

Université de Limoges
Ecole de Sages-femmes

2015-2016

Présenté et soutenu publiquement le 9 Mai 2016

par

Mathilde DUMONT

**Découverte tardive de grossesse : conséquences
obstétricales et périnatales**

Mémoire dirigé par le docteur Sophie MARTIN

Guidante de ce mémoire : Valérie BLAIZE-GAGNERAUD

Remerciements

Ce mémoire est le fruit d'un travail de près de deux ans, pour lequel j'adresse tout d'abord mes plus sincères remerciements à Madame Valérie Blaize-Gagneraud, guidante de ce mémoire, pour sa patience, sa grande disponibilité et ses conseils précieux sans lesquels ce travail n'aurait pas vu le jour.

Je tiens également à remercier :

Madame le Docteur Sophie Martin, d'avoir accepté de diriger ce mémoire.

Monsieur François Dalmay et Monsieur Julien Gatineau, pour m'avoir aidé à réaliser l'étude statistique de mon travail.

Toute l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes, pour la richesse de la formation que nous avons reçue.

Merci à Madame Agnès Baraille, dont la présence et le soutien ont été pour moi indispensables au cours de ces deux dernières années.

Merci Véronique, sans vous l'école ne serait pas la même.

J'adresse enfin toute ma reconnaissance à mes parents et à Suzanne, pour leur amour si précieux.

Table des matières

INTRODUCTION.....	11
DENI DE GROSSESSE	13
1. Définition	13
2. Manifestations cliniques pendant la grossesse.....	14
3. Complications obstétricales et périnatales	14
3.1. Complications obstétricales	14
3.2. Complications périnatales.....	16
PROTOCOLE DE RECHERCHE ET METHODOLOGIE.....	18
1. Le type d'étude	18
2. La population étudiée	18
3. Les critères d'appariement	18
4. Les variables étudiées.....	19
5. La méthode de collecte des données.....	19
6. La stratégie d'exploitation des données	19
PRESENTATION DES RESULTATS	20
1. Présentation des populations cas et témoins	20
1.1. Statut familial.....	20
1.2. Niveau d'étude	21
1.3. Situation professionnelle.....	21
1.4. Ressource financière et couverture sociale	22
1.5. Indice de Masse Corporelle (IMC).....	23
1.6. Consommation de tabac, alcool ou drogue	23
1.7. Antécédents psychiatriques	24
2. Présentation de la population des pères.....	24
3. Suivi de grossesse.....	24
4. Complications au cours de la grossesse.....	25
5. Travail et accouchement.....	26
5.1. Mise en travail	26
5.2. Travail dirigé par ocytocine et anesthésie péridurale	27
5.4. Durée du travail et de l'accouchement	27
5.5. Mode d'accouchement	27
5.6. Hémorragie de la délivrance	28
6. Etat de l'enfant à la naissance	28
7. Post-partum immédiat	29
ANALYSE ET DISCUSSION	30
1. Limites et points forts de l'étude.....	30
1.1. Les limites.....	30
1.2. Les points forts.....	30
2. Interprétation des résultats	31
2.1. Présentation des populations	31
2.2. A propos des complications obstétricales.....	34
2.3. A propos des complications périnatales	38

PROPOSITIONS.....	41
CONCLUSION	42
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	44

Table des figures

Figure 1 : Statut familial	16
Figure 2 : Niveau d'étude	17
Figure 3 : Consommation de toxiques	19
Figure 4 : Mise en travail, utilisation d'ocytocine et anesthésie péridurale	22
Figure 5 : Mode d'accouchement	23

Tables des tableaux

Tableau I : Taux d'activité professionnelle	17
Tableau II : Ressources financières	18
Tableau III : Mode de couverture sociale	18
Tableau IV : Indice de Masse Corporelle	19
Tableau V : Complications obstétricales	21

INTRODUCTION

Le déni de grossesse est un phénomène mal défini, qui ne fait l'objet d'aucun consensus international.

Il s'agit pourtant d'un phénomène qui n'est pas si rare : selon l'Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse (AFRDG), il concerne 2 à 3 femmes enceintes pour mille, soit 600 à 1800 femmes chaque année, dont la moitié environ présente un déni total. (1) Dans le mémoire de fin d'étude réalisé par Isabelle Collasson regroupant 57 grossesses découvertes tardivement entre 1990 et 1994, le nombre de découverte tardive de grossesse est estimé à 2 pour mille. Elle souligne que cette prévalence est probablement sous-estimée compte-tenu du nombre élevé de femmes qui n'ont pas été incluses dans l'étude. (2)

Le déni de grossesse représente une situation l'origine de nombreuses questions sur son origine et sur sa prise en charge, car il est potentiellement à risque pour la mère et son enfant.

Bien que souvent étudié sur le plan psychopathologique, le phénomène ne fait l'objet que de très peu de publications sur les éventuels retentissements médicaux lors de la grossesse et de l'accouchement.

Il me semble donc intéressant de faire un état des lieux des conséquences potentielles d'une déclaration tardive de grossesse d'un point de vue obstétrical ou périnatal. Les données recueillies permettraient de sensibiliser les professionnels de santé à une meilleure prise en charge de ces patientes à partir de la levée du déni, pour le suivi de grossesse, l'accouchement et la naissance, ainsi que de leur nouveau-né.

L'objectif de cette étude est donc de mettre en évidence les complications obstétricales et périnatales dans la population des patientes ayant découvert leur grossesse tardivement.

Nous avons également souhaité mettre en évidence les caractéristiques sociodémographiques de ces mêmes patientes.

La première partie de ce mémoire sera consacrée à la définition du déni de grossesse et de ses éventuelles complications obstétricales et périnatales. Dans une seconde partie, nous exposerons le protocole de recherche et la méthodologie de notre étude. La troisième partie consistera en une présentation des résultats de notre étude.

Enfin, nous terminerons par l'analyse et la discussion de nos résultats en rapport avec les données de la littérature.

DENI DE GROSSESSE

1. Définition

C'est en 1681 que le gynécologue Mauriceau affirme que la persistance des saignements menstruels pendant la grossesse peut conduire à la méconnaissance de celle-ci : l'idée de déni de grossesse est née. Cependant il faudra attendre les années 1970 pour que le terme « déni de grossesse » apparaisse dans la littérature pour la première fois. (3)

En 2002, D. N. GRANGAUD, pédopsychiatre, dans sa thèse intitulée « Déni de grossesse : description clinique et essai de compréhension psychopathologique », définit le déni de grossesse comme une non reconnaissance de la grossesse au-delà du premier trimestre, et pouvant se prolonger jusqu'à l'accouchement. (2)

D'autres, comme BAYLE (4) et DAYLAN (5), deux psychiatres, préfèrent utiliser le terme de négation de grossesse, qui s'étend de la dissimulation de la grossesse jusqu'au déni au sens psychanalytique, prenant ainsi en compte l'incapacité ou le refus des femmes enceintes à reconnaître leur état.

Selon le CNGOF¹, le déni de grossesse se définit pour une femme enceinte comme le fait de ne pas avoir conscience de l'être. (6)

Il n'existe pas de consensus international concernant le déni de grossesse. Deux types de dénis sont toutefois recensés. (7) Le déni est total ou « massif », s'il s'étend de la conception de l'enfant jusqu'à la naissance de celui-ci, sans prise de conscience de la part de la femme. Il est partiel s'il est levé avant la fin de la grossesse.

¹ CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

2. Manifestations cliniques pendant la grossesse

Les signes sympathiques de grossesse (nausées, vomissements, asthénie, tension mammaire) sont le plus souvent absents. Lorsqu'il existe une aménorrhée, celle-ci est attribuée à une cause autre que la grossesse. (8)

La prise de poids est faible voire absente. Lorsqu'elle est présente, elle est attribuée à une augmentation de l'appétit, ou à un manque d'activité physique. Il en est de même pour l'augmentation du périmètre abdominal qui n'est pas en accord avec l'âge gestationnel. Ces femmes ne notent pas non plus d'augmentation du volume des seins. De manière surprenante, la levée du déni entraîne de manière très rapide une augmentation du volume abdominal jusqu'à atteindre une taille en corrélation avec l'âge de la grossesse. (2)

La plupart du temps, il n'y a pas de notion de mouvements actifs fœtaux ou ils sont assimilés à un péristaltisme digestif. (8)

3. Complications obstétricales et périnatales

Les dénis de grossesses sont des grossesses non ou mal suivies. Les femmes, ignorant être enceintes, s'exposent donc à un grand nombre de complications obstétricales et périnatales.

3.1. Complications obstétricales

3.1.1. Menace d'accouchement prématuré (MAP)

Dans le cas où la grossesse n'est pas connue par la femme, les contractions ne seront pas ressenties comme telles, et seront associées à des douleurs d'une autre origine le plus souvent urinaires : coliques néphrétiques ou pyélonéphrite.

L'étude prospective de C. Brezinka, gynécologue autrichien, réalisée sur trois ans, retrouve une fréquence plus élevée de menace d'accouchement prématuré en cas de découverte tardive de la grossesse. (9)

Le docteur J Wessel, dans une étude prospective réalisée à Berlin sur 94 femmes ayant déclaré leur grossesse après 20 semaines d'aménorrhée (SA), retrouve un taux d'accouchement prématuré de 16%, contre 6% dans la population générale. (10)

3.1.2. Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU)

Le dépistage du RCIU se base sur la mesure de la hauteur utérine et l'échographie obstétricale (11). Pour cela, il est indispensable de connaître précisément le terme de la grossesse. De plus, dans les cas de RCIU non pris en charge, une hypoxie fœtale chronique peut se constituer et conduire à la mort du fœtus in utéro.

Wessel retrouve un taux de retard de croissance intra-utérin de l'ordre de 27%, contre 8% dans la population générale. (10)

3.1.3. Diabète gestationnel

En France, la prévalence du diabète gestationnel est estimée de 3 à 5% des grossesses. Un dépistage est systématiquement proposé au cours de la grossesse, au moyen d'un test (Hyperglycémie provoquée orale ou HGPO) au cours du second trimestre de la grossesse entre 24 et 28 SA.

Un diabète non dépisté peut avoir de graves conséquences, telles qu'une macrosomie et/ou un hydramnios, pouvant aller jusqu'à la mort fœtale. (11)

3.1.4. Complications hypertensives et pré-éclampsie

Dans la population générale, l'hypertension artérielle (HTA) concerne environ 10 à 15% des grossesses, et la pré-éclampsie survient dans 3 à 7% des grossesses. La pré-éclampsie peut avoir des conséquences dramatiques sur la mère comme sur le fœtus : éclampsie avec crise convulsive, hématome rétro-placentaire, insuffisance rénale aigüe, RCIU, mort fœtale, ou

accouchement prématuré. C'est pourquoi la mesure de la pression artérielle doit être systématiquement surveillée mensuellement pendant la grossesse. (11)

Une étude rétrospective réalisée par trois gynécologues (A. Peres, B. Breton et E. Barranger) de 2008 à 2010 et portant sur 76 cas, révèle une nette augmentation des complications hypertensives maternelles en cas de déni de grossesse. (12)

L'étude de Brezinka retrouve également une fréquence élevée de pré-éclampsie, et que ce risque est plus élevé chez les femmes ayant découvert leur grossesse avant le terme par rapport à celles ayant découvert leur grossesse au terme de celle-ci. (9)

3.1.5. A l'accouchement

Isabelle Collasson montre qu'en cas de déni de grossesse, plus de $\frac{3}{4}$ des accouchements se déroulent de manière eutocique, et le recours à la césarienne ou à une extraction instrumentale est moins élevé. Elle explique ces résultats par des accouchements plus rapides, avec moins d'analgésie et moins de déclenchement artificiel du travail. (2)

L'étude rétrospective réalisée par A. Peres, B. Breton et E. Barranger de 2008 à 2010, ne montre pas davantage de complications en cas de grossesse non suivie que lors de grossesses suivies. Cependant le travail rapide entraîne plus de complications hémorragiques, et peut également être la cause de plaies du col ou du vagin. (12)

De même, l'étude d'Isabelle Colasson a montré que la survenue d'un travail brutal et bref entraîne un risque hémorragique mettant en jeu le pronostic vital de la patiente. (2)

3.2. Complications périnatales

Plusieurs études révèlent des complications : Wessel retrouve parmi les complications : un faible poids de naissance (18% versus 6%), un accouchement prématuré (16% versus 6%), et un transfert en néonatalogie (29% versus 9%) sans que les raisons du transfert ne soient précisées. Cet auteur explique l'augmentation de la morbidité par un ensemble de facteurs de risque présents lors de toutes les grossesses non suivies. De plus, cette population n'adapte

pas son mode de vie à la grossesse. Wessel cite notamment les risques liés à la poursuite d'une activité professionnelle, d'une activité physique intense, ainsi qu'une nutrition non adaptée à la grossesse, de la consommation d'alcool ou de tabac. (10)

L'étude du docteur Brezinka révèle un taux augmenté de prématurité, de malformations et de décès in utero. Le principal risque néonatal réside dans la mauvaise interprétation des signes d'alarme tels que les contractions de début de travail. Il évoque également les risques liés à la prise de médicaments tératogènes et l'exposition aux rayons X. (9)

E. Barranger met en évidence un plus grand nombre de complications néonatales avec plus d'accouchements prématurés, un poids de naissance plus faible et plus de détresses respiratoires. (12)

D'autres auteurs, comme Niermal (gynécologue Galloise), suite à une étude rétrospective sur 11 années, ne retrouve pas de différence significative sur la morbidité des femmes ayant dénié leur grossesse par rapport aux autres. Toutefois, elle précise que ces grossesses doivent être considérées comme à haut risque en raison de l'augmentation de la morbidité périnatale. (7)

PROTOCOLE DE RECHERCHE ET METHODOLOGIE

1. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude cas témoin rétrospective exhaustive transversale monocentrique.

2. La population étudiée

La population des cas correspond aux femmes ayant accouché à l'HME de Limoges et qui ont déclaré leur grossesse après 20 semaines d'aménorrhée.

La population des témoins correspond aux femmes ayant accouché à l'HME de Limoges et qui ont déclaré leur grossesse avant 14 semaines d'aménorrhée.

55 dossiers répondent aux critères de cette étude, ce qui correspond à 55 cas et 55 témoins, soit 110 dossiers, sur une période allant de janvier 2010 à juin 2014.

Les critères d'exclusion sont les femmes présentant une grossesse multiple.

3. Les critères d'appariement

Chaque cas a été apparié avec un témoin.

Les critères d'appariement sont au nombre de trois : la parité, l'âge (les cas et les témoins seront appariés à deux ans près) et la présence d'un facteur de vulnérabilité identifié sur le logiciel Filemaker® par la case « dossier présenté au staff psycho social ».

La sélection des dossiers a été faite à partir du numéro de dossier : chaque cas a été apparié avec le dossier correspondant aux critères d'appariement le plus proche dans la liste par ordre de numéro de dossier, attribués en fonction de la date de création de dossier.

4. Les variables étudiées

Afin de décrire la population, nous avons répertorié les caractéristiques sociodémographiques de la population (les patientes ainsi que leur conjoint), les antécédents médicaux et les comportements liés aux addictions.

Par ailleurs, nous avons recherché les complications au cours de la grossesse et de l'accouchement.

Enfin, nous nous sommes intéressés à l'état de l'enfant à la naissance.

5. La méthode de collecte des données

Le recueil des données nécessaires à la réalisation de mon étude a été réalisé à partir du logiciel Filemaker® de l'HME de Limoges.

Pour veiller au respect de l'anonymat des patientes, nous avons pris en compte le code attribué au dossier en fonction de la date de leur création.

6. La stratégie d'exploitation des données

L'analyse statistique des données a été réalisée via le logiciel Statview®. Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage avec un intervalle de confiance, et les variables quantitatives ont été exprimées sous la forme de moyenne avec un écart-type.

La comparaison entre la prévalence des complications obstétricales et périnatales chez les femmes ayant découvert leur grossesse tardivement et chez celles de la population accouchant à l'HME de Limoges ayant déclaré leur grossesse avant 14 SA a été réalisée grâce au test du Chi 2. On parle de différence significative entre deux groupes lorsqu'on obtient un « p » inférieur ou égal à 0,05.

La comparaison des moyennes a été réalisée à l'aide du test de Student.

PRESENTATION DES RESULTATS

1. Présentation des populations cas et témoins

Notre population est composée de 55 cas et 55 témoins.

La moyenne d'âge est de 27 ans dans les deux populations, avec comme extrême 16 et 42 ans chez les cas. Chez les témoins, les extrêmes d'âge sont 16 et 43 ans.

1.1. Statut familial

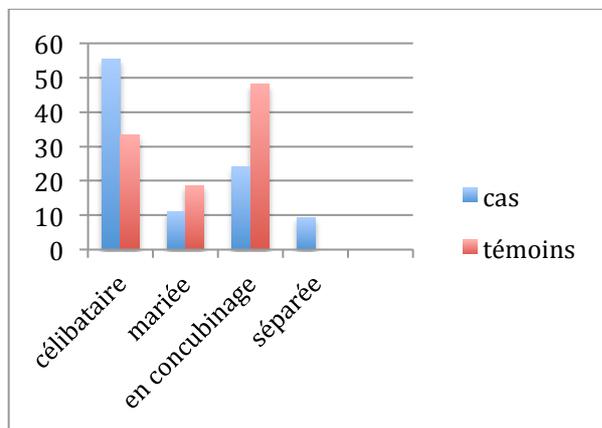


Figure 1 : Statut familial

Les patientes dont la déclaration de grossesse est tardive sont majoritairement célibataires.

Chez les témoins, nous avons retrouvé un résultat inférieur, avec 33,3% de femmes célibataires.

Nous avons obtenu une différence significative entre les deux populations avec un $p = 0,0049$.

1.2. Niveau d'étude

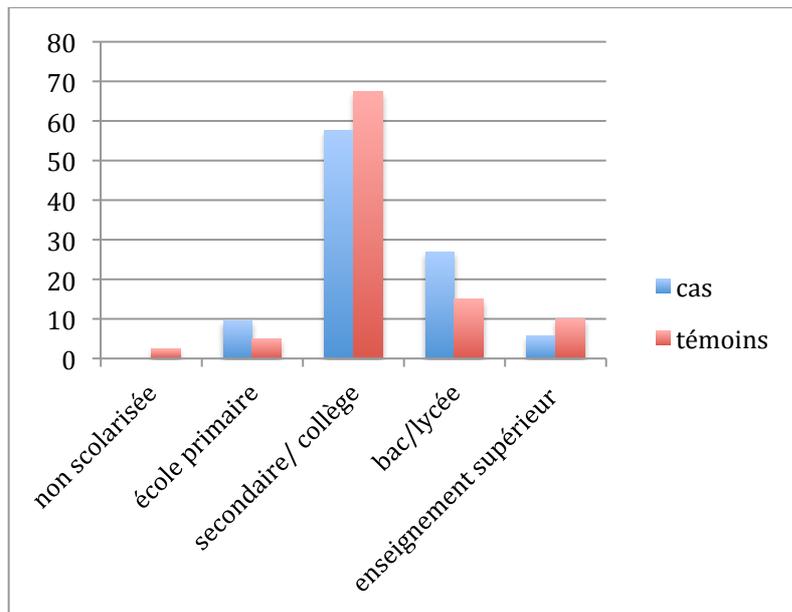


Figure 2 : Niveau d'étude

Pour les deux populations, la majorité des femmes ont un niveau d'étude correspondant à l'enseignement secondaire : 57,7% des cas, et 67,5% des témoins.

1.3. Situation professionnelle

En ce qui concerne la situation professionnelle, nous avons obtenu :

Tableau I : Taux d'activité professionnelle

	Actifs	Inactifs
Cas	40%	60%
Témoins	31%	69%

Dans la population « déni de grossesse », on compte 60% d'inactivité. Chez les femmes de la population témoin, ce chiffre est de 69%.

1.4. Ressource financière et couverture sociale

Tableau II : Ressources financières

	Salaire	Chômage/ RSA	Aucun revenu
Cas	23%	28%	50%
Témoins	26%	37%	36%

Dans la population des femmes ayant découvert tardivement leur grossesse, 50% n'ont aucune ressource financière. Ce chiffre est de 36% dans la population témoin. La différence n'est pas significative.

Tableau III : Modes de couverture sociale :

	Sécurité sociale	CMU/AME	Aucune couverture
Cas	48%	42%	10%
Témoins	39%	57%	4%

10% des cas n'ont aucune couverture sociale, ce qui est le cas pour 4% de la population de femmes accouchant à l'HME de Limoges. Nous n'avons pas de différence significative.

Plus de la moitié des femmes parmi les témoins ont une couverture sociale par la CMU, ou l'AME, sans différence significative par rapport au groupe des femmes ayant découvert leur grossesse tardivement.

1.5. Indice de Masse Corporelle (IMC)

Tableau IV : IMC :

	Normal	Surpoids/obésité	Poids insuffisant
Cas	46%	40%	16%
Témoins	56%	20%	23%

Ce tableau met en évidence que deux fois plus de cas que de témoins sont en surpoids, ou obèses. Le test statistique ne met pas en évidence de différence significative.

1.6. Consommation de tabac, alcool ou drogue

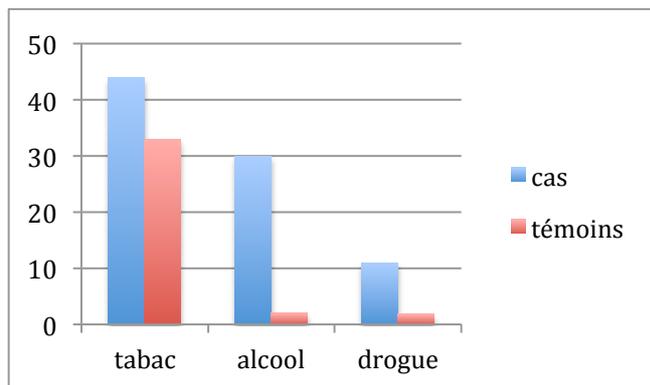


Figure 3 : consommation de toxiques

Dans la population de cas, 30 patientes consomment de l'alcool, et 2 patientes dans le groupe témoin. Le p est inférieur à 0,0001, nous pouvons conclure à une différence significative entre les deux populations.

Pour tous les cas, la drogue consommée est du cannabis. Une seule femme appartenant aux témoins consomme de la cocaïne.

1.7. Antécédents psychiatriques

Nous avons retrouvé dans la population des femmes dont la déclaration de grossesse est tardive 22,2 % d'antécédents de dépression traitée et 16,3 % dans la population des témoins. D'autre part, 1,8% de nos cas bénéficient d'un suivi psychiatrique, et 9,3% de nos témoins. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative mais une tendance ($p = 0,09$)

2. Présentation de la population des pères

La moyenne d'âge est de 30 ans dans les deux populations.

Dans la population « déni de grossesse », nous avons retrouvé 29 pères inconnus soit 52,7%, et 8 chez les témoins, soit 14,5%. La différence est significative, $p = 0,0210$.

En revanche, il n'existe pas de différence concernant le niveau d'étude ou la situation professionnelle pour les pères des deux populations.

3. Suivi de grossesse

En moyenne, la première consultation a eu lieu à 27,4 SA chez les cas et 14,2 SA chez les témoins. Nous rappelons que cette variable définit les deux populations : tous les cas ont déclaré leur grossesse après 20 SA, et tous les témoins avant 14 SA.

A partir de la découverte de la grossesse, plus de 78% des cas ont bénéficié d'au moins une consultation par mois. Dans la population témoin, 83% des femmes font suivre leur grossesse régulièrement. La différence n'est pas significative entre les deux populations.

4. Complications au cours de la grossesse

Nous avons choisi de présenter les complications obstétricales sous forme de tableau.

Tableau V : complications obstétricales

	métrorragies	RPM ²	MAP ³	HTA/PE ⁴	DG ⁵	HRP ⁶	RCIU ⁷
Cas	1 (1,8%)	3 (5,5%)	6 (10,9%)	1 (1,8%)	2 (3,6%)	0	4 (7,2%)
Témoins	4 (7,4%)	6 (11%)	5 (11,3%)	4 (7,4%)	6 (11%)	1 (1,8%)	5 (9,2%)

En ce qui concerne ces différentes pathologies de la grossesse, on compte quatre fois plus de métrorragies chez les témoins par rapport aux cas, et trois fois plus de diabètes gestationnels.

Nous avons retrouvé deux fois plus de RPM chez les témoins que dans la population des cas.

La MAP est la pathologie la plus fréquemment retrouvée.

Aucune différence significative n'a été identifiée entre les deux populations étudiées.

- Hospitalisation en cours de grossesse :
15% des cas ont nécessité une hospitalisation, et 31% des témoins, il existe donc une différence significative avec $p = 0,0452$.
Le motif d'hospitalisation le plus fréquemment retrouvé est la Menace d'Accouchement Précoce.
d'Accouchement Précoce.
- Surveillance :
28,8% des cas ont bénéficié d'une surveillance particulière avec sage-femme à domicile, et 47% des témoins. Il n'y a pas de différence significative, mais une tendance avec $p = 0,0532$.

² RPM : Rupture Précoce des Membranes

³ MAP : Menace d'Accouchement Précoce

⁴ HTA/PE : Hypertension Artérielle / Pré-Eclampsie

⁵ DG : Diabète Gestationnel

⁶ HRP : Hématome Rétro-Placentaire

⁷ RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

La surveillance consiste en un suivi par sage-femme à domicile ou d'échographies surnuméraires : nous avons révélé en moyenne 2,4 échographies chez les cas et 3,4 chez les témoins. Pour le nombre d'échographies, nous avons retrouvé une différence significative avec un $p < 0,0001$.

- Consultations en urgence :
16% des cas ont eu recours à des consultations en urgence et 25% des témoins.
Le motif de consultation en urgence le plus souvent évoqué est la MAP.

5. Travail et accouchement

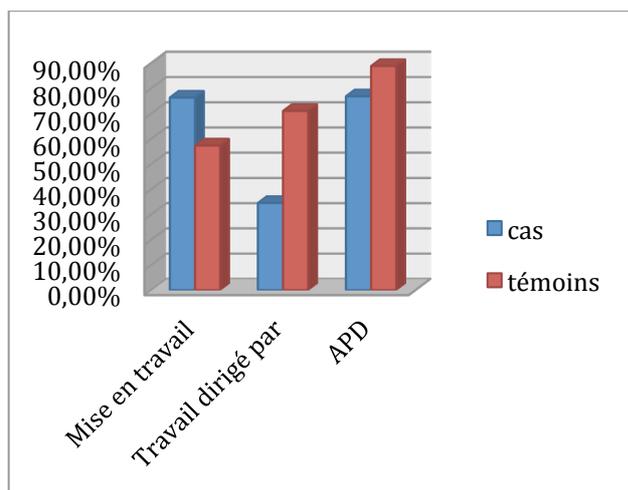


Figure 4 : mise en travail, utilisation d'ocytocine et recours à l'anesthésie péridurale (APD)

5.1. Mise en travail

Le terme de l'accouchement est en moyenne de 39 SA dans les deux populations.

La mise en travail est spontanée pour 76,4% des cas et 57,4% des témoins : il existe donc une différence significative avec $p = 0,0354$.

L'indication la plus fréquemment retrouvée de maturation ou de déclenchement est le dépassement de terme, dans les 2 populations.

5.2. Travail dirigé par ocytocine et anesthésie péridurale

Pour 71,1% des témoins et 34,6% des patientes dont la découverte de grossesse est tardive, le travail est dirigé par ocytocine. Nous trouvons une différence significative ($p = 0,0003$)

76,9% des cas et 88,9% des témoins ont bénéficié d'une anesthésie péridurale.

5.4. Durée du travail et de l'accouchement

En moyenne, le travail dure 4,22 heures chez les cas et 6,05 heures chez les témoins ($p=0,0037$).

Le temps moyen à dilatation complète est de 54 minutes chez les cas et 65 minutes chez les témoins. La durée moyenne des efforts expulsifs est de 12 minutes, dans les deux populations.

5.5. Mode d'accouchement

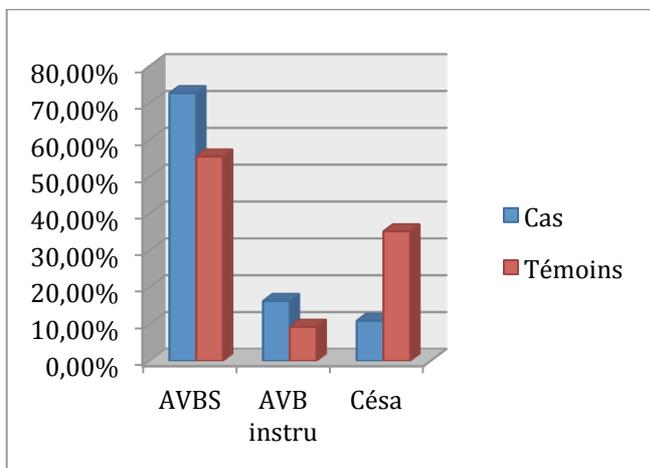


Figure 5 : mode d'accouchement

35,2% des témoins ont accouché par césarienne. Ce taux est de 10,9% chez les patientes ayant dénié leur grossesse. Il existe une différence significative, avec un $p = 0,0095$.

L'indication de césarienne ou d'extraction instrumentale la plus retrouvée est la présence d'altérations du rythme cardiaque fœtal (ARCF), parfois associées à une stagnation de la descente.

La césarienne est réalisée en urgence pendant le travail pour 57,9% des témoins et 66,7% des cas.

La présence d'ARCF est présente pour 41,3% des accouchements des témoins et 18,9% des cas. La différence est significative, $p = 0,0144$.

5.6. Hémorragie de la délivrance

Nous avons retrouvé un cas d'hémorragie de la délivrance chez les cas (1,8%), et trois chez les témoins (5,6%).

Une délivrance artificielle a été réalisée chez un cas (1,82%), et quatre chez les témoins (7,4%).

6. Etat de l'enfant à la naissance

Dans les deux populations, tous les nouveau-nés sont nés vivants.

Concernant le poids de naissance, huit nouveau-nés issus de déni de grossesse ont un poids inférieur à 2500g et sept chez les témoins.

Trois nouveau-nés ont un poids supérieur à 4000g dans la population « déni de grossesse ». Dans la population témoin, aucun nouveau-né n'a un poids supérieur à 4000g.

La valeur du pH au cordon est en moyenne de 7,26 chez les cas et 7,28 chez les témoins.

Cinq nouveau-nés parmi les cas ont nécessité la réalisation de gestes de réanimation, et neuf chez les témoins. Parmi ces enfants, quatre cas et sept témoins ont été transférés en réanimation néonatale.

Nos avons retrouvé deux cas de malformations dans la population des femmes ayant dénié leur grossesse : un cas de cardiopathie et un cas de pied-bot bilatéral.

Nous n'avons pas retrouvé de malformation chez les enfants des témoins

7. Post-partum immédiat

Sept témoins ont présenté une pathologie (12,9%), et un seul cas (1,82%).

Parmi ces pathologies nous avons identifié chez les témoins trois hémorragies de la délivrance, une crise d'éclampsie et deux rétentions placentaires.

Chez les cas, nous avons répertorié une hémorragie de la délivrance.

ANALYSE ET DISCUSSION

1. Limites et points forts de l'étude

1.1. Les limites

Notre étude comporte un défaut de puissance, car malgré son caractère exhaustif, les effectifs restent faibles.

Cette étude est basée sur un recueil de données à partir des dossiers informatiques répertoriés dans le logiciel Filemaker® de l'HME de Limoges. Malheureusement, certains d'entre eux sont incomplets, notamment les dossiers les plus anciens. Nous avons donc été confrontés à un grand nombre de données manquantes.

1.2. Les points forts

Le déni de grossesse est un sujet rarement étudié dans la littérature du point de vue obstétrical. Il n'existe à ma connaissance pas d'autres études cas-témoins traitant de ce thème.

Il s'agit d'une étude exhaustive, tous les dossiers disponibles correspondant aux critères de notre étude ont donc été exploités.

Nous avons mis en évidence des différences significatives entre nos deux populations pour plusieurs variables :

- les caractéristiques de la population, comme le statut familial, ou la consommation de toxiques
- le nombre d'hospitalisations, d'échographies ou encore les surveillances à domicile
- sur le déroulement de l'accouchement : nombre de déclenchements artificiels du travail, durée du travail ou encore mode d'accouchement.

2. Interprétation des résultats

2.1. Présentation des populations

Age

L'âge moyen des femmes de notre étude est de 27 ans. Cet âge est en corrélation avec les données retrouvées dans la littérature : selon une étude menée à Poitiers par Isabelle Collasson regroupant 57 grossesses découvertes tardivement entre 1990 et 1994, l'âge moyen des femmes déniaient leur grossesse est de 26 ans. (2)

D'après le Docteur Félix Navarro dans la préface du colloque français pour le déni de grossesse, les femmes touchées sont âgées de 15 à 44 ans, avec une moyenne d'âge de 27 ans, ce qui correspond également aux résultats de notre étude. (13)

Ces chiffres montrent que le déni de grossesse concerne toutes femmes en âge de procréer et ne touche pas une tranche d'âge particulière, contrairement aux idées reçues qui voudraient que seules les femmes jeunes soient la cible de ce phénomène. (14)

Statut familial

La majorité des patientes concernées par le déni de grossesse vit seule, contre un tiers dans la population témoin.

D'ailleurs, plus de la moitié des pères sont inconnus chez les cas, et seulement 8 chez les témoins. Nous avons retrouvé une différence significative pour la situation familiale.

Isabelle Collasson retrouve également une différence sur le statut familial, avec 45,6% de femmes célibataires (dont 1,8% de femmes divorcées) et 52,6% de femmes mariées ou vivant en concubinage. (2) Cette différence reste toutefois moins importante que celle retrouvée dans notre étude.

Vivre en couple serait un facteur protecteur vis à vis du déni de grossesse.

Nous pouvons supposer que dans certaines situations le sentiment de culpabilité est prédominant chez les femmes célibataires. Nous pouvons évoqué le cas des grossesses hors mariage, de liaison extraconjugale, de grossesse adolescente, ou encore lorsque la communication est absente du schéma familial. Ces cas de figure pourraient amener une

femme à dénier sa grossesse. Cependant, nous ne pouvons pas conclure quant à l'impact réel de ces critères comme facteur de risque de déni de grossesse car ils ne sont pas mentionnés dans les dossiers informatifs.

Niveau d'étude et situation professionnelle

Notre étude retrouve une majorité de femmes dont le niveau scolaire équivaut à un enseignement secondaire, que ce soit dans la population « déni de grossesse » ou dans la population témoin. Nous n'avons trouvé aucune différence concernant cette variable, nous pouvons donc supposer que le niveau scolaire n'influe pas sur la survenue d'un déni de grossesse.

L'étude d'Isabelle Collasson mettait en évidence un niveau scolaire plus bas chez les femmes présentant un déni de grossesse. (2)

L'étude menée dans les maternités de Denain et Valenciennes par les Docteurs Pierronne et Delannoy, portant sur 56 femmes ayant pris tardivement conscience de leur grossesse, retrouve des résultats contradictoires. Elle précise que ces femmes viennent de tous les milieux socio-économiques et scolaires. (15)

Il est donc difficile de mesurer l'impact réel du niveau scolaire sur la survenue d'un déni de grossesse.

La pratique professionnelle entre les deux populations est peu différente. En effet, la majorité des patientes des deux populations n'ont pas d'activité professionnelle. Ces chiffres nous ont paru particulièrement élevés. Nous pouvons en partie l'expliquer par le fait que l'information est manquante dans 7% des dossiers des témoins : il en résulte peut-être une majoration du pourcentage de patientes inactives dans cette population.

Lola Carles a réalisé des entretiens auprès de 10 patientes dont la grossesse a été marquée par un déni de grossesse, 40% de la population avait une activité professionnelle. Ces données sont concordantes avec les nôtres. (17). Nous pouvons alors penser qu'il s'agit d'une des particularités de la population générale des femmes qui accouchent à l'HME.

Antécédents psychiatriques et addictions

Antécédents psychiatriques :

Nous avons été surpris de constater que les témoins semblent présenter plus d'antécédents psychiatriques que les cas. En effet, la population des témoins compte cinq fois plus de suivis psychologiques que la population des cas. Cependant, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative, probablement en raison du manque de puissance de l'étude. Il existe seulement une tendance.

Pour les antécédents de dépression, la différence est moindre.

Seulement 3 femmes sur les 66 dénis de grossesses souffraient d'un trouble psychiatrique dans l'étude de Berlin (13). Nos résultats sont donc supérieurs à ceux de cette étude.

Cependant, selon le Docteur Dayan (5) et le Docteur GORRE FERRAGU (8), les femmes souffrant de troubles psychotiques sont plus à risque de présenter un déni de grossesse. Ces résultats sont donc en contradictions avec ceux que nous avons obtenus dans notre étude.

Les conclusions des différentes études ne sont pas concordantes. De plus, trop peu de résultats sont trouvés dans la littérature pour nous permettre de trancher sur la corrélation entre la présence d'un trouble psychiatrique et la survenue d'un déni de grossesse.

Addictions :

Pour les addictions (tabac, alcool et drogue), la consommation est supérieure chez les femmes ayant découvert leur grossesse tardivement.

La consommation d'alcool est statistiquement supérieure dans la population des patientes qui ont déclaré leur grossesse tardivement.

La consommation d'alcool serait associée au déni de grossesse, selon notre étude. Cependant, nous n'avons retrouvé aucune donnée dans la littérature. Le nombre de sujets est insuffisant pour pouvoir affirmer qu'il s'agit d'un réel facteur de risque.

L'analyse des caractéristiques de la population ne nous permet pas de dégager un profil type de patientes touchées par les dénis de grossesse, bien que certains critères puissent-être considérés comme des facteurs de vulnérabilité, comme le célibat, la consommation d'alcool et l'inactivité.

2.2. A propos des complications obstétricales

Nous avons comparé la prévalence des complications obstétricales telle que la menace d'accouchement prématuré et les complications hypertensives, entre la population des femmes ayant déclaré leur grossesse après 20 SA et celles l'ayant déclaré avant 14 SA.

Suivi de grossesse et complications obstétricales

Nous avons supposé que les femmes présentant un déni de grossesse faisaient peu ou mal suivre leur grossesse, ce qui exposerait le fœtus à un grand nombre de complications.

En effet les femmes, ignorant être enceintes, pourraient être exposées à un grand nombre de risques comme par exemple la prise de médicaments, les rayons X, la prise d'alcool, de tabac ou de drogue, l'exposition à des maladies infectieuses dangereuses pour le fœtus, ou encore la pratique de sport intensif. De plus, les signes d'alarme comme les contractions utérines ou la rupture de la poche des eaux ne seraient dans ces cas là pas interprétés comme tels. (2)

Mais dans notre étude, à partir de la découverte de leur grossesse, les patientes de la population cas font très majoritairement suivre leur grossesse mensuellement, selon les recommandations. Cet élément peut expliquer que nous n'ayons obtenu aucune différence significative concernant la survenue de ces différentes complications.

Dans le cas des dénis de grossesse, nous pouvions nous attendre à un plus grand nombre de complications : les examens classiquement pratiqués pendant la grossesse ne sont pas réalisés, les pathologies gestationnelles ne sont donc pas, ou sont tardivement dépistées.

Bien qu'aucune différence significative n'ait été retrouvée, certaines particularités se dégagent. Les pathologies telles que les métrorragies ou les diabètes gestationnels sont plus fréquentes dans la population « déni de grossesse » par rapport à la population des témoins.

Nous pouvons expliquer ces résultats par le fait qu'en cas de déni de grossesse, les métrorragies peuvent être assimilées à des règles ou des « spotting », dans la mesure où la grossesse n'est pas connue.

Pour le diabète gestationnel, qui est classiquement dépisté vers 28 SA, nous pouvons justifier sa moindre fréquence chez les cas par le fait que les patientes ayant découvert leur grossesse après ce terme n'ont pas bénéficié d'un dépistage de cette pathologie.

La pathologie la plus fréquemment retrouvée est la MAP, ce qui est concordant avec la population générale.

Hospitalisation et échographies en cours de grossesse

La population dont la déclaration de grossesse a été tardive a nécessité moins d'hospitalisations, moins de suivi à domicile et moins de consultations en urgence.

Concernant le nombre d'hospitalisations, la différence que nous avons obtenue est significative.

La diminution du nombre de suivis à domicile chez les cas n'est pas significative mais une tendance se dégage.

Lorsque la première échographie est réalisée tardivement, la date de début de grossesse est déterminée de manière imprécise. Cela entraîne une difficulté de diagnostic pour certaines pathologies nécessitant une datation précise de la grossesse, comme le Retard de Croissance Intra-Utérin ou encore la macrosomie fœtale.

De plus, ces résultats sont cohérents par rapports au fait que l'on dépiste moins de pathologies au cours des grossesses découvertes tardivement, comme nous l'avons supposé pour le diabète gestationnel.

Menace d'accouchement prématuré

Dans notre population, le terme de l'accouchement est en moyenne de 39 SA.

Nous n'avons retrouvé qu'environ 10% de MAP chez les cas, et 9% dans la population témoin. Les résultats sont très proches dans les deux populations, et ne permettent pas de conclure à une différence entre les femmes ayant découvert tardivement leur grossesse et la population générale, contrairement à ce que nous avons lu dans les données de la littérature.

En effet l'étude prospective de C. Brezinka, gynécologue autrichien, réalisée sur trois ans, retrouve une fréquence plus élevée de menace d'accouchement prématuré en cas de découverte tardive de la grossesse. (9)

Le docteur J Wessel, dans une étude prospective réalisée à Berlin sur 94 femmes ayant déclaré leur grossesse après 20 SA, retrouve un taux d'accouchement prématuré de 16%, contre 6% dans la population générale. (10)

Le faible effectif de notre population peut en partie expliquer la discordance de nos résultats avec ceux de la littérature. De plus, le suivi régulier mis en évidence a pu permettre d'éviter la survenue de MAP grâce à des conseils et à une prise en charge adaptée.

Retard de croissance intra-utérin

Dans notre étude, les pourcentages de RCIU sont de 7% chez les cas et 9% chez les témoins.

Wessel retrouve un taux de l'ordre de 27%, contre 8% dans la population générale (10).

Nos résultats sont donc comparables en ce qui concerne les témoins, mais le taux inférieur à 10% est très éloigné pour les cas.

Une large majorité des nouveau-nés de notre étude sont eutrophes.

L'étude de Wessel est la seule dans laquelle nous avons trouvé des résultats concernant le RCIU, les données sont donc trop peu nombreuses pour nous permettre de conclure.

Complications hypertensives

Nous avons un seul cas d'HTA dans notre population de cas, et quatre pour les témoins.

Ces chiffres sont similaires à ceux retrouvés dans la population générale de l'HME, avec des taux inférieurs à 10%.

Une étude rétrospective réalisée par trois gynécologues (A. Peres, B. Breton et E. Barranger) de 2008 à 2010 portant sur 76 cas note une nette augmentation des complications hypertensives maternelles en cas de déni de grossesse. (12)

L'étude de Brezinka retrouve également une fréquence élevée de pré-éclampsie, et il note que ce risque est plus élevé chez les femmes ayant découvert leur grossesse avant le terme par rapport à elles ayant découvert leur grossesse au terme de celle-ci. (9)

Nos résultats sont contradictoires avec ceux de ces deux études. Les femmes de nos deux populations sont jeunes, avec un âge moyen de 27 ans, avec un IMC majoritairement normal. De plus, aucune n'avaient d'antécédent d'HTA. Nous pouvons alors expliquer en partie nos

résultats par le fait que les patientes que nous avons étudiées n'appartenaient pas à une population à risque de développer une HTA.

Travail et accouchement

Nous avons étudié la durée du travail et les caractéristiques des accouchements. Puis nous nous sommes intéressés aux éventuelles complications hémorragiques.

Le terme moyen de l'accouchement dans notre population de femmes dont la déclaration de grossesse est tardive est de 39 SA. Il est similaire à celui de Lola Carles dont l'étude était réalisée à l'HME, avec une moyenne supérieure à 39SA.

Dans notre population, seuls 3 cas ont accouché prématurément. Ce résultat n'est pas surprenant étant donné le faible pourcentage de MAP que nous avons retrouvé. De plus, il est concordant avec celui du mémoire de L. Carles, qui n'avait trouvé qu'un cas d'accouchement prématuré sur les 10 patientes de son étude.

Dans notre population « déni de grossesse », la mise en travail est spontanée dans les $\frac{3}{4}$ des cas, ce qui est significativement supérieur à la population des témoins.

Dans le travail de Lola Carles, six des dix patientes ont eu un début de travail spontané. Parmi les quatre patientes restantes, 3 ont été déclenchés dont 2 pour dépassement de terme, et une a bénéficié d'une césarienne.

Nos résultats sont donc concordants avec ceux du mémoire de Lola Carles.

De plus les déclenchements ou les maturations cervicales sont très majoritairement motivés par le terme dépassé, et non par une pathologie.

Le recours à l'ocytocine est plus de deux fois moins fréquent chez les cas.

Le recours à l'anesthésie péridurale est également moindre, bien que très majoritaire (76,9% contre 88,9% chez les témoins).

De plus, il est intéressant de constater que la durée du travail est plus courte, ainsi que le temps à dilatation complète. Le travail semble donc plus eutocique.

On note également une différence significative concernant le nombre de césariennes, dont le nombre est très inférieur chez les patientes de la population « déni de grossesse ».

Dans son travail de fin d'étude, L. Carles retrouve également une durée de travail raccourci, inférieure à 8 heures pour les primipares et inférieure à 6 heures pour les patientes ayant déjà accouché. Dans ce mémoire, 9 patientes sur les 10 étudiées ont accouché par voie basse spontanée et seulement une par voie basse instrumentale. (17)

Isabelle Collasson montre qu'en cas de déni de grossesse, plus de $\frac{3}{4}$ des accouchements se déroulent de manière eutocique, et le recours à la césarienne ou à une extraction instrumentale est moins élevé. Elle explique ces résultats par des accouchements plus rapides, avec moins d'analgésie et moins de déclenchement artificiel du travail. (2)

L'étude rétrospective réalisée par A. Peres, B. Breton et E. Barranger de 2008 à 2010, montre aussi que la naissance, en cas de grossesse non suivie, ne présente pas plus de complications que lors de grossesses suivies. (12)

Nos données sont comparables à celles de la littérature.

Il semble donc que les patientes qui présentent un déni de grossesse accouchent plus vite et de manière plus eutocique que dans la population générale. Nos résultats sont significatifs à propos de la durée de travail et de la moindre nécessité de diriger le travail par ocytocine.

Cependant, ces études montrent qu'un travail rapide entraîne plus de complications hémorragiques, et peut également être la cause de plaies du col ou du vagin. (12)

De même, d'après certaines études, la survenue d'un travail brutal et bref entraîne un risque hémorragique mettant en jeu le pronostic vital de la patiente. (2)

Ces données ne se vérifient pas dans notre étude puisqu'une seule de nos patientes a présenté une hémorragie de la délivrance. La délivrance dirigée, qui est systématiquement réalisée à l'HME de Limoges, peut en partie expliquer ce résultat.

2.3. A propos des complications périnatales

Dans cette partie, nous nous sommes intéressés au poids de naissance des nouveau-nés, ainsi qu'aux éventuelles difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine, en tenant compte notamment du score d'Apgar et de la valeur du pH au cordon.

Dans notre population, le nombre de réanimations néonatales, de petits poids de naissance ou de malformations ne sont pas augmentés, et serait au contraire diminué. Le nombre de

nouveau-nés nécessitant des gestes de réanimation est supérieur dans la population des témoins.

Les difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine sont supérieures dans la population des femmes ayant déclaré leur grossesse avant 14 SA. Nous l'expliquons par un taux significativement plus important d'Altération du rythme cardiaque fœtal lors du travail chez les témoins.

Les pH des enfants à la naissance, sont normaux dans les deux populations.

Le nombre d'enfant ayant un petit poids de naissance est quasiment combrable dans les deux populations.

Nous pouvons en conclure que les enfants issus de déni de grossesse sont majoritairement eutrophes, et présentent des bonnes capacités d'adaptation à la vie extra-utérine.

Plusieurs études retrouvent des complications périnatales du déni de grossesse.

J. Wessel explique l'augmentation de la morbidité fœtale par un ensemble de facteurs de risque présents lors de toutes les grossesses non suivies. Selon cet auteur cette population n'adapte pas son mode de vie à la grossesse. Il cite notamment les risques liés à la poursuite d'une activité professionnelle, d'une activité physique intense, ainsi qu'une nutrition non adaptée à la grossesse, la consommation d'alcool ou de tabac pendant la grossesse.

Son étude montre un risque accru de faible poids de naissance, d'accouchement prématuré et de transfert en service de néonatalogie. (10)

Le Docteur Brezinka révèle un taux augmenté de prématurité, de malformations et de décès in utéro. Les résultats sont répartis en fonction du terme de la découverte de la grossesse : plus la naissance survient prématurément, plus les complications sont importantes, alors que les enfants nés à terme sont tous en bonne santé.

Selon lui, le principal risque néonatal réside dans la mauvaise interprétation des signes d'alarme tels que les contractions de début de travail. Il évoque également les risques liés à la prise de médicaments tératogènes et l'exposition aux rayons X, que nous n'avons pas pu étudier dans notre travail puisque la recherche n'est pas faite systématiquement. (9)

Nous pouvons supposer que l'exposition n'a pas eu lieu pour nos patientes puisque les nouveau-nés naissent en bonne santé.

L'étude d'E. Barranger met en évidence un plus grand nombre de complications néonatales avec plus d'accouchements prématurés, un plus petit poids de naissance et plus de détresses respiratoires. (12)

D'autres auteurs, comme Niermal (gynécologue Galloise), ayant réalisé une étude rétrospective sur 11 années, ne retrouve pas de différence significative sur la morbidité des femmes ayant dénié leur grossesse par rapport aux autres. Toutefois, elle précise que ces grossesses doivent être considérées comme à haut risque en raison de l'augmentation de la morbidité périnatale. (3)

La contradiction entre nos résultats et ceux de la littérature peut s'expliquer par le fait que les femmes de notre population ont majoritairement fait suivre leur grossesse à partir du moment de la levée du déni. Il est donc possible qu'elles aient été sensibilisées par les professionnels de santé à adopter une hygiène de vie en rapport avec l'état de grossesse, ce qui a permis d'éviter l'apparition de complications.

Le fait que nous ayons trouvé moins d'ARCF dans la population « déni de grossesse » peut être mis en lien avec une durée de travail significativement réduite chez ces femmes et un moindre recours aux ocytociques, et contribue donc à expliquer une meilleure adaptation à la vie extra-utérine.

PROPOSITIONS

Cette étude nous a permis de dégager quelques axes de prise en charge.

Il nous paraît important d'insister sur l'importance d'un suivi régulier à compter du moment où le déni est levé, pour favoriser le bon déroulement de la grossesse et limite l'apparition des complications obstétricales, et des pathologies néonatales.

Il est important que les professionnels de santé dispensent des conseils adaptés, en rapport avec les recommandations sur le suivi de grossesse, et également sur les règles hygiéno-diététiques qui doivent être respectées durant la grossesse.

De plus, face aux résultats concernant la consommation d'alcool et de tabac, il semble primordial de dépister chez ces femmes les problèmes d'addiction, de les prévenir et de donner les explications sur les risques qui en découlent.

En raison des caractéristiques socio-économiques souvent défavorables, la rencontre avec une assistante sociale est à privilégier.

Lorsque les conseils d'usage sont donnés aux patientes ayant découvert leur grossesse tardivement, il est important de tenir compte du fait que les accouchements sont souvent rapides. Ils doivent être adaptés pour éviter une arrivée trop tardive à la maternité.

Il est également nécessaire de pratiquer une délivrance dirigée de manière systématique, en raison du risque accru de complications hémorragiques. Cette mesure semble efficace puisque nous n'avons pas retrouvé de taux d'hémorragie de la délivrance accru.

CONCLUSION

Une méconnaissance des mécanismes psychopathologiques en œuvre dans le déni de grossesse perdure encore aujourd'hui. Il est nécessaire que les professionnels de santé soient sensibilisés à ce phénomène. En effet, par ses nombreuses conséquences psychologiques et médicales, le déni de grossesse est un véritable problème de santé publique.

Les études sur les conséquences obstétricales et périnatales sont rares à l'échelle nationale, il nous a donc paru intéressant d'aborder ce sujet.

Contrairement aux données de la littérature, nos résultats n'ont pas mis en évidence d'augmentation des pathologies obstétricales en cours de grossesse.

Mais ces chiffres peuvent être modérés en raison du faible effectif de notre population.

Cependant, notre étude a clairement mis en évidence certains éléments relatifs aux conditions de naissance, qui semblent être conformes aux données de la littérature. Un accouchement plus rapide, sans nécessité de prescription d'ocytocine, ainsi qu'un nombre réduit d'extractions instrumentales et de césariennes ont été retrouvés.

Sur le plan néonatal, aucune différence significative n'a été retrouvée concernant la prématurité ou le poids de naissance, et la majorité des nouveau-nés sont eutrophes et ont présenté de bonnes capacités d'adaptation à la vie extra-utérine.

Toutefois, notre étude ne s'est pas intéressée aux suites de naissance. Nous n'avons donc pas de données sur les éventuelles complications survenues dans les jours suivants l'accouchement. Il aurait notamment été intéressant d'investiguer la survenue d'un syndrome de sevrage, puisque les patientes de notre population de cas consommaient significativement plus d'alcool.

L'absence de données concernant les femmes qui accouchent à domicile à la suite d'un déni de grossesse total n'a pas permis d'intégrer cette population dans ce mémoire. Une étude complémentaire portant sur leurs caractéristiques sociales et médicales, et retraçant leur parcours jusqu'à la naissance de l'enfant voire à plus long terme serait intéressante.

Enfin, certains professionnels de santé peuvent encore avoir une vision stéréotypée des femmes qui ont présenté un déni de grossesse. Or ce mémoire a mis en évidence qu'il concerne les femmes quel que soit leur niveau socio-économique et leur âge. Cependant des facteurs de vulnérabilité ont été dégagés comme les femmes célibataires, les grossesses de pères inconnus, la consommation d'alcool ou encore l'absence d'activité professionnelle.

Les propositions de prise en charge pour le suivi de grossesse régulier, la limitation ou suppression des addictions, ou encore les conseils d'usage dispensés permettront de guider les professionnels amenés à accompagner les femmes dont la déclaration de grossesse est tardive. Il n'en demeure pas moins que les cas de dénis totaux ne seront pas accessibles à la surveillance avant l'accouchement, et que les professionnels restent démunis face à leur prévention.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

(1) Association Française pour la Reconnaissance du Dénier de Grossesse (AFRDG) « Texte de synthèse sur le dénier de grossesse ».

Disponible sur : <http://www.afrdg.info> (consulté le 06/09/2014 à 10h15)

(2) GRANGAUD N. « Dénier de grossesse : description clinique et essai de compréhension psychopathologique. » Thèse d'exercice. Saint Louis, 2001, 134 pages.

(3) CHAULET S., « Dénier de grossesse », thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Angers, 2011, 224 pages.

(4) BAYLE B. Les négations de grossesse (dissimulation, dénégation, dénier), « La vie de l'enfant »; 2005, 204 pages.

(5) DAYAN J, ANDRO G, DUGNAT M. Troubles mentaux de la grossesse, de l'accouchement et de la délivrance. Dénier de grossesse. Psychopathologie de la périnatalité Paris, Masson; 1999

(6) LANSAC J., « Le dénier de grossesse », journées nationales du collège national des gynécologues et obstétriciens de France

Disponible sur : <http://www.cngof.asso.fr> (consulté le 06/09/2014 à 12h30)

(7) BAYLE B. L'embryon sur le divan. Psychopathologie de la conception humaine. Paris, Masson; 2003, 168 pages

(8) GORRE FERRAGU, « Le dénier de grossesse: une revue de la littérature », thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine, Rennes, 2002, 82 pages

(9) C. BREZINKA, O. HUTER, W. BIEBL, J. KINZL Denial of pregnancy: obstetrical aspects J Psychosom Obstet Gynecol, 1994, 15 pages

- (10) J. WESSEL, J. ENDRIKAT, U. BUSCHER Elevated risk for neonatal outcome following denial of pregnancy: results of one-year prospective study compared with control group, Berlin, 2002, 81 pages
- (11) MARPEAU L. «Traité d'obstétrique» Ed Elsevier Masson, édition 2008, 662 pages
- (12) PERES A., BRETON B., BARRANGER E., « Issues materno-fœtales de grossesses non suivies : à propos de 76 cas», étude rétrospective cas-témoin.
Disponible sur : <http://www.gyneco-online.com> (consulté le 08/09/2014 à 14h10)
- (13) NAVARRO, FÉLIX. Préface du colloque Français sur le déni de grossesse. Ed. Universitaires du Sud, Toulouse, 2009, 275 pages
- (14) MARINOPOULOS S., Elles accouchent et ne sont pas enceintes: le déni de grossesse, Editions les liens qui libèrent, 2011, 230 pages
- (15) PIERRONNE C, DELANNOY MA, FLOREQUIN C, LIBERTM. Le déni de grossesse : a propos de 56 cas observes en maternité. *Perspect Psy* 2002; 182 pages
- (16) NIRMAL D, THIJS I, BETHEL J, BHAL PS. The incidence and outcome of concealed pregnancies among hospital deliveries: an 11-year population-based study in South Glamorgan. *J Obstet Gynaecol* 2006, 118 pages
- (17) CARLES L. Le déni de grossesse et ses conséquences sur la mère, sur le nouveau-né et sur l'installation du lien mère-enfant, 2014, 152 pages