'objectivité de l'analyse. Ce choix a été fait afin de limiter les biais d'information.

La richesse des entretiens réalisés participe à la force de ce travail. *“La force des résultats d'une étude qualitative n'est pas tant la fréquence des propos que leur diversité et leur profondeur.”* (16)

En effet, les femmes interrogées ont abordé sans gêne de multiples aspects de leur vie privée, nous ont apporté de nombreuses informations sur leurs émotions, et nous ont même donné des conseils afin d'optimiser la prise en charge des femmes qui vivront à leur tour un DDG.

Nous avons tenu compte des éventuels aspects éthiques dans cette mise à disposition du public d'expériences personnelles.

## 2. Limites de l'étude

### a. Biais d'échantillonnage

Lors de notre recrutement, nous avons reçu l'approbation de 23 jeunes femmes. Secondairement, 11 ont retiré leur accord. Certaines ont changé d'avis en raison de difficultés à parler de ce qu'elles avaient vécu, d'autres sont restées sourdes à nos appels ou ont annulé les rendez-vous de façon répétitive.

Au final, nous n'avons pu rencontrer que 12 femmes, ce qui constitue une des limites de notre étude. La saturation des données a tout de même été atteinte au bout du dixième entretien, aucune catégorie nouvelle n'a émergé dans le champ de la question de recherche.

Dans notre échantillon, la proportion de femmes dont le déni remontait à plus de 5 ans restait faible. Le vécu à long terme du déni et les répercussions sur la mère et l'enfant n'ont pas pu être explorés avec précision.

De plus, on ne comptait qu'une seule femme multipare au moment du déni parmi les femmes interrogées, ce qui est en désaccord avec les statistiques retrouvées dans la littérature. (22) (23)

Il manquait également à notre échantillon le profil d'une femme multipare ayant accouché sous X. La personne qui remplissait ces conditions a secondairement refusé de nous rencontrer.

### b. Biais de recrutement

Les participantes ont été majoritairement contactées par des sages femmes libérales, ce qui constitue un biais de recrutement. Les sages-femmes sont en effet plus sensibilisées à ce phénomène durant leurs études (11) (24) et dans leur activité. (13)

Les médecins généralistes ont été peu nombreux à avoir connaissance de femmes concernées dans leur patientèle, ce qui peut traduire une méconnaissance du sujet. (19)

Les jeunes femmes ne se sentant pas prêtes à parler de leur expérience ou ayant un vécu trop négatif ont décliné notre invitation. Nous avons donc rencontré des femmes disposées

à aborder leur déni ou cherchant un lieu d'écoute, ceci pouvant être responsable d'un biais de recrutement.

#### c. Biais liés à l'enquêtrice

Lorsque les soignants contactaient leurs patientes afin de leur proposer d'entrer dans l'étude, ils ont dû nous présenter en tant qu'internes en médecine, ou médecins en fin de cursus, afin de gagner leur confiance. Lorsque nous étions présentées comme de simples étudiantes, les jeunes femmes étaient plus méfiantes et refusaient de nous rencontrer.

Ce biais a pu orienter leurs réponses, même si notre statut professionnel nous a semblé libérer leur parole.

De plus, le fait que nous soyons des femmes, sensiblement du même âge qu'elles, a pu influencer leurs réponses, car il existait une plus grande proximité.

Il s'agissait pour les deux chercheuses d'un premier travail de recherche qualitative. Nous nous sommes donc formées à ce type de recherche lors de séminaires organisés par le DUMG, en nous intéressant à d'autres travaux de recherche qualitative déjà effectués, notamment les dernières thèses qualitatives réalisées sur Toulouse, ainsi qu'en lisant des ouvrages sur la technique de recherche qualitative. (16) (17) Ainsi, nous avons pu améliorer la qualité de nos entretiens tout au long de notre travail d'enquêtrices.

#### d. Biais d'interprétation

Au fil de l'analyse des entretiens, nous avons cherché avec rigueur à nous affranchir de nos à priori et de nos interprétations. Malgré cet effort de réflexivité, il n'est pas exclu que notre manque d'expérience en recherche qualitative ait pu altérer la qualité du recueil du discours des femmes et l'analyse des données.

Afin de diminuer au maximum le risque d'interprétation, les retranscriptions des entretiens ont fait l'objet d'une analyse rigoureuse, comprenant une double lecture. Le codage a été réalisé sans retard pour ne pas nuire à la qualité des données.

La validité interne de l'étude a été renforcée par une triangulation des données et par une confrontation aux données de la littérature.

## II. Le déni de grossesse: coupable ou victime?

### 1. J'ai fait un déni de grossesse, je suis responsable

La première information capitale ressortie de nos entretiens est une culpabilité omniprésente.

Lorsque nous nous sommes plongées dans le sujet du déni de grossesse, nous n'imaginions pas à quel point le parcours de ces femmes était rythmé par cette culpabilité. Nous l'avons découvert au fil de nos recherches dans la littérature (25) et au cours de nos entretiens.

D'une part, les femmes se sentent coupables de n'avoir pas été à l'écoute de leur corps, de ne pas s'être rendu compte de la présence de cet enfant en devenir. (8)

D'autre part, elles se sentent responsables d'infliger cette grossesse à leurs proches "...Préserver tout le monde que dégligner la vie de tout mon entourage et perdre mon bébé et perdre mon copain et non... J'ai dit: (grosse respi) Non là tant pis." (EA.3) et cherchent à les protéger.

L'attitude de l'entourage, que ce soient les proches ou le personnel soignant, renforce ce statut de "coupable". Elles subissent les reproches de leur famille, s'entendent dire qu'elles ont été imprudentes, frivoles, inconscientes ou immatures. (26)

Ces femmes sont très touchées par la rumeur qui les poursuit.

Elles font part d'attitudes très blessantes, de jugements et de réflexions désobligeantes venant des soignants, étonnés de l'incapacité de ces femmes à se rendre compte de leur état plus tôt "Elles sont pas méchantes hein... elles... qui s'assoient au bord du lit et qui disent: Mais quand même, mais comment ça se fait ? Vous vous êtes aperçue de rien ? Mais c'est pas possible ! Mais vous avez dû grossir, vous deviez avoir des envies de fraises!" (EA.17).

Ces accusations sont très culpabilisantes pour les femmes, qui se sentent dépréciées, dévalorisées, dénigrées.

Ce sentiment les submerge pendant la grossesse, mais aussi dans la vie quotidienne auprès de leur enfant. Il dicte leur attitude et influence sur leur humeur. Nous avons rencontré des femmes qui s'imposaient une conduite exemplaire afin de compenser leur négligence. Elles s'interdisent de vivre pour elles-mêmes "Ça y est tu t'es oubliée, tu vis plus, on dirait une

vieille de 60 ans, tu t'occupes plus de toi..." (E3.10) et veulent réparer leur faute auprès de leur enfant. (26)

La population générale stigmatise ces femmes (27), en les rendant responsables de ce qui leur arrive. Elle les considère comme des personnes marginales, socialement précaires, psychologiquement instables ou intellectuellement défailtantes.

Cette dimension de culpabilité fait partie intégrante du vécu de ces femmes, retrouvée dans la littérature, elle a été omniprésente dans notre étude. Elle ne doit pas être négligée dans leur prise en charge.

## 2. J'ai fait un déni de grossesse, je suis une victime

Une fois passé le cap de la culpabilité, les femmes s'autorisent à s'identifier aussi comme victimes de ce qui leur est arrivé.

En effet, elles décrivent bien ce statut. Elles n'avaient rien demandé, n'ont rien fait pour que cela leur arrive, elles l'ont subi. Malgré cela, elles n'ont pas été prises en charge en tant que telles par les professionnels de santé.

Grâce à cette étude apparaît donc une nouvelle dimension: nos femmes interrogées ont été "victimes d'un déni de grossesse". C'est en effet un aspect innovant du déni de grossesse, qui se retrouve très peu dans la littérature. (28)

Cela peut être vécu comme un préjudice, avec une perte de chance. Cet aspect doit être pris en compte lors de l'accompagnement de ces femmes, afin de les aider à minimiser le traumatisme causé par cet événement.

Accorder aux patientes le statut de victime et non plus celui de coupable peut totalement changer leur vécu et le sentiment d'injustice qui s'y rapporte. Elles se sentent écoutées, comprises, entourées, à l'inverse du statut de coupable, qui les isole et les accable.

### 3. J'ai fait un déni de grossesse, j'ai vécu un traumatisme

Nous avons découvert en accordant la parole aux femmes que l'annonce brutale et tardive de leur grossesse pouvait être un vrai traumatisme, un bouleversement dans leur vie.

Comme pour tout traumatisme (29), la prise en charge doit être spécifique et personnalisée.(30)

Lorsqu'une personne vit un événement bouleversant, elle rencontre souvent des réactions de repli sur soi, liées à la honte, à la peur. (31)

C'est dans ces moments là que les proches ont un rôle à jouer, en soutenant la personne choquée et en l'accompagnant.

Il en va de même dans le déni de grossesse. Nous avons bien vu dans nos entretiens que les jeunes femmes ayant reçu le soutien immédiat de leurs proches ont bien mieux accepté leur situation et abordé l'avenir plus sereinement.

Lorsque nous vivons un traumatisme, autour de nous se met en place une cellule psychologique, afin de nous permettre de dialoguer et d'extérioriser. Cette prise en charge n'est pas encore systématique dans les cas de dénis de grossesse. Beaucoup de femmes ont verbalisé ce manque "Oui, me laisser un vrai espace pour parler du déni." (E7.10) pour elles et pour leurs proches.

Une absence de suivi peut avoir des conséquences sur le long terme, car cela ne permet pas le dépistage et la prise en charge des troubles dans la relation mère-enfant. (32)

### 4. J'ai fait un déni de grossesse, je dois apprendre à vivre avec

Cette dimension est la "grande oubliée" dans la prise en charge du déni de grossesse. Les femmes que nous avons rencontrées nous ont avoué s'être senties seules après leur accouchement. Elles sont entourées jusqu'à l'arrivée de leur enfant, puis sont livrées à elles-mêmes du jour au lendemain.

Seule une de nos participantes a pu bénéficier d'un suivi psychologique au long cours, et le processus d'acceptation a été beaucoup plus rapide chez elle.

Nous avons vu dans notre étude que le déni de grossesse continue à avoir des répercussions sur la vie de la jeune femme, de son enfant et de son entourage, et cela bien après l'accouchement. Ces résultats sont confirmés par les données de la littérature. (33)

Ainsi, à travers ce travail de recherche, on met en évidence l'ambivalence de ces femmes, qui se sentent à la fois victimes et coupables.

Cette dualité a été évoquée par certains auteurs (35), mais encore peu explorée. Il semble donc indispensable d'identifier ces déterminants, afin de les aider à dépasser ces freins pour qu'elles parviennent à s'épanouir en tant que mère.

### **III- Le déni de grossesse: un syndrome à prendre en charge**

#### 1. Déni non reconnu comme une pathologie propre

Le DDG est un sujet qui n'est pas abordé ou peu dans les études de médecine et de maïeutique. (34) (35) Le déni n'est pas reconnu comme une pathologie propre. Il n'est pas inscrit dans le DSM V. (36) Il n'existe pas de consensus professionnel sur ce phénomène, il n'y a donc pas de prise en charge spécifique. Cela ne facilite pas l'accès aux soins ou aux services sociaux dans l'urgence, ce que nous avons pu constater dans notre étude.

Certains auteurs défendent l'intérêt de faire apparaître le DDG dans les classifications diagnostiques internationales, afin de mieux intégrer la psychopathologie périnatale aux programmes de formation. (37)

Toutefois, on peut encore s'interroger sur le statut à attribuer au DDG, non pas en tant que pathologie mais en tant que syndrome "*Ensemble de signes cliniques et de symptômes qu'un patient est susceptible de présenter lors de certaines maladies, ou bien dans des circonstances cliniques d'écart à la norme pas nécessairement pathologiques.*" (38)

Une reconnaissance de cette entité à part entière permettra de limiter la part de subjectivité des professionnels dans leurs attitudes, pour favoriser un savoir-faire et un savoir-être de qualité.

La compréhension du déni permet de mieux accompagner ces femmes, de les protéger, d'éviter d'accentuer leurs souffrances par des attitudes ou des jugements trop brutaux. Si une femme hospitalisée rencontre un personnel sensibilisé au déni, elle vivra mieux son séjour. Il paraît donc important de sensibiliser, d'informer et de former les professionnels de santé sur ce sujet. (39)

Lors de notre étude, les professionnels contactés qui n'étaient pas sensibilisés au sujet ont déclaré qu'il s'agissait d'un phénomène rare, isolé, non rencontré au cours de leur carrière. Suite à notre appel, certains d'entre eux ont réalisé secondairement avoir rencontré des cas de déni de grossesse par le passé ou en ont identifiés dans leur patientèle actuelle. Cette prise de conscience retardée par les professionnels a été retrouvée dans certains écrits. (39)

Il existe une double contagion du déni, à laquelle les professionnels participent, en ne diagnostiquant pas la grossesse à temps ou en ne l'authentifiant pas comme un DDG lors d'une découverte tardive.

Parler du déni semble être déjà le début de sa prise en charge.

## 2. Prise en charge médicale insatisfaisante

Nos résultats mettent en évidence une insatisfaction des femmes face à la réaction des professionnels de santé et à leur prise en charge. Celle-ci est trop dépendante des structures dans lesquelles elles ont été suivies ou de la personnalité des soignants "Alors après il y avait du bon comme du mauvais." (EA.18).

A ce titre, elles demandent une prise charge plus spécifique, plus soutenue et prolongée, adaptée à leurs besoins. Se sentant délaissées et abandonnées à leur propre sort, elles proposent des pistes pour remédier à cela.

Ces propositions viennent corroborer les demandes de professionnels de maternité qui ont été interrogés sur ce même sujet. (20) Leurs réactions et prises en charge dépendent de leur vécu personnel, situation déjà rencontrée ou non, éventuelle formation sur le sujet.

Or, dans la majorité des cas, ils n'y sont pas préparés et ces situations les exposent à des problématiques inattendues génératrices de stress, d'incompréhension, d'inquiétude ou de peur. Elles les renvoient à leurs propres représentations du DDG, souvent péjoratives.

Leurs attitudes interfèrent avec l'administration et la qualité des soins fournis. (40) (41)

## 3. Prise en charge psychologique insuffisante

Pour ces femmes, le suivi psychologique est considéré comme déficient et/ou interrompu trop précocement. Il ne permet pas de prendre en compte les répercussions que peut avoir le déni sur la mère, l'enfant et les relations entre eux deux. Elles proposent l'intervention

systématique d'un psychologue, psychiatre ou pédopsychiatre, auprès de la patiente et de sa famille “Avoir quelqu'un automatiquement après un accouchement, durant les 3 jours peut-être [...] Avoir au moins un médecin psychologue [...] ça serait bien à l'avenir, pour les femmes qui sont dans le même cas.” (E6.11). En cela, elles rejoignent le point de vue des soignants retrouvé dans la littérature. (20)

Cette nécessité d'une prise en charge psychologique est souvent évoquée dans la littérature (11) (14) (15) (42) (43), mais n'est pas mise en place au niveau individuel.

Le soutien de la femme en post-partum paraît indispensable pour détecter les troubles de l'humeur et les troubles de l'attachement entre la mère et l'enfant. Nous savons malgré tout que dans la majorité des cas le dénouement est bon (42), ce qui a été confirmé dans notre étude au travers des messages d'espoir adressés en fin d'entretien.

Un manque de personnel et de moyens peut être mis en cause dans cette défaillance de soins. Il existe des situations à risque, comme les accouchements prématurés où des mesures sont planifiées pour prendre en charge efficacement et avec succès le couple mère-bébé. (44) (45) Transposer ce dispositif aux cas de déni de grossesse, également des situations à risque, est une piste à envisager. (46) Or à l'heure actuelle, si le contexte de vie est favorable et que la mère ne manifeste pas de difficultés particulières, elle retourne chez elle avec son enfant sans suivi spécifique.

La souffrance de cette femme n'a pas été comprise et il existe un risque de répétition du déni à la prochaine grossesse. (43)

#### **IV. Après le déni de grossesse: une famille à construire**

##### 1. Considérer les troubles de l'attachement mère-enfant

Le déni de grossesse est un facteur de risque de troubles de l'attachement. (32) Il paraît important de le prendre en compte comme les autres facteurs de vulnérabilité chez la mère: jeune âge, précarité sociale, isolement parental, violences conjugales, grossesse non désirée, pathologies psychiatriques, fragilité psychologique parentale, fragilités liées au bébé comme un handicap ou une grande prématurité.

*« Dans le cadre des négations de grossesse, l'espace maternel de gestation psychique ne se constitue pas de façon normale. Il peut en résulter un trouble futur de la relation mère-bébé. [...] Cela ne signifie guère pour autant que cette relation est déjà prédéterminée une fois pour toutes. Certaines femmes se sentent en grande difficulté pour accueillir leur enfant; d'autres l'accueillent volontiers, au risque d'éprouver cependant une grande culpabilité à ne pas s'être rendu compte qu'elles étaient enceintes. » (47)*

Lors d'un déni de grossesse, le risque pour la mère est de ne pas reconnaître immédiatement l'enfant comme étant le sien "Juste, je me demandais ce qu'il faisait là, quoi. Mais c'est quoi ça? Qu'est ce que ça fait là?" (E3.15).

L'arrivée d'un enfant du déni demande à la mère un temps d'adaptation, plus ou moins long, pour l'accepter. Nous avons vu dans notre étude que l'attachement à l'enfant est progressif "C'est vraiment avec le temps [...] C'est comme ça que j'ai appris à... Connaître, à aimer mon fils et à comprendre ce qui se passait."(E3.15) et demande un temps d'interaction mère/enfant d'autant plus important que la mère n'a pas eu 9 mois pour préparer l'arrivée du bébé. (47)

Cet attachement tardif vient renforcer le sentiment de culpabilité déjà présent chez la mère. De ce fait, l'enfant est souvent surprotégé et surinvesti par la mère. (26) Dans certains cas, qu'elle soit trop fusionnelle ou trop détachée, la mère se retrouve dans l'incapacité de mettre en place un lien d'attachement de qualité. Il peut en résulter des postures et des attitudes non adaptées au bon développement de l'enfant, qu'il convient donc de dépister. (48)

## 2. Accorder une place au père et à la famille

Le déni de grossesse est une affaire conjugale et familiale. Le compagnon et les deux familles respectives sont parties prenantes dans le déni de grossesse. Ce qui n'est pas pensé chez la femme enceinte est impensable chez ses proches "Comment est-ce possible de tomber enceinte et de pas savoir? Pour eux j'avais tout planifié, j'avais tout calculé." (E3.7). On retrouve là aussi la contagion du déni.

Les pères sont présents dans plus de 50 % des cas, que ce soit dans la littérature ou dans notre étude. (49) Nous avons vu qu'ils sont particulièrement perturbés, sidérés par ce qu'ils

vivent. L'annonce de la grossesse a été un choc pour eux aussi. Ils se sentent parfois trahis, retournant leur colère sur les mères, les soupçonnant d'avoir voulu leur dissimuler la grossesse.

Il faut prendre en compte la triade père / mère / bébé. Accorder une place à part entière au papa permet des modalités d'attachement différencié, complémentaires de celles de la mère, mais aussi un soutien et une participation à l'éducation de l'enfant. (26)

Dans notre étude, nous avons mis en évidence, en accord avec les données retrouvées dans la littérature (46), l'absence de place dédiée au père. Il est souvent tenu à l'écart, au moment du diagnostic, du suivi, mais aussi durant la prise en charge psychologique.

Or, une de nos patientes a bien exprimé le besoin de son conjoint d'être entendu (entretien 7).

Le déni de grossesse n'est plus une affaire personnelle, concernant la femme, mais une affaire familiale, touchant tous ses membres.

Nos résultats ont attesté le fait qu'un entourage présent, aidant et aimant, permettait à la jeune femme de mieux surmonter l'épreuve du DDG. En revanche, le rejet et l'isolement socio-familial viennent aggraver une situation déjà compliquée à gérer et sont pourvoyeurs de problématiques parfois très douloureuses pour la mère et l'enfant. (50)

### 3. Lutter contre les idées reçues

Dans l'imaginaire collectif, la grossesse est un événement joyeux et bienvenu. La mère est considérée comme une femme comblée et heureuse. La naissance d'un enfant survient souvent dans une atmosphère calme et sereine. Le déni de grossesse vient à l'encontre de ces représentations, c'est aussi pour cela qu'il est difficile à accepter. (51) Il est en décalage avec ce que représente une grossesse classique. Les personnes qui s'y trouvent confrontées mettent en place des mécanismes de protection comme le rejet, le déni ou la colère (52). Nous avons observé ces comportements dans l'entourage de ces femmes.

Aujourd'hui nous vivons dans un monde où la plupart des paramètres qui nous entourent sont contrôlés. Grâce aux différents moyens de contraception, aux moyens de diagnostic des grossesses, aux recours à l'avortement, il est difficile d'envisager que des grossesses passent inaperçues et ne soient pas désirées. Les femmes faisant un déni sont encore trop

souvent accusées de dissimulation par la population générale. Cela fait partie des fausses croyances à réfuter.

De nombreuses études ont révélé que les femmes touchées par le DDG ne présentaient aucun profil type ou personnalité particulière, ce qui va à l'encontre de nombreux a priori.(27) Ces préjugés ont été retrouvés au travers des paroles de certains soignants, dans notre étude.

Un certain nombre d'idées reçues sur la grossesse et ses symptômes doit être combattu, comme l'absence systématique de règles pendant la grossesse (18) ou l'impossibilité d'une grossesse sous contraception.

Dès l'adolescence, avant même les premiers rapports, une éducation plus ciblée doit être mise en place, touchant filles et garçons, pour permettre une meilleure connaissance de la physiologie de la reproduction, une meilleure compréhension de la contraception et une identification des signes et symptômes d'un début de grossesse.

Comme le suggèrent ces femmes et plusieurs travaux (5) (13) (15) (19) (24), une diffusion de l'information sur le DDG à la population générale permet de combattre ces préjugés et de sensibiliser de futures familles concernées potentiellement un jour par un DDG. Une meilleure compréhension du déni facilite son acceptation et évite parfois des situations de drames familiaux.

Les femmes ont souligné dans notre étude l'intérêt des émissions télévisées; la transmission d'une information relayée par des professionnels de santé peut participer à sa reconnaissance.

Ces mesures, associées à un dépistage systématique par les professionnels de santé, sont capables d'améliorer sensiblement le diagnostic et la prise en charge précoce de ces grossesses particulières.

## CONCLUSION

Le déni de grossesse est un phénomène récemment mis en lumière par les médias. Les recherches scientifiques sur le sujet sont encore peu nombreuses et si le ressenti des soignants a été exploré, le vécu des patientes manquait à la littérature.

L'objectif de notre étude était d'analyser le ressenti des femmes touchées par un déni de grossesse. Ce travail leur a donné la parole et a permis d'identifier les différents éléments qui ont marqué leur histoire personnelle.

L'analyse thématique nous a permis de faire émerger trois thèmes principaux:

une expérience personnelle et familiale traumatisante,  
une demande de prise en charge médico-sociale mieux adaptée,  
un besoin d'aide sur le long terme pour construire une famille.

Vécu comme un véritable traumatisme pour la femme comme pour son entourage, cet événement a entraîné une ambivalence chez ces femmes, se sentant à la fois coupables et victimes de ce déni.

Favorisées par la contagion du déni et des idées reçues souvent péjoratives, les réactions de l'entourage et du père de l'enfant ont souvent été très violentes, renforçant leur sentiment de culpabilité et leurs doutes.

A l'inverse, lorsque l'entourage s'est montré aidant, les femmes ont surmonté plus facilement la levée du déni et les difficultés propres à cette grossesse et à l'arrivée de cet enfant.

Notre travail a mis en évidence l'importance à leurs yeux de l'attitude et des réactions des professionnels de santé sur le vécu de ces grossesses particulières. Elles ont principalement évoqué l'intérêt de sensibiliser les professionnels de santé au déni de grossesse, afin d'en améliorer le dépistage et le suivi.

Une attitude informée et bienveillante serait un atout pour ces patientes avec une coordination de leur suivi médical et un véritable accompagnement sur le plan psychologique et social.

Le déni de grossesse a aussi des répercussions à long terme. Les femmes concernées ont souvent souffert de troubles de l'attachement avec leur enfant. De plus, l'arrivée inattendue d'un enfant a eu des conséquences sur leur vie personnelle et professionnelle, entravant leurs projets. Reprendre le cours de sa vie après avoir fait un déni nécessite selon elles un accompagnement personnalisé spécifique et prolongé.

Le proposer de façon systématique dès l'annonce du diagnostic pourrait être une des pistes d'amélioration de leur prise en charge. Il permettrait d'accompagner les femmes et leurs familles tout au long de cette épreuve.

Malgré tout, les participantes ont tenu à adresser des paroles rassurantes pour les femmes qui y seraient confrontées en les invitant à ne pas s'en vouloir et à demander de l'aide sans honte.

Leur message final est un message d'espoir. Si le déni de grossesse est un bouleversement dans la vie d'une femme, il finit par être un événement positif.

“Je dirais juste qu'un enfant, peu importe les circonstances où il arrive, ça change tout. [...] Même si tu l'attendais pas, ça change la personne et c'est un bonheur en fait.” (E3.19)

On pourrait apporter une réponse à ce message en initiant un travail de recherche sur le vécu de cette parentalité inattendue à distance du déni de grossesse.

Toulouse le 18/01/2016  
Vu, permis d'imprimer  
Le Président  
de l'Université Paul Sabatier

J.P. VINES

16/01/2016  
Vu, le Président du Jury  
Pr. Stéphane OUSTRIC

## REFERENCES

1. Wessel J, Endrikat J, Buscher U. Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstet Gynecol Scand.* nov 2002;81(11):1021-7.
2. Rotman C. Affaire Courjault : la mère seule au procès. *Libération*
3. Pierronne C, Delannoy M-A, Florequin C, Libert M. le déni de grossesse: à propos de 56 cas observés en maternité. *Perspect Psy.* 2002;41(3):182-8.
4. Brezinka C, Huter O, Biebl W, Kinzl J. Denial of pregnancy: obstetrical aspects. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* mars 1994;15(1):1-8.
5. Chaulet S. Déni de grossesse: exploration clinique et psychopathologique, prise en charge. Etude rétrospective sur 5 ans au CHU d'Angers Faculté de Médecine, Université d'Angers
6. Tourdjman M, Leroux B, Leclercq A, Laurent E. Epidémie d'infections à *Listeria monocytogenes* liée à la consommation de brie au lait cru . France; 2014 nov
7. Spina bifida isolé. *Orphanet.* 2005
8. Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse. Déni de grossesse : 99 Histoires vécues. Nantes: Editions Amalthée; 2010. 204 p.
9. Dayan Jacques, Andro G, Dugnat M. Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité. Elsevier Masson. 2014. 448 p.
10. Marinopoulos S. Elles accouchent et ne sont pas enceintes. Les liens qui libèrent Editions Brignon; 2011. 280 p.
11. Arnaud C. Les représentations des sages-femmes sur le déni de grossesse [Mémoire de sage-femme]. [Limoges, France]: Hôpital du Cluzeau, Ecole de Sages-Femmes; 2011.
12. Lamidé F, Prost A. Ces grossesses silencieuses : quelle attitude la sage-femme adopte-t-elle en post-partum, dans le processus d'interactions mère-enfant, quand il y a eu déni de grossesse ? [Bruxelles, Institut D'Enseignement Infimier]; 2006

13. Nicolle E. Le déni de grossesse: enquête auprès de 169 sages-femmes [Mémoire de sage-femme]. [Rouen]; 2011.
14. Grandgirard C. Le déni de grossesse: une réalité encore ignorée? [Mémoire de sage-femme]. [Ecole de Sages-Femmes Pierre Morlanne de Metz]: Henri Poincaré, Nancy I; 2010.
15. Tschannen K, Mira M, Giacomini M, Palmieri L. Un passager clandestin: Les vérités sur le déni de grossesse. Faculté de Médecine, Université de Genève; 2013
16. St-Cyr Tribble D, Saintonge L. réalité, subjectivité et crédibilité en recherche qualitative: quelques questionnements. Rech Qual. 1999;20:113-25.
17. Romelaer P. L'entretien de recherche. In: Management des ressources humaines : méthodes de recherche en sciences humaines et sociales Sous la direction de Patrice Roussel et Frédéric Wacheux. 1ère édition. De Boeck. 2005. p101-37.
18. Grangaud. Déni de grossesse: description clinique et essai de compréhension psychopathologique. [Paris]: Paris Lariboisière; 2001
19. Moulin Stark E. Le médecin généraliste face au déni de grossesse: enquête qualitative auprès de médecins généralistes sélectionnés après étude rétrospective de dossiers au CHU de Rennes. Rennes 1; 2012.
20. Janati Idrissi M, Dany L, Libert M. Représentations sociales du déni de grossesse chez des professionnels et futurs professionnels de maternité de la métropole lilloise. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. juin 2014;62(4):195-202.
21. Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse, 28 rue Bertrand de Born 31000 TOULOUSE- <http://www.afrdg.info/>
22. Friedman SH, Heneghan A, Rosenthal M. Characteristics of women who deny or conceal pregnancy. Psychosomatics. 2007;48(2):117-22.
23. Spielvogel, Hohener. Denial of Pregnancy: A Review and Case Reports. Birth. déc 1995
24. Copy A. Le déni de grossesse appréhendé par les sages femmes en 2012. [Finistère]; 2013.

25. Dayan Jacques. Le déni de grossesse: aperçus théoriques. In: Actes du premier colloque Français sur le Déni de Grossesse. Editions Universitaires du Sud. Toulouse-Université Paul Sabatier; 2008. p. p55-6.
26. Marinopoulos S. Le déni de grossesse. Editions Fabert; 2010.
27. Struye, Zdanowicz, Ibrahim, Reynaert. Can denial of pregnancy be a denial of fertility? A case discussion. Psychiatr Danub. 2013;25:113-7.
28. Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse. Actes Du 1er Colloque Français Sur Le Déni De Grossesse - Université Paul Sabatier, Toulouse, 23 Et 24 Octobre 2008. Editions Universitaires du Sud
29. Ministère de la santé et des affaires sociales. CIM 10, F43 Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation.
30. Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, Wines C, Sonis J, Middleton JC, et al. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2 nov 2015;
31. HAS. Affections psychiatriques de longue durée Troubles anxieux graves. 2007
32. Colin O, Montiel M. Dépistage des troubles de l'attachement. La lettre des Actualités Périnatales du Languedoc-Roussillon. Nîmes; 2006
33. Sainte-Rose Fanchine. Le déni de grossesse: revue de littérature ; essai de réflexion sur la prise en charge de patientes en déni. Université Nice Antipolis; 2012
34. Haute Autorité de Santé. Épreuves Classantes Nationales (ECN) - Module 2 : de la conception à la naissance
35. Collectif des Associations et Syndicats des Sages-Femmes. Référentiel Métier et Compétences des Sages-Femmes
36. Association AP, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull M-C. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. 1176 p.

37. Beier KM, Wille R, Wessel J. Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: a proposal for international classification systems. *Journal of psychosomatic Research*. nov 2006;723-30.
38. Dictionnaire Le Petit Robert 2016 - « syndrome »
39. Agher. Dénis de grossesse: formation et information des professionnels. Actes du premier Colloque Français sur le déni de grossesse. In Toulouse; 2008.
40. Moatti J-P, Morin M, Obadia Y. La médecine générale face au sida. Paris: Inserm; 1997. 156 p.
41. Dany L, Rousset M-C, Salas S, Duffaud F, Favre R. Les internes et les soins palliatifs : attitudes, représentations et pratiques. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. oct 2009;8(5):238-50.
42. Lestienne A. Le déni de grossesse: mises au point: aspects épidémiologiques, cliniques et hypothèses psychopathologiques [Thèse de Médecine].Lille 2; 2009
43. Job N. Dénis de grossesse: étude rétrospective descriptive. A propos de 41 cas [Thèse de Médecine]. Faculté de Médecine, Université de Toulouse III-Paul Sabatier; 2009
44. Schmidt Gass M. L'accompagnement des parents après la naissance: l'entretien post-natal [Mémoire de cadre de sage-femme]. [Dijon]; 2009.
45. Guédeney N, Beckechi V, Mintz A-S, Saive AL. L'implication des parents en néonatalogie et le processus de caregiving. 24(I):62.
46. Gorre Ferragu. Le déni de grossesse: une revue de la littérature [Thèse de Médecine]. Faculté de Médecine Rennes; 2002.
47. Bayle. Négations de grossesse et gestation psychique. In Toulouse: AFRDG; 2008.
48. Bowlby, Kalmanovitch. Attachement et perte. Presses Universitaires de France. Paris; 2006.
49. Laporte J-L. Dénis de grossesse [Thèse de Médecine]. [Poitiers] ;1993.

50. Eliacheff C, Marinopoulos S. De l'une à l'autre - De la grossesse à l'abandon. Martin Média; 1997
51. Nisand I. Le déni de grossesse. 2011 mai ; CHU Strasbourg.
52. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Le déni de grossesse et ses manifestations psychiques, Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. 2010

## **ANNEXES**

### **ANNEXE 1**

#### **Fiche d'information pour les professionnels**

##### **Vécu des femmes ayant fait un déni de grossesse**

Lucie PEYROT et Claire COLLIN

Internes de médecine générale de la faculté de Toulouse

Année 2014-2015

##### **Notre travail de recherche:**

Notre travail de thèse porte sur l'analyse du vécu des femmes ayant fait un déni de grossesse dans leur vie.

Pour cela, nous travaillons, grâce à la méthode qualitative, travail qui nécessite deux internes afin de garder le plus d'objectivité possible dans nos analyses.

Nous organisons des entretiens individuels avec des femmes ayant accepté de nous raconter leur histoire. Ces entretiens suivent une trame pré-définie par un "guide d'entretien", dans le plus strict anonymat et respect des règles imposées par le Comité d'Éthique.

Nous analysons ensuite ces entretiens enregistrés par dictaphone afin de recenser le vécu de chacune, et d'avoir un recueil exhaustif sur la question du déni de grossesse.

Notre but est de donner la parole à ces femmes, afin que leur expérience aide les prochaines familles concernées, ainsi que les médecins généralistes dans leur appréhension de ce phénomène, et dans sa prise en charge globale.

##### **Pourquoi nous avons besoin de vous:**

Si vous avez connu dans votre entourage ou dans votre patientèle une femme ayant fait un déni de grossesse, nous aimerions la contacter.

Afin de respecter son libre-arbitre et son anonymat, nous ne pouvons pas contacter directement ces femmes. Par votre intermédiaire, elles accepteront peut-être de nous rencontrer pour nous raconter leur histoire.

En nous donnant leurs coordonnées téléphoniques ou mails, nous pourrions ainsi organiser un entretien dans le lieu de leur choix.

Nous restons à votre disposition pour toute question complémentaire:

PEYROT Lucie 06.16.32.43.33 ou [luciepeyrot@hotmail.com](mailto:luciepeyrot@hotmail.com)

COLLIN Claire 06.10.28.45.67 ou [clairecollin16@gmail.com](mailto:clairecollin16@gmail.com)

Merci de votre aide. Sans vous, ce travail n'est pas possible.

**ANNEXE 2**  
**Formulaire d'information**

Votre contribution aidera les familles et les professionnels de santé à mieux comprendre et prendre en charge ces femmes et leurs familles.

Dans le cadre d'un travail de fin d'étude, nous faisons une recherche sur le déni de grossesse. Nous souhaiterions nous entretenir avec vous car votre histoire nous intéresse.

Cet entretien est réalisé sous forme de questions et enregistré par un dictaphone. Il est strictement anonyme et vous pouvez l'interrompre à tout moment si vous le désirez.

Notre but est de vous donner la parole, afin que votre expérience aide les prochaines familles concernées, ainsi que les médecins généralistes dans leur connaissance de ce phénomène, et dans sa prise en charge globale.

**Formulaire de consentement**

Je soussignée (*numérotation anonyme*) consens à participer à cette étude.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ en deux exemplaires.

Signature précédée de la mention  
"Lu et approuvé"

La participante

Le chercheur

**ANNEXE 3**  
**Accord du Comité d'Éthique**



**Commission Ethique du Département de Médecine Générale  
de Midi Pyrénées**

Secrétariat : *Dr Serge BISMUTH*  
59 rue de la Providence – 31500 Toulouse  
Tél. : 05.61.80.01.23 – 06.82.63.45.70- Fax 05.61.34.61.16 –  
[dr-bismuth@wanadoo.fr](mailto:dr-bismuth@wanadoo.fr)

**Président** : Mme Laurencine VIEU  
**Secrétaire** : M Serge BISMUTH

**AVIS DE LA COMMISSION ETHIQUE DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE**

**PARTIE RESERVEE A LA COMMISSION**

**Renseignements concernant le demandeur :**

PEYROT Lucie/ COLLIN Claire

**Qualité** internes en médecine générale 4ème semestre

**Adresse** 75 rue Achille Viadieu, Apt 2038, Résidence Derain 31400 TOULOUSE /  
15 rue du bosquet, 31560 CALMONT

**Courriel** luciepeyrot@hotmail.com/clairecollin16@gmail.com

**Numéro de téléphone** 06.16.32.43.33 /06.10.28.45.67

**Renseignements concernant le promoteur :**

**Nom/ DUMG / directrice de thèse :** Dr CERNA Christine

**Qualité** médecin généraliste

**Adresse** 7 avenue d'Europe 31600 Muret

**Courriel** cerna.christine@gmail.com

**Numéro de téléphone** 07 81 05 55 26

**Les promoteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.**

**IDENTIFICATION DE LA RECHERCHE**

**Titre complet de la recherche** : Quel est le vécu des femmes ayant fait un déni de grossesse ?

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission)

Avis favorable

Le 23/09/15

Le secrétaire

**ANNEXE 4**  
**Guide d'entretien initial**

28 août 2014

**Préambule:**

Définir le profil de la patiente

Age du déni et âge actuel

Situation maritale, familiale et professionnelle

Nombre de grossesses, nombre d'enfants

ATCD médico psy

ATCD déni

Conduites addictives

**1) Circonstances d'annonce et vécu**

→ Comment avez-vous su que vous étiez enceinte? Pouvez-vous nous parler de la découverte de votre grossesse?

Parler de signes avant coureurs ayant amené à consulter

Diagnostic par qui?

Où?

Contexte de découverte?

Vécu?

**2) Suivi prénatal**

→ Comment s'est déroulée la suite de votre grossesse? Parlez-moi de la suite de votre grossesse? Dites m'en plus sur le suivi de votre grossesse? Comment vous sentiez-vous à cette période?

SF, psy, MG, gynéco, PMI, AS

Fréquence

État psychologique

IVG?

**3) Vécu de l'accouchement**

Parlez-moi de votre accouchement. Comment l'avez-vous vécu?

Déni partiel ou total

Seule ou accompagnée

Vécu de l'accouchement

Premier contact avec l'enfant: sidération, rejet, accouchement sous X

#### **4) Suivi post natal**

Comment s'est passé votre retour à la maison? Comment vous êtes-vous sentie dans les suites de votre accouchement?

A la maternité

A la sortie de la maternité

Par qui?

Fréquence, durée

Pathologies post partum: dépression...

#### **5) Attitude des professionnels de santé**

Quel a été votre vécu vis-à-vis des professionnels de santé? Quel rôle ont-ils joué dans votre histoire?

Compréhension, empathie, incompréhension, jugement

Soutien

Par qui?

#### **6) Attitude de l'entourage**

Quelle a été l'attitude de votre entourage? Comment a-t-il réagi?

Présence du père

Parents

Enfants

Amis

Entourage professionnel

#### **Synthèse:**

Selon-vous, que faudrait-il améliorer dans la prise en charge des femmes ayant fait un déni de grossesse? A votre avis, comment peut-on améliorer la prise en charge des femmes ayant fait un déni?

**ANNEXE 5**  
**Guide d'entretien final**

13 février 2015

**Préambule:**

**Définir le profil de la patiente**

Age du déni et âge actuel

Situation maritale, familiale et professionnelle

Nombre de grossesses, nombre d'enfants

ATCD médico psy

ATCD déni

Conduites addictives

Mode de contraception

**1) Circonstances d'annonce et vécu**

**Comment avez-vous su que vous étiez enceinte? Pouvez-vous nous parler de la découverte de votre grossesse?**

Signes avant coureurs ayant amené à consulter

Diagnostic par qui? Où?

Situation personnelle et professionnelle au moment annonce

Vécu, ressenti personnel et vis à vis de la personne qui annonce

Attitude professionnels

Et votre entourage, vous leur avez annoncé comment? Comment l'ont-ils pris?

**Et alors, le déni, vous connaissiez? Vous vous êtes renseignée? Comment?**

**2) Suivi prénatal**

**Comment s'est déroulée la suite de votre grossesse? Parlez-moi de la suite de votre grossesse.**

**Comment a été prise en charge la suite de votre grossesse, d'un point de vue médical?**

Suivie par qui? Préparation à l'accouchement?

Attitude équipes

**administratif?**

Formalités administratives, aide

**personnel?**

État psychologique

Père, famille, travail, études

**IVG? Et si vous l'aviez su plus tôt, vous l'auriez pris comment? (Ça aurait changé quelque chose: vécu, décision, entourage?)**

**Vous pensiez à l'accouchement? Et si vous l'aviez su plus tôt, comment auriez vous abordé l'accouchement?**

### **3) Vécu de l'accouchement**

**Et du coup, comment s'est passé votre accouchement? Parlez-moi de votre accouchement. Comment l'avez-vous vécu?**

Seule ou accompagnée

Vécu de l'accouchement personnel/père/famille

Premier contact avec l'enfant: sidération, rejet, accouchement sous X

Premier contact du père avec l'enfant, et avec vous

Famille

Comment s'est comportée l'équipe avec vous?

### **4) Suivi post natal**

**Comment vous êtes-vous sentie dans les suites de votre accouchement?**

**A la maternité**

Équipes, Famille, papa

Accompagnement physique et psychologique

**A la sortie de la maternité**

Par qui? Fréquence, durée

Pathologies post partum: dépression...

Attitude famille, père, entourage

Attitude équipes

### **5) Attachement avec l'enfant**

**Comment ont été vos relations avec votre enfant? Comment cela se passait-il avec votre enfant?**

Sentiments vis à vis de l'enfant

Attitude des proches

Intervenants extérieurs

**Synthèse:**

**A votre avis, comment peut-on améliorer la prise en charge des femmes ayant fait un déni? Au moment du diagnostic, du suivi de la grossesse, de l'accouchement, de la suite?**

**Comment améliorer la prise en charge médicale? Psychologique? Administrative?**

**Pour améliorer le soutien par les équipes?**

**Par l'entourage?**

**Vous auriez un message pour d'autres femmes qui, comme vous, font un déni?**

**Qu'est-ce que vous aimeriez leur dire?**

## ANNEXE 6

### Analyse transversale du contexte d'énonciation de l'entretien 5

23 mars 2015

Cette jeune femme a aujourd'hui 19 ans, elle attend son 2<sup>ème</sup> enfant. Elle est suivie pour cette grossesse par une sage femme de centre médico-social, dans la ville où elle réside.

Elle a été vue à la maternité de C. par une autre sage femme, lors d'une hospitalisation pour suivi de retard de croissance intra-utérin.

Elle a accepté de me rencontrer à son domicile, un lundi en début d'après-midi. Elle n'a pas de téléphone fixe, ni de téléphone portable, et utilise celui de son compagnon.

Mme 5. vit dans une cité HLM, dans un immeuble vétuste, au 4<sup>ème</sup> étage sans ascenseur. Elle m'a accueillie très gentiment sur le palier, avec sa fille de 3 ans cramponnée aux barreaux de la cage d'escalier, tandis que son compagnon regardait la télévision dans la chambre.

Il n'est pas sorti me saluer, ne s'est pas occupé de la petite fille durant l'entretien, malgré les demandes de sa compagne, suite aux caprices de l'enfant.

L'appartement est très peu meublé: un canapé, une table basse, une télévision. Les étagères sont vides, les volets fermés, rideaux tirés, alors qu'il est 13h30.

La jeune femme m'a proposé à boire, puis nous sommes installées dans le coin salle à manger, dans la pénombre.

Mme 5. A 19 ans, est femme au foyer, n'a pas le permis de conduire. Elle a perdu de vue tous ses amis depuis son accouchement, à l'âge de 16 ans.

Elle n'a pas de moyen de communication, et passe toutes ses journées seule avec sa fille, dans l'appartement.

Je n'ai pas compris si le compagnon travaillait ou pas.

Elle m'a raconté son histoire sans difficultés, sans grande émotion, mais elle m'a avoué ne jamais en parler, et ne pas s'être posé beaucoup de questions à ce sujet.

Ses réponses sont courtes, elle a du mal à mettre des mots sur ses émotions de l'époque. La petite fille rie et chahute à côté de nous. Sa présence a perturbé l'entretien régulièrement, car elle nous demandait de l'attention, et sa mère devait intervenir.

Cela a interrompu les réponses de Mme 5, et lui a fait perdre le fil de ses idées à certains moments.

L'entretien a été très court (30 minutes), mais dès que je posais une question plus poussée, je la sentais un peu perdue, mal à l'aise car elle n'avait pas de réponse à me donner.

**ANNEXE 7**  
**Extrait Entretien 7**

« *Si vous pouviez leur adresser un message, vous aimeriez leur dire quoi?* »

Beh moi, c'est toujours pareil, c'est la culpabilité... C'est pas rien, parce qu'au début je disais "C'est pas grave".

Non c'est pas grave, mais c'est pas rien! Il faut pas le minimiser, faut pas dire, même si on le vit bien, on a l'impression en tout cas de le vivre bien.

Faut en parler, faut pas se sentir coupable... Parce que le corps, c'est là qu'on se rend compte que l'esprit par rapport au corps, on est capable de faire...

Et que il faut être – blanc- juste au clair avec soi, et pas être... pas se sentir coupable.

Et moi j'en parle à ma fille, avec des mots d'enfant, mais je lui en parle, déjà. Je lui dis, et je pense que c'est important.

Je lui dis qu'elle s'est cachée pendant 6 mois, que je l'ai pas vue et que finalement c'est très bien parce que j'ai eu un joli cadeau. Parce que du coup ma fille, c'est un don.

Voilà je lui en parle avec des mots simples, je lui dis qu'on est allées en Afrique toutes les deux, qu'on s'est pas rendu compte qu'elle était là, qu'elle s'est cachée, mais qu'elle a vécu les choses avec moi...

Que elle, elle entendait ma voix, pendant 9 mois elle a su qui j'étais et que moi j'ai appris à la connaître au bout de 6 mois.

Et... alors ça c'est moi qui, mais dans des moments où elle était pas bien, où elle pleurait, je lui racontais ça, ça l'apaisait en tout cas, je la sentais plus apaisée. Mais parce que moi ça m'apaisait de lui dire.

*Vous avez l'impression qu'elle ressent vos émotions...*

Oui je pense –rit-

*Est-ce que vous avez pensé à quelque chose qu'on n'a pas abordé?*

Non. Le déni ça peut arriver à n'importe qui, c'est pas une catégorie de personnes, c'est pas...

Parce qu'au début c'est ce que je pouvais entendre, c'est que c'était les cas sociaux comme on dit, qui faisaient des dénis, des gens qui avaient pas les pieds sur terre, qui étaient un peu...

Bon, ça arrive à tout le monde, toutes les catégories de personnes, d'âge... -silence-

*Vous avez des questions par rapport à ça?*

Non, je suis encore un peu à vif par rapport à ça, mais j'avance, et ma plus belle victoire c'est ma fille. Elle grandit bien, c'est un super bébé, voilà, donc ça va!! »

**ANNEXE 8**  
**Extrait du tableau d'analyse**

<b>Lors de la découverte</b>															
<b>Réactions de la femme</b>	Réaction initiale	Désolation	Etat de choc	date du diagnostic marquante											
				choquée											
				hébètement											
				mutisme											
				annonce vécue brutalement											
				abasourdie											
				choquée en entendant les BDC bébé											
				bouleversée											
				choc accentué par le contexte des fêtes de Noël											
				sentiment de perte											
			Panique	panique en l'absence de réponse de sa meilleure amie											
				panique											
			Angoisse en vue de l'annonce	terrifiée à l'idée de l'annoncer à sa famille											
				appréhension de la réaction de la famille											
				inquiétude en vue de l'annonce aux proches											
				peur de bouleverser ses proches											
				n'est pas sûre de vouloir prévenir le père											
			Peur	Effrayée par l'idée d'être mère trop jeune											
				appréhension pour la suite de la grossesse											
				appréhension du couple avant l'échographie											
				effrayée par l'imminence de l'accouchement											
				peur d'être rejetée par ses proches											
				inquiétude devant l'organisation financière et matérielle											
				inquiétude sur santé de l'enfant											

**ANNEXE 9**  
**Talon sociologique**

<b>Patientes</b>	<b>Mode de recrutement</b>	<b>Age du déni</b>	<b>Age actuel</b>	<b>Situation familiale lors du déni</b>	<b>Situation professionnelle</b>	<b>Habitat</b>	<b>Situation sociale</b>	<b>Gestité</b>	<b>Nombre d'enfants</b>	<b>Place de l'enfant</b>
1	Sage femme libérale	19	20	En couple, avec le père	Étudiante infirmière	Urbain	Classe moyenne	1	1	1
2	Médecin Généraliste	19	25	En couple, avec le père	Assistante maternelle	Urbain	Classe moyenne	4	2	1
3	Médecin Généraliste	25	30	En couple, avec le père	Aide soignante	rural	Classe moyenne	1	1	1
4	Sage femme hospitalière	22	22	En couple	Auxiliaire de vie	semi-rural	Précarité	1	1	1
5	Sage femme libérale	28	29	En couple, avec le père	Mère au foyer	rural	Classe moyenne	3	3	3
6	Sage femme libérale	23	25	En couple	Au chômage	rural	Classe moyenne	1	1	1
7	Sage femme de CMS	22	22	Célibataire	Étudiante "Dernière chance"	rural	Précarité	1	0	0 / encore enceinte
8	Pédopsychiatre	22	23	En couple	Étudiante auxiliaire puériculture	Urbain	Précarité	1	1	1
9	Sage femme libérale	23	33	En couple avec le père	Aide soignante	Rural	Classe moyenne	2	2	1
10	Sage femme de CMS	16	19	En couple avec le père	Apprentissage en CFA	Rural	Précarité	2	1	1/enceinte du 2ème
11	Obstétricien	20	21	Célibataire	Au chômage	Semi-rural	Classe moyenne	1	1	1
12	Interne en médecine G	32	33	En couple avec le père	Docteur sociologie/ Étudiante A.Soc	Urbain	Classe supérieure	1	1	1

---

PEYROT Lucie  
COLLIN Claire

2016 TOU3 1006  
2016 TOU3 1007

---

**LE VECU DES FEMMES AYANT FAIT UN DENI DE GROSSESSE: RECHERCHE  
QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES**

---

**Introduction:** Le déni de grossesse (DDG), encore mal connu est pourtant fréquent et ses conséquences peuvent être dramatiques sur le plan humain. Peu d'études ont été menées sur ce sujet et aucune explorant le vécu des femmes.

L'objectif principal de notre étude est d'explorer le ressenti des femmes ayant fait un déni de grossesse. L'objectif secondaire est de proposer des pistes d'amélioration de la prise en charge de ces grossesses particulières, à travers l'analyse de leurs propos.

**Méthode :** Etude qualitative réalisée auprès de femmes ayant fait un déni de grossesse, par entretiens individuels semi-dirigés. Elle a été réalisée entre décembre 2014 et août 2015 dans les départements de l'Aude, l'Ariège et la Haute Garonne.

**Résultats :** Nous avons interrogé 12 femmes, âgées de 16 à 33 ans, issues de milieu socio-économiques différents, ayant des activités professionnelles variées, des situations familiales disparates et dont le DDG é été découvert à des termes différents. L'annonce du diagnostic a été un choc pour chacune, leur réaction a été influencée par différents éléments. La réaction du père et des proches a été vive que ce soit dans le soutien ou dans le rejet, et a nécessité un temps d'adaptation. Selon ces femmes, l'attitude des professionnels face à ce diagnostic a souvent été insatisfaisante et leur prise en charge inadaptée. Elles n'ont pas bénéficié de suivi psychologique de qualité. Le DDG a eu un fort retentissement personnel et professionnel, entravant leurs projets de vie. Les participantes ont proposé des pistes pour améliorer leur prise en charge et ont adressé des messages d'espoir aux femmes qui seront confrontées à un DDG.

**Conclusion :** L'issue d'un DDG est souvent heureuse mais le parcours de ces femmes est semé de difficultés. Le rôle des soignants est de les accompagner dans cette épreuve, pour qu'elle se déroule au mieux. Pour y parvenir, leur prise en charge pourrait être améliorée par une meilleure formation des professionnels de santé et un suivi psychologique familial prolongé.

---

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE: Médecine Générale

---

MOTS-CLES: Déni de grossesse, troubles de l'attachement, ressenti,

---

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR

Université Toulouse III - Paul Sabatier - Faculté de Médecine Toulouse Rangueil - 133 route de  
Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex 04

---

Directrice de thèse: Docteur Christine CERNA