

Année 2018-2019

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

Caractéristiques médico-socio-démographiques des femmes ayant connu un déni de grossesse

Etude rétrospective réalisée à la maternité du CHU d'Angers
de Janvier 2012 à Décembre 2017.

DOYENNEL Jérémie,
Né le 12/11/1991

Sous la direction du Pr G. LEGENDRE
Membres du jury :
Dr Catherine DE CASABIANCA présidente
Pr Guillaume LEGENDRE directeur
Mme Sylvie BOUDIER membre
Dr Laurent CONNAN membre

Soutenue publiquement le :
13 septembre 2019

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné DOYENNEL Jérémy,
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire cette thèse

signé le **26/07/2019**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine

CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine

KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine

ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BEOLONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine

BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine

MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil	Physiologie	Pharmacie
KILANI Jaafar	Biotechnologie	Pharmacie
WAKIM Jamal	Biochimie et chimie biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie
------------------	------------------	-----------

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Dr Guillaume Legendre, merci de m'avoir accompagné et guidé pendant ce travail de thèse.

A Madame le Dr Catherine De Casabianca, merci d'avoir accepté de présider mon jury.

A Madame Boudier, merci pour l'intérêt que vous portez à mon sujet et d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

A Monsieur le Dr Laurent Connan, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

A mes anciens maîtres de stage : Jérémy, Moncef, Marie, Dorothée, Gérard, Cyril et Christophe, pour les connaissances et compétences acquises, et surtout les bons moments passés.

A mes co-internes, Amaury et Claire, merci pour les bons moments passés aux urgences et surtout les soirées passées avec nos moitiés respectives.

A Claire et Carole, merci pour les pauses dans ce bureau où les portes et les murs étaient trop fins.

A Romain et Thomas, merci pour les pauses gouter-café entrecoupées de quelques moments de travail.

Aux Céban, merci d'être toujours présents et d'être des professionnels du déménagement, viva Corsica !

Aux anciens de P7, Julie, Tom, Justine (et Arthur), merci pour les soirées et bons moments passés pendant l'externat.

A Anna et Fanny, merci pour les sous colles manquées ;), merci pour les weekends passés à Montpel', Ang', et les bons moments à venir.

Aux amis d'Angers et de Bretagne, Audrey, Mika, Krolamout, Cyril, Pauline, Alex, David, Fanny x2, Matthieu, Valentin, Laura et le fillot, merci pour les soirées, rigolades et bons moments passés et à venir.

Aux amis de Jules Ferry, JB, Soizic, Thomas, Jessica, Léa, merci pour tous les bons moments, les aprems en ligne, les weekends à Stras'.

Aux plus anciens Flo, Jojo et Dédé, merci pour les bons moments les après-midi jeux vidéos, les balades en Car avec Gislaine...

A Mathilde, ma plus vieille et meilleure amie, merci pour ce que tu m'as apporté pendant 25 ans, pour ton indéfectible soutien, pour ton partage de connaissance musicale. Et merci à ta famille toujours présente, comme une seconde famille.

A Gilles et Isabelle, merci pour votre soutien, votre aide et votre présence à nos côtés.

A mamie Zaza et Philippe, merci pour les gouters parfois manqués, pour votre soutien, votre présence et votre amour.

A Thomas, Anthony et Margaux, merci pour votre soutien, les après-midis jeux, vos conseils et votre présence depuis toujours.

Aux Doyennel de Thourotte, merci pour les Halloweens, les vacances en Montagne et les après-midi de jeux en tout genre...

A mon grand-père, merci pour ton soutien indéfectible, ta bienveillance, ton humour et ta présence indispensable depuis toujours.

A ma grand-mère, merci pour la force que tu m'inspires, merci pour les moments de notre enfance que nous n'oublierons pas, tu es une Wonder-Mamie.

A mes parents, pour vos valeurs, pour votre éducation, pour votre soutien, pour votre amour, pour votre présence depuis toujours. Merci maman pour ta relecture attentive et professionnelle.

A Mimine, merci d'avoir toujours été là, d'être ma confidente depuis toujours, d'être une petite sœur parfaitement imparfaite, pour ton soutien et amour inconditionnels.

A Alban, merci d'avoir fait tes nuits si rapidement, de nous offrir tes sourires et tes gazouillis à tout-va.

A Marie, mon amour, mon amie, ma confidente, merci d'être là depuis 5 ans, d'être si patiente avec moi, de me supporter tous les jours et de m'avoir offert les plus beaux des cadeaux. J'ai hâte de parcourir tout le chemin qu'il nous reste à parcourir. Sans toi je n'en serais pas là.

PLAN

Liste des abréviations

Résumé

Introduction

Méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion

Bibliographie

Liste des figures

Liste des tableaux

Table des matières

Annexes

Résumé

LISTE DES ABREVIATIONS :

OMS	Organisation mondiale de la Santé
AFRDG	Association Français pour la reconnaissance du Déni de Grossesse
SA	Semaines d'Aménorrhée
AME	Aide médicale d'Etat
AAH	Allocation adulte handicapé
IMC	Indice de Masse corporelle
OR	Odds Ratio
HAS	Haute Autorité de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ORS	Observatoire Régional de la Santé
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

RESUME :

Le déni de grossesse est connu depuis le XVII ème siècle, il ne fait l'objet d'études que depuis les années 1990, et pourtant sa définition ne fait toujours pas consensus. Les études réalisées s'attachent à démontrer ses conséquences obstétricales, néonatales, ainsi qu'à déterminer les caractéristiques médico-sociales des femmes ayant eu un déni de grossesse. Celui-ci est un réel problème de santé publique avec une prévalence de 6.8/1000 (selon les résultats de notre étude). Aucun profil de femmes à risques n'a pu être décrit à ce jour, les études différant sur certaines caractéristiques. La mise en évidence de facteur de risques précis pourrait permettre une meilleure prise en charge de ces femmes en rendant le déni accessible à la prévention. Notre travail a consisté à comparer dans une étude cas-témoins les profils de 167 femmes ayant eu un déni de grossesse sur la maternité du CHU d'Angers à ceux de témoins issues de la même population. Notre étude rétrospective s'est étalée de 2012 à 2017. Nous avons étudié des déterminants sociaux, médicaux, psychiatriques, et démographiques.

En comparant les profils de nos deux populations, nous avons pu mettre à jour des liens entre certains facteurs de risque et le déni de grossesse, sans pour autant dégager de profil type. Il semblerait exister un lien avec l'isolement (OR = 6.3), la précarité sociale (OR = 4.6) et une situation conjugale conflictuelle (OR = 6.01); sans qu'il y est de lien de causalité généralisable.

Ces résultats concordent avec les études déjà publiées, sauf sur la prévalence du déni de grossesse. En effet, notre étude retrouve une prévalence au déni deux à trois supérieur.

A défaut de définir des caractéristiques précises, ce travail contribue à l'information du public médical et non médical, et à mettre à jour une sous-estimation de sa fréquence. Si une action préventive ciblée semble difficilement réalisable, une action de prévention à grande échelle pourrait sensibiliser à ce problème de santé public encore mal connu. Il reste encore du chemin à parcourir pour une reconnaissance consensuelle du déni de grossesse par le corps médical et une uniformisation de sa prise en charge.

INTRODUCTION :

Le déni de grossesse est « le fait pour une femme enceinte de ne pas avoir conscience de l'être » N.Grangaud, 2002 (1). Il correspond à une négation inconsciente de la grossesse. Il est à différencier d'une négation consciente (la femme enceinte a conscience de l'être mais fait tout pour dissimuler sa grossesse), et d'une dénégation de grossesse qui selon Bayle (2) (3) et Dayan (4) est le fait pour la femme enceinte de se rendre compte de « quelque chose » mais ne pas y croire (il n'y a pas de méconnaissance complète, les signes sont perçus mais mal interprétés).

Il existe deux types ou stades de déni : le **déni total** : où la levée du déni ne se fait qu'à partir de la mise en travail ; et le **déni partiel** : où la levée du déni se fait en cours de grossesse, après 15 semaines d'aménorrhées (SA) ou 20 SA en fonction des auteurs. En effet les auteurs utilisent différents termes pour définir le déni partiel : par exemple pour Dayan (4), Pierronne (5) et Wessel (6) la reconnaissance de l'état gravide par la femme peut ne pas se faire avant 20 SA. Au cours de ce travail c'est le terme de 15 SA qui sera retenu.

L'apparition du terme « déni de grossesse » apparait pour la première fois dans les années 1970 dans la littérature psychiatrique, il est employé par Becache (7). Pourtant le déni est déjà connu depuis le XVIIème siècle, il est décrit comme des femmes qui méconnaissent leur grossesse, il est classé dans un registre de pathologie mentale (8) (9).

Dès 1990, des spécialistes proposent de faire figurer dans le DSM (Diagnostic and Statisitcal Manual of Mental Disorders) une définition du déni de

grossesse, cette proposition n'a pas été retenue. Il faudra attendre 2013 pour qu'une définition du déni soit publiée dans le DSM 5 dans la section « troubles liés au traumatisme et au stress » (il est défini à partir de 22 SA) (10). Il n'existe pas de consensus sur sa définition comme on le voit avec les différences de termes retenus par les auteurs pour leurs études. Les premières études épidémiologiques ont lieu dans les années 1990 principalement en Europe et aux Etats-unis : l'étude de Brezinka en 1994 en Autriche (11), Bonnet en 1993 en France (12), Friedman en 2007 aux USA (13) ; Les principales études prospectives sont les études de WESSEL à Berlin en 2002 (14), Pierronne en 2002 en France (5).

D'un point de vue épidémiologique, selon l'AFRDG (Association Française de Reconnaissance du Déni de Grossesse) ce sont plus de 1600 femmes qui sont concernées par an par le déni de grossesse en France, soit une prévalence de 2/1000 (15) (16) (17). Selon l'étude de Wessel réalisée à Berlin en 1995 (14), c'est une femme sur 475 qui connaît un déni partiel et une femme sur 2500 qui connaît un déni total, l'étude de Friedman (13) réalisée en 2007 aux USA estime la fréquence du déni de grossesse à 1/500 environ. Sur une étude réalisée au CHU d'Angers de 2005 à 2009 (18) : la fréquence du déni était estimée à 3.7/1000. Ces études prennent en compte pour la plupart uniquement les dénis ayant lieu après 20 SA. Ce qui reviendrait à sous-estimer la fréquence du déni, si l'on prend en compte le terme de 15 SA pour le définir.

Ces différentes études ne mettent pas en évidence de facteurs de risques ni un profil type de femme à risque de dénier sa grossesse, mais elles s'accordent sur le point que le déni peut toucher toutes les femmes, de catégorie socio-professionnelle ou d'âge différent par exemple.

D'un point de vue médical : il existe statistiquement plus de complications néonatales, psychologiques et obstétricales. L'étude de Wessel (14) montrait que lors d'un déni de grossesse il existait plus de mortalité néonatale (1.5% vs 0.3% en population générale) (données générales issues de l'INSERM)(19), plus de séjour en néonatalogie (29 % vs 9% dans la population générale)(20), plus de retard de croissance (27% vs 9% dans la population générale). Les études déjà réalisées sur le déni de grossesse (Wessel, Brezinka, Chaulet) constatent aussi un nombre plus important de complications psychologiques et obstétricales (césarienne 37% vs 20.4% dans la population générale ; adoption 6% vs <1%) (18), un lien mère-enfant plus fragile et plus difficile à créer.

La proportion importante de complications et la fréquence non négligeable du déni en font un important problème de santé publique.

En 2004 est fondée l'Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse par Felix Navarro, et en 2008 a lieu le premier colloque français faisant un état des lieux des connaissances sur le déni de grossesse (15). Ces événements témoignent d'un début de reconnaissance et de prise en compte du déni, ils ont pour effet d'améliorer l'information de l'opinion publique et des professionnels de santé.

Si des facteurs de risques pouvaient être identifiés ou si un profil de femmes à risques être décrit, il y aurait un intérêt à dépister précocement le déni de grossesse. Une étude sur une durée prolongée, incluant les dénis dès la quinzième semaine d'aménorrhée, pourrait apporter de nouveaux éléments de réponse au déni.

L'objectif de cette étude cas-témoins était de dégager des facteurs de risques au déni de grossesse, en faisant un nouvel état des lieux du déni de grossesse.

MATERIELS et METHODES :

Cette étude était une **étude cas-témoins** réalisée au CHU d'Angers de Janvier 2012 à Décembre 2017 inclus.

Le recueil rétrospectif des dossiers des patientes cas a été possible grâce au système de cotations de la maternité. A la sortie de la maternité pour chaque patiente, un codage des actes du dossier médical est effectué.

Les **critères d'inclusion** étaient : toute femme ayant accouché dans la période de l'étude et dont la grossesse a été découverte après 15 SA.

N'étaient pas incluses les patientes faisant partie d'une population migrante avec prise en charge tardive de grossesse en France, rendant alors difficile ou douteux le diagnostic de déni de grossesse (barrière de la langue, chronologie imprécise du début de grossesse).

Dans le cas où une femme présentait plusieurs dénis au cours de la durée totale de l'étude (6 années), elle était incluse pour chacun d'entre eux et tous étaient comptabilisés.

De **Janvier 2012 à Décembre 2016**, les cas de déni de grossesse étaient retrouvés sous la cotation **Z 35.3 « grossesse peu ou mal suivie »**. Sous cette cotation on retrouve aussi toutes les grossesses découvertes avant 15 SA ayant été mal suivies, ayant été dissimulées... Sur cette période : 826 dossiers ont été cotés Z 35.3, une prévisualisation informatique a été réalisée, dans le but de trouver le diagnostic de déni de grossesse ou alors la preuve d'une consultation, bilan sanguin, échographie avant 15 SA infirmant le déni de grossesse. Dans le cas où l'information n'était pas retrouvée dans le dossier

informatique, elle était alors recherchée dans le dossier obstétrical « papier ». Le nombre de dénis de grossesse sur la période de Janvier 2012 à Décembre 2016 est de 136.

A partir de janvier 2017, la création d'une nouvelle cotation : **Z33**

« **grossesse de découverte tardive** », regroupe les dénis de grossesse, les découvertes avant 15 SA et les prises en charge tardives de grossesse. Sur l'année 2017 : 80 dossiers ont été cotés Z33. De la même manière que sur la période 2012 à 2016, 31 dossiers de déni de grossesse ont pu être sélectionnés.

Certains dossiers informatiques et papiers (par manque de renseignements ou par la perte du dossier) n'ont pas permis d'établir l'existence ou l'absence de déni de grossesse : ces patientes que l'on a regroupées sous dans un groupe de « perdues de vue » sont au nombre de 6 sur l'ensemble de la période de l'étude.

Au total 167 dénis de grossesse ont été retrouvés de 2012 à 2017.

Pour former le groupe de patientes témoins nous avons sélectionné l'ensemble des femmes ayant accouché sur les mêmes journées. Dans le cas où plus d'un déni de grossesse avait lieu le même jour, les patientes témoins de la même journée n'ont été incluses qu'une seule fois.

Au total 1816 patientes témoins ont été ainsi sélectionnées.

L'annexe 1 expose le schéma de l'étude.

L'annexe 2 détaille le nombre de témoins sélectionnées par années.

La comparaison des 2 groupes s'est faite grâce au système de cotations de la maternité.

Les comparaisons ont été faites sur les critères suivants :

→Toxiques :

- Une consommation d'alcool pendant la grossesse
- Un tabagisme pendant la grossesse

→Critères socio-économiques :

- Une couverture sociale insuffisante
- Un faible niveau éducatif
- Des difficultés intellectuelles
- Un faible revenu

→ Entourage familial et conjugal :

- L'isolement social
- un antécédent de sévices sexuels
- l'existence d'un conflit conjugal ou de violences conjugales pendant la grossesse

→ Critères médico-psychologiques :

- La primiparité chez les femmes agées de plus de 35ans
- La primiparité chez les patientes mineures
- L'obésité définit par un IMC > 30

-L'anorexie mentale

-Les troubles psychiatriques et psychologiques

Les comparaisons ont été réalisées avec un test de Fischer avec un seuil de significativité de 0,05.

Un avis favorable du comité d'éthique du centre Hospitalier d'Angers a été reçu avant de commencer l'étude des dossiers.

RESULTATS :

→ Prévalence du déni

La fréquence du déni de grossesse est de 6.8/1000 sur la totalité des 6 ans de l'étude (cf tableau 1). Le nombre de patientes incluses est globalement compris entre 22 et 31 patientes chaque années, avec une prévalence comprise entre 6.2 et 7.9 /1000.

Tableau I : Fréquence du déni en fonction de l'année

Année	Nombre Dénis Partiels	Nombre Dénis Totaux	Nombre naissance	Fréquence Dénis Partiels	Fréquence Dénis Totaux	Fréquence Dénis de Grossesse
2012	25	3	4298	5.8/1000	0.7/1000	6,7/1000
2013	27	1	4059	6.6/1000	0.2/1000	6,9/1000
2014	29	0	4185	6.9/1000	0/1000	6,7/1000
2015	22	3	4046	5.4/1000	0.7/1000	6,2/1000
2016	26	0	4011	6.5/1000	0/1000	6,5/1000
2017	31	0	3912	7.9/1000	0/1000	7,9 /1000
TOTAL :	160	7	24511	6.52/1000	0.3/1000	6,8/1000

➔ **Age des patientes :**

L'analyse de l'âge des femmes ayant eu un déni retrouve un âge moyen de 27 ans et demi. La patiente la plus jeune avait 14 ans et la plus âgée avait 45 ans. On observe une plus grande proportion de femmes ayant eu un déni avant 30 ans. (Cf figure 1)

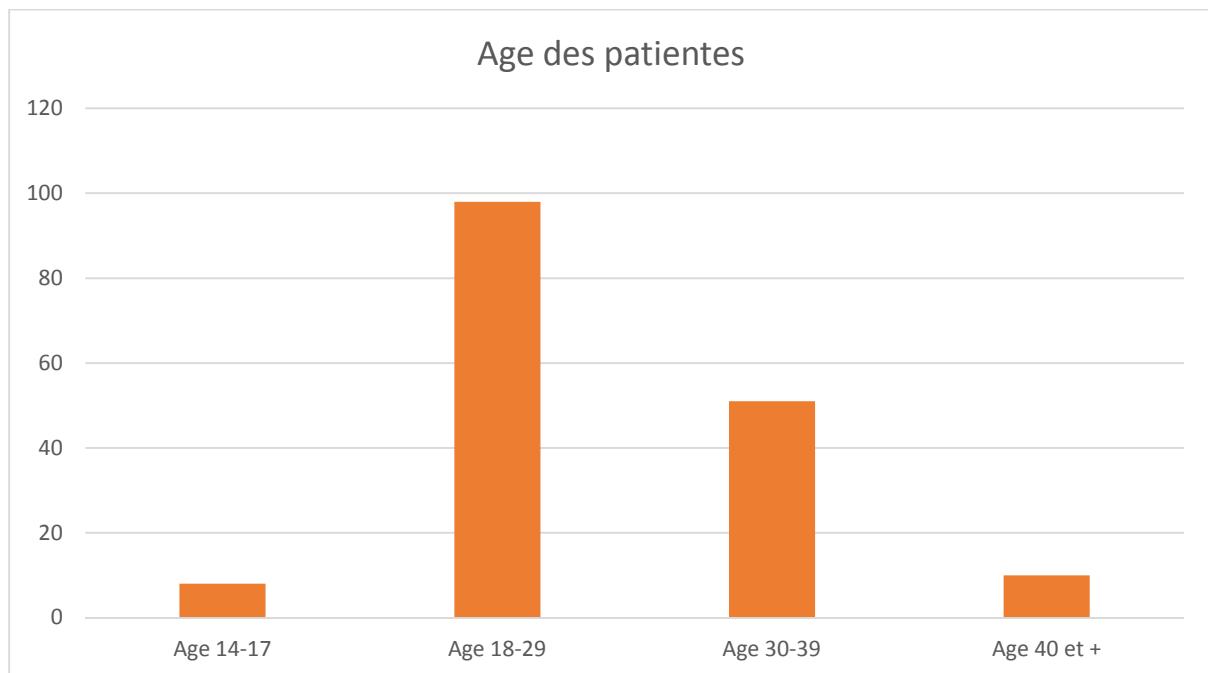


Figure 1 : Age des patientes au moment de la levée du déni

→ Terme à la levée du déni

L'analyse des termes à la levée du déni montre un nombre plus important de levées de déni autour de 20 SA. (Cf figure 2)

On retrouve 35 grossesses avant 20 SA soit 21% des grossesses de l'étude.

L'étude retrouve 7 dénis totaux.

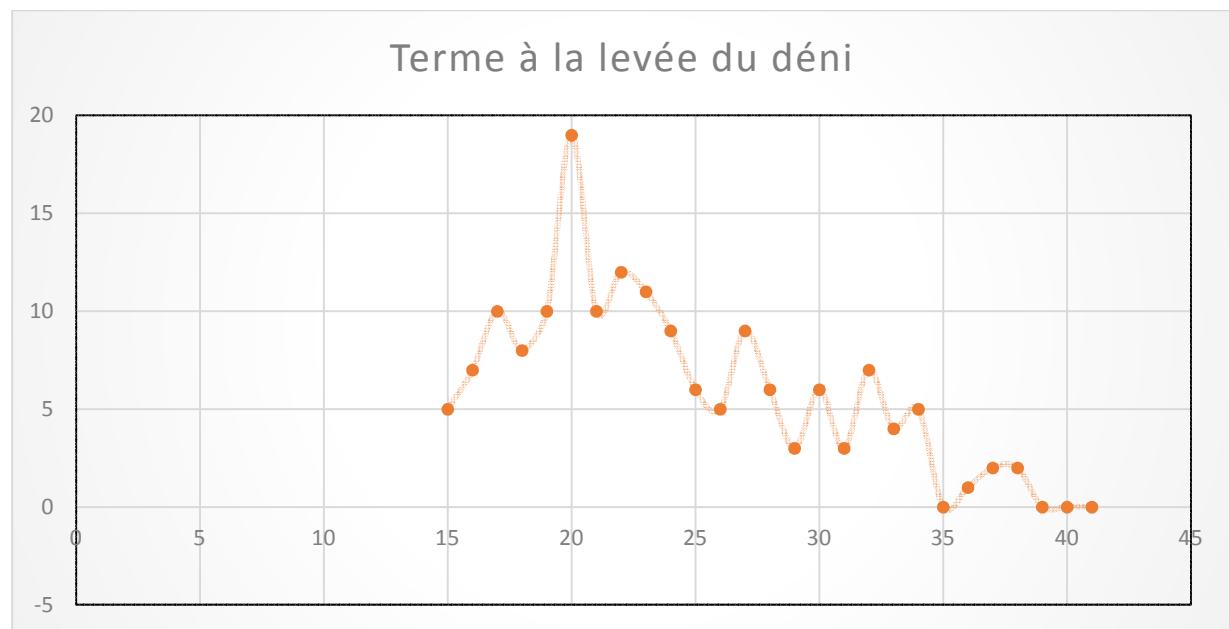


Figure 2 : Terme à la levée du déni

Les résultats de l'analyse des facteurs de risques sont détaillés ci-dessous et rassemblés dans l'annexe 3.

L'ensemble des définitions des facteurs de risques était déterminé par le système de cotation de la maternité.

→Toxiques :

Tableau II : Résultats concernant les toxiques

	Patientes cas	Patientes témoins
Alcool	1%	≈ 0.1%
Tabac	23.3%	6.3%

-Consommation d'alcool pendant la grossesse :

La consommation d'alcool est considérée positive dans le système de cotation à partir d'un verre d'alcool déclaré pendant la grossesse.

Seulement 1% des femmes ayant eu un déni de grossesse ont déclaré avoir consommées au moins un verre pendant la grossesse contre environ 0.1% de la population témoin.

L'étude met en évidence une association entre la consommation d'alcool et le déni de grossesse (OR = 16,5).

-Tabagisme :

La consommation de tabac était positive au-delà de 10 cigarettes/jour.

23.3% des patientes cas ont consommé au moins 10 cigarettes/jour pendant leur grossesse contre 6.3% dans la population témoin. L'étude met en évidence une association entre la consommation de tabac et le déni de grossesse (OR = 4,54).

→ Critères socio-économiques :

Tableau III : Résultats concernant les critères socio-économiques

	Patientes cas	Patientes témoins
Couverture sociale insuffisante	≈ 0.6%	≈0.8%
Faible niveau éducatif	4.1%	1%
Difficultés intellectuelles	5.3%	0.4%
Faibles revenus	17.3%	4.3%

-Couverture sociale insuffisante

Une couverture sociale est considérée insuffisante si la patiente ne possède pas de mutuelle, ou est migrante et ne bénéficie pas de l'AME.

L'étude ne met pas en évidence de lien entre une couverture sociale insuffisante et le déni de grossesse.

-Faible niveau éducatif

Le faible niveau éducatif des patientes était défini par la non-maîtrise de la lecture et de l'écrit.

4.1% des patientes cas avait un faible niveau éducatif, l'étude met en évidence un lien entre ce faible niveau et le déni de grossesse (OR = 4,39).

-Difficultés intellectuelles

Une patiente était considérée comme déficiente intellectuelle dès lors qu'elle bénéficiait de l'AAH.

5,3% des patientes cas avait des difficultés intellectuelles vs 0,38% dans le groupe témoin, l'étude met en évidence une relation entre ce déficit intellectuel et le déni de grossesse (OR = 14,67).

-Faibles revenus

Une patiente était considérée comme ayant de faibles revenus si elle n'avait pas de travail, touchait le RSA ou le chômage. 17.3% des patientes cas avaient de faibles revenus vs 4,35% des patientes témoins, l'étude met en évidence une association entre le déni et les faibles revenus du foyer (OR= 4,61).

→ Entourage familial/conjugal :

Tableau IV : Résultats concernant les critères familiaux et conjugaux

	Patientes cas	Patientes témoins
Femme seule	19.1%	3.6%
Sévices sexuels	1.2%	0.3%
Conflit conjugal	5.9%	1%
Violences conjugales	3.6%	1%

-Femme seule

Une patiente est considérée comme « seule » si elle n'a ni conjoint, ni famille soutenante.

19,1% des patientes étaient isolées vs 3,57% des patientes dans le groupe témoin, l'étude met en évidence une association entre déni de grossesse et l'isolement social (OR = 6,3).

-Sévices sexuels

1,19% des patientes cas avaient déjà subi des sévices sexuels, vs 0,3% dans la population témoin, l'étude ne met pas en évidence de lien entre cet antécédent et le déni de grossesse.

-Conflit conjugal

5,9% des patientes cas ont connu un conflit conjugal pendant leur grossesse vs 1,04% des patientes témoins (aucune précision n'est apportée sur l'antériorité ou non par rapport à la découverte de la grossesse) ; l'étude met en évidence un lien entre le conflit conjugal et le déni de grossesse.

-Violences conjugales

Les violences conjugales englobent les violences physiques et morales.

3,59% des patientes cas ont connu des violences conjugales pendant la grossesse vs 1,04% des patientes témoins, sans précision par rapport à la découverte de la grossesse, l'étude met en évidence un lien entre le déni de grossesse et les violences conjugales (OR= 3,52).

→ Critères médicaux

Tableau V : Résultats concernant les critères médicaux

	Patientes cas	Patientes témoins
Primipare > 35 ans	1.2%	0.7%
Primipare Mineure	3.6%	0.3%
Obésité (IMC >30)	1%	1%

-Primipare âgée de plus de 35 ans

1,19% des patientes cas étaient âgées de plus de 35 ans, vs 0,7% des patientes témoins, l'étude ne met pas en évidence de lien entre un âge > à 35 ans et le déni de grossesse.

-Primipare mineure

3,59% des patientes cas étaient mineures vs 0,27 % des patientes témoins, l'étude met en évidence un lien entre ce facteur et le déni de grossesse (OR = 13,45).

-Obésité (IMC >30)

Dans notre étude nous avons choisi arbitrairement un IMC >30 pour considérer une patiente comme obèse.

1,07% des patientes cas étaient obèses (IMC > 30) vs 1,04% des patientes témoins, l'étude ne met pas de lien entre l'obésité et le déni de grossesse.

→ Critères psychiatriques :

Tableau VI : Résultats concernant les critères psychiatriques

	Patientes cas	Patientes témoins
Anorexie mentale	1.2%	0.2%
Troubles psychiatriques	0%	0.1%
Troubles psychologiques	0.6%	0.3%

-Anorexie mentale

1.19 % des patientes cas souffraient d'anorexie mentale vs 0,16% des patientes témoins, l'étude ne met pas en évidence de lien entre l'anorexie mentale et le déni de grossesse.

-Troubles psychiatriques

Une patiente est considérée comme ayant des troubles psychiatriques à partir du moment où elle prend un traitement psychiatrique.

Aucune patiente du groupe cas ne prenait de traitement psychiatrique, vs 0,11 % des patientes témoins.

-Troubles psychologiques

Une patiente est considérée comme ayant des troubles psychologiques à partir du moment où elle a un suivi psychologique sans prise de traitement pharmacologique.

1 seule patiente du groupe cas avait un suivi psychologique vs 2 patientes témoins 0.3%.

Les résultats montrent que les déterminants qui ressortent le plus chez les femmes ayant eu un déni sont significativement :

- le tabagisme,
- une situation sociale précaire (faibles revenus),
- un faible niveau éducatif,
- l'isolement ou un contexte conjugal conflictuel,
- la primiparité chez les mineures.

DISCUSSION :

Le premier défi de cette étude a été de recruter les dossiers de déni de grossesse ; en effet il n'existe pas dans le système de cotation de la maternité de cotation spécifique au « déni de grossesse », mais des catégories plus larges englobant des grossesses de découverte ou de prise en charge tardives. Il est probable que pendant le tri des dossiers, certains d'entre eux n'aient pas été sélectionnés dans l'étude. Au moindre doute, le dossier obstétrical « papier » était demandé pour préciser le terme de découverte de la grossesse. Dans le cas où celui-ci n'était pas précis, et se rapprochait de 15 SA, le dossier n'a pas été inclus. Ce biais de recrutement a pu sous évaluer le nombre de dénis.

Le manque de définition claire sur le sujet, et le manque d'information sur le sujet des professionnels de santé a pu aussi contribuer à un sur ou sous diagnostic des dénis sur les 6 années de l'étude.

Le second biais est un biais d'information ou de classement, concernant les facteurs de risque étudiés. Leur cotation dans les dossiers est fonction de leur déclaration ou non par la mère pendant la grossesse, ou de leur recherche par l'équipe soignante, puis de leur cotation ou non à la sortie de la maternité.

Le point fort de l'étude est le nombre important de dénis recrutés, 167 cas sur 6 ans. Le choix de réaliser une étude cas-témoins a permis d'étudier de nombreux dossiers en moins de temps qu'aurait nécessité une étude de cohorte.

Notre étude est une étude cas-témoins donc avec un niveau de preuve plutôt faible. Elle ne permet pas de mettre à jour des facteurs de risque avec une

grande certitude. Elle met en évidence néanmoins des liens entre le déni et certains facteurs de risque, en analyse univariée.

Ces résultats ont été comparés à ceux de deux autres études. Nous avons comparé nos résultats à l'étude de Wessel et al. (14), ainsi qu'à l'étude de Chaulet (18). L'étude Wessel a été réalisée sur plusieurs maternités de Berlin de 2002 et 2007, cette étude prospective recensait 62 dénis, et s'intéressait, entre autres, aux caractéristiques socio-démographiques des femmes ayant eu un déni de grossesse ; L'étude de Chaulet a été réalisée au CHU d'Angers dans le cadre d'un travail de thèse de 2005 à 2009, et recensait 75 dénis. Parmi les nombreuses études réalisées sur le déni de grossesse, nous avons sélectionnées ces deux études car elles se rapprochaient le plus de nos objectifs et de notre méthodologie, et permettaient ainsi de retrouver des critères de comparaison.

L'ensemble des éléments de notre étude qui ont été confrontés aux autres études sont rapportés dans le tableau VII.

Tableau VII : Comparatif des résultats des études sur le déni de grossesse

	Etude Angers 2012-2017	Etude Angers Chaulet 2005-2009	Etude de Wessel et al. Berlin 2002-2007
Nombre de cas	167	75	62
Fréquence déni	6.8 / 1000	3.7 / 1000	2.1 / 1000
Moyenne d'âge	27.6	26.4	26
Mineure	13.4%	13%	6%
Age > 40 ans	11.7% (>35 ans)	4%	12%
Précarité sociale	0.6%	41%	NR
Femme seule	19.1%	32%	16%
Faibles revenus	17.3%	47%	28%
Déficience intellectuelle	5.3%	NR	4.8%
Obésité	1.6%	11%	NR
Tabac	23.3%	53%	NR
Antécédents psychiatriques	NR	23%	20%
Sévices sexuels	1.2%	7%	NR

(NR = non renseigné)

Le premier élément que nous avons pu confronter est **la prévalence**.

Nous retrouvons 6.8 cas de déni pour 1000 femmes sur la période de 2012 à 2017. Nous observons une prévalence plus importante sur l'année 2017. Ceci peut s'expliquer par la nouvelle cotation à la maternité « Découverte tardive de grossesse » qui a permis une évaluation plus juste du nombre de dénis. Il est probable que les prévalences des années antérieures soient sous-estimées.

Notre étude retrouve une prévalence plus importante que les autres études, 3.7/1000 pour l'étude de Chaulet et 2.1/1000 pour l'étude de Wessel. La différence observée avec l'étude de Wessel peut s'expliquer par le nombre important de levées de déni avant 20 SA non pris en compte dans cette étude, comme nous l'avons montré dans notre étude il y a un nombre important de levées de déni autour de 20 SA (cf figure 2). Le critère d'inclusion de 15 SA choisi pour notre étude peut expliquer le nombre plus important de femmes déniantes de notre étude. Le caractère récent de l'étude explique aussi cette prévalence plus élevée probablement dû à un meilleur dépistage au fil du temps. Peut-être qu'avec le temps et le travail de reconnaissance du déni qui progresse, le déni est de plus en plus reconnu par les soignants et les patientes.

En comparant l'**âge** des patientes déniantes, on observe que l'âge entre les différentes études avoisine les 26-27 ans à la levée du déni. Selon l'INSEE (21) : l'âge moyen des femmes à l'accouchement avoisine les 30.6 ans en 2018, et les femmes donnaient naissance à leur premier enfant en France à 28,5 ans en 2015. En comparaison à ces chiffres nationaux : on constate que les femmes déniantes sont enceintes plus jeunes, toutes parités confondues. Notre étude avait la même proportion de patientes mineures que l'étude de Chaulet. Notre étude met en évidence un lien entre primiparité chez la patiente mineure et le déni de grossesse avec toutefois un faible nombre de patientes dans les deux groupes comparés.

Concernant **les toxiques**, on observe tout d'abord dans notre étude une plus grande proportion de fumeuses dans le groupe cas que dans le groupe témoins, 23.3% vs 6.3%. Ce résultat est à nuancer, il existe probablement une partie des patientes ayant fait un déni qui ont fumé sans savoir qu'elles étaient enceintes et qui auraient probablement diminuées leur consommation en cas de

connaissance de la grossesse. La proportion de fumeuses dans l'étude de Chaulet était de 53% dans la population cas. Selon l'Observatoire régional de santé (22), en 2018 la proportion de femmes déclarant fumer pendant le 3^{ème} trimestre de grossesse est de 18%, ce qui se rapprocherait plus de notre population cas.

Notre étude met en évidence un lien entre déni de grossesse et alcool avec un OR de 16.5 ; cependant il n'existe que très peu de patientes se déclarant consommatrices d'alcool dans les 2 groupes (3 vs 2) et l'intervalle de confiance est très large [1.88 ; 198.95] ce qui témoigne d'un défaut de puissance de notre étude concernant ce facteur de risque. Le faible nombre de patientes consommant de l'alcool peut aussi s'expliquer par le caractère tabou que représente la consommation d'alcool pendant la grossesse et dans la vie en général en comparaison de celle du tabac. La consommation d'alcool n'a pas pu être comparée avec les autres études.

Dans notre étude nous ne nous sommes pas intéressés aux autres toxiques (cannabis, héroïne...). Les autres auteurs les analysent souvent en les incluant dans les pathologies psychiatriques.

Concernant **les conditions économiques et éducatives**, les critères des autres études manquent de précision dans leur définition ou ont des définitions différentes, rendant la comparaison peu fiable ; ainsi la « précarité sociale » plutôt vague de l'étude de Chaulet est rapprochée de la situation sociale précaire de l'étude de Wessel (où les femmes bénéficient d'aide sociale) et de notre critère « couverture sociale insuffisante » qui est très restrictif (où les femmes ne reçoivent pas d'aides sociales). Ainsi nous observons une différence importante entre notre étude et les autres études : notre étude retrouve moins de 1 % des

patientes cas avec une « couverture sociale insuffisante » contre 41% de patientes en situation précaire pour l'étude de Chaulet ; notre étude retrouve 17% de patientes cas ayant de « faibles revenus », contre 47% de patientes « sans emploi » dans l'étude de Chaulet et 28 % de patientes cas « bénéficiant d'aides sociales » dans l'étude de Wessel.

Notre étude et celle de Wessel retrouvent la même proportion de patientes cas avec des déficiences intellectuelles (environ 5%), et ce résultat était significatif dans notre étude.

Concernant les **données sociales et conjugales**, en comparant l'isolement social des femmes de notre étude avec celle de Wessel on retrouve la même proportion de mères célibataires et isolées, environ 17%, légèrement moins que l'étude de Chaulet, où le pourcentage de 32% représente le nombre de femmes sans partenaire stable, non forcément isolées. Ce facteur de risque était significatif dans notre étude.

Si l'on s'intéresse maintenant aux sévices sexuels : on constate une différence entre notre étude (1% de sévices sexuels chez les patientes cas) et l'étude de Chaulet avec un pourcentage de 7%. Selon l'INSEE (23), sur l'année 2018 ce sont 1.8% des femmes, tout âge confondu, qui auraient été victimes de sévices sexuels. Ce qui voudrait dire, en se rapportant au résultat de notre étude, que cela ne constitue pas un facteur de risque de déni.

Concernant l'**obésité**, seulement 1% des femmes de notre population de patientes cas avaient un IMC >30, alors que selon l'ORS (22), 8 % des femmes étaient obèses (IMC > 30) en 2014 en pays de la Loire. Il s'agit probablement dans notre étude d'une erreur de codage.

Concernant les **troubles psychologiques et psychiatriques**, nous n'avons pas pu nous comparer aux autres études. En effet les autres études incluent antécédents et troubles psychiatriques per-gestationnel, notre étude n'analysait que les troubles psychiatriques « actifs» pendant la grossesse. En comparant la présence de pathologie psychiatrique entre les 2 autres études : on observe qu'elles obtiennent la même proportion de patientes ayant des antécédents psychiatriques (environ 21%) ; Notre étude n'analysait que les troubles psychiatriques sous traitement ce qui a sûrement sous-estimé le nombre de problèmes psychiatriques (notre étude ne comprend que 2 patientes (témoins) avec un trouble psychiatrique pendant la grossesse).

2 patientes de notre étude étaient atteinte d'anorexie mentale soit 1%, 3 dans l'étude de Chaulet soit 4%. Selon l'HAS, estimait environ 1.2% de femmes atteintes d'anorexie mentale en 2010. (24)

Notre étude ne permet pas de décrire de profil type de femmes ayant un déni de grossesse car l'étude manquait de puissance. Elle met en évidence des liens entre certains facteurs de risques et le déni de grossesse, que l'on retrouve aussi dans d'autres études. Il semblerait que le risque soit plus grand chez les femmes en situation sociale précaire, ou d'isolement, ou de conflit conjugal. Ces études mettent aussi en évidence la forte proportion de femmes faisant des dénis ne partageant pas ces caractéristiques, notamment les antécédents psychiatriques.

Notre étude permet aussi de mettre en évidence la sous-évaluation du déni par les autres études dans la population générale, en retrouvant une fréquence deux à trois supérieure à celle des autres études.

Pour qu'un travail de prévention ou de dépistage précoce puisse être réalisé par les médecins généralistes et les autres professionnels de santé confrontés au déni, il faudrait continuer de les sensibiliser au phénomène.

Une meilleure information des professionnels de santé leur permettrait de mieux dépister le déni, de mieux le connaître et de mieux le prendre en charge.

CONCLUSION :

Phénomène fréquent mais peu étudié, le déni de grossesse est un problème de santé publique sous-estimé.

Etudié depuis moins de 30 ans, le déni reste incompris dans ses mécanismes de fonctionnement. L'étude de ses facteurs de risque peine à dégager un profil type de femmes à risque. Notre étude comme d'autres montrent que si des liens sont mis en évidence entre la précarité sociale, l'isolement, le niveau éducatif et le déni, ces liens ne sont pas généralisables. Les différentes études montrent aussi la diversité des profils des femmes ayant eu un déni. Les études s'accordent sur ses complications obstétricales, psychologiques et surtout néonatales.

La difficulté de ce travail a été l'absence de consensus sur le sujet. La divergence principale concerne sa définition.

Le manque de consensus pour le corps médical s'est ressenti sur la sélection des patientes, le déni n'était pas notifié systématiquement dans les dossiers, et semble être bien souvent un symptôme flou pour le soignant.

Notre étude dénote des autres études en retrouvant une prévalence de déni deux à trois fois plus importante. Ce résultat remet en question la définition du déni, et surtout son diagnostic et sa prise en charge en maternité.

Comme le suggérait Chaulet (18) après son étude, il semble qu'une cotation spécifique au déni de grossesse au sein de la maternité, permettrait une

meilleure prise en charge de ces patientes, mais aussi de faciliter l'étude de ce phénomène méconnu et de sensibiliser à sa fréquence.

Une étude avec lecture de chaque dossier pourrait permettre une meilleure estimation des termes de découverte des grossesses et aussi d'explorer plus de données maternelles. De même qu'une étude prospective sur plusieurs années permettrait d'éviter le biais de remplissage des dossiers. On pourrait aussi imaginer une étude uniquement centrée sur les femmes ayant fait un déni, afin d'étudier chez elles l'existence de liens potentiels entre des facteurs de risques et les complications du déni de grossesse.

BIBLIOGRAPHIE :

- (1) Grangaud N. Déni de grossesse : description clinique et essai de compréhension psychopathologique. Thèse de doctorat en médecine, Université Paris VII, 2001.
- (2) Bayle B. Les négations de grossesse (dissimulation, dénégation, déni). In L'enfant à naître. Identité conceptionnelle et gestation psychique. Toulouse : Erès, collection « La vie de l'enfant », 2005.
- (3) Bayle B. « Les négations de grossesse, un trouble de la gestation psychique », Benoît Bayle éd., *Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique*. ERES, 2016, pp. 17-38.
- (4) Dayan J. Le déni de grossesse : aperçus théoriques. In Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse. Toulouse : Ed Universitaires du Sud, 2009.
- (5) Pierronne C., Delannoy M.A., Florequin C, Libert M., Le déni de grossesse : à propos de 56 cas observés en maternité, Perspectives Psy 2002. 41 :3.
- (6) Wessel J. Quelques données épidémiologiques, maternelles et néonatales de l'étude prospective de Berlin sur le déni de grossesse. In Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse. Toulouse : Ed Universitaires du Sud, 2009.
- (7) Becache A., Becahce S., un déni de grossesse : aperçus psychodynamiques. Lyon Médical 1976 ; 235 :1.
- (8) Mauriceau F. Traité des maladies de femmes grosses et de celles qui font accoucher. Edité chez l'auteur, au milieu de la rue des petits champs à l'enseigne du bon médecin 1681.
- (9) Historique du déni de grossesse tiré d'un document rédigé par le L'Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse, sur le site [psychanalyse.com](https://www.psychanalyse.com/pdf/LE%20DENI%20DE%20GROSSESSE%20-%20ASSOCIATION%20FRANCAISE%20POUR%20LA%20RECONNAISSANCE%20DU%20DENI%20DE%20GROSSESSE%20-TOULOUSE%20(5620Pages%20-%2041%20Ko).pdf)
[https://www.psychanalyse.com/pdf/LE%20DENI%20DE%20GROSSESSE%20-%20ASSOCIATION%20FRANCAISE%20POUR%20LA%20RECONNAISSANCE%20DU%20DENI%20DE%20GROSSESSE%20-TOULOUSE%20\(5620Pages%20-%2041%20Ko\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/LE%20DENI%20DE%20GROSSESSE%20-%20ASSOCIATION%20FRANCAISE%20POUR%20LA%20RECONNAISSANCE%20DU%20DENI%20DE%20GROSSESSE%20-TOULOUSE%20(5620Pages%20-%2041%20Ko).pdf)
- (10) American Psychiatric Association (APA). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed, DSM-5). 2013.

- (11) Brezinka C., Huter O., Biebl W., Kinzl J., Denial of pregnancy : Obstetrical aspects. *J.Psychosom. Obstet. Gynecol.* 1994.
- (12) Bonnet C. Accompagner le déni de grossesse : de la grossesse impensable au projet de vie pour le bébé. *Perspectives Psy* 2002.
- (13) Friedman SH. Heneghan A., Rosenthal M., Charasteristics of Women WHO Deny Or Cancel Pregnancy. *Psychosomatics* 2007.
- (14) 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 Scan* 2002. *American Psychiatric*
- (15) Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse. Toulouse: Éditions universitaires du Sud ; 2009.
- (16) Navarro F., Delcroix M., Qu'est-ce que le déni de grossesse ? Publié par Elsevier Masson SAS ; 2013.
- (17) Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, déni de grossesse, 2010. http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2010_GO_145_lansac.pdf
- (18) Chaulet S. Déni de grossesse: exploration clinique et psychopathologique, prise en charge/Étude rétrospective sur 5 ans au CHU d'Angers. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université d'Angers.
- (19) INSERM : Institut National de la Santé et de Recherche Médicale, <https://www.inserm.fr/actualites-et-evenements/actualites/mortalite-perinatale-baisse-en-europe>
- (20) Élise Humeau. Le déni de grossesse : revue de la littérature et étude de son lien potentiel avec le néonatocide. Médecine humaine et pathologie. 2018. ffdumas-02091028
- (21) INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques Âge moyen de la mère à l'accouchement en 2018 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390>
- (22) ORS : Observatoire régional de Santé <https://www.santepaysdeloire.com/ors/articles/la-sante-des-habitants-des-pays-de-la-loire>
- (23) INSEE : Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques Victimes d'agression ou de vol selon l'âge et le sexe <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2525801>

- (24) HAS : Haute Autorité de Santé,
https://www.has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge

Liste des figures :

Figure 1 : Age des patientes au moment de la levée du déni

Figure 2 : Terme à la levée du déni

Liste des tableaux :

Tableau I : Fréquence du déni en fonction de l'année

Tableau II : Résultats concernant les toxiques

Tableau III : Résultats concernant les critères socio-économiques

Tableau IV : Résultats concernant les critères familiaux et conjugaux

Tableau V : Résultats concernant les critères médicaux

Tableau VI : Résultats concernant les critères psychiatriques

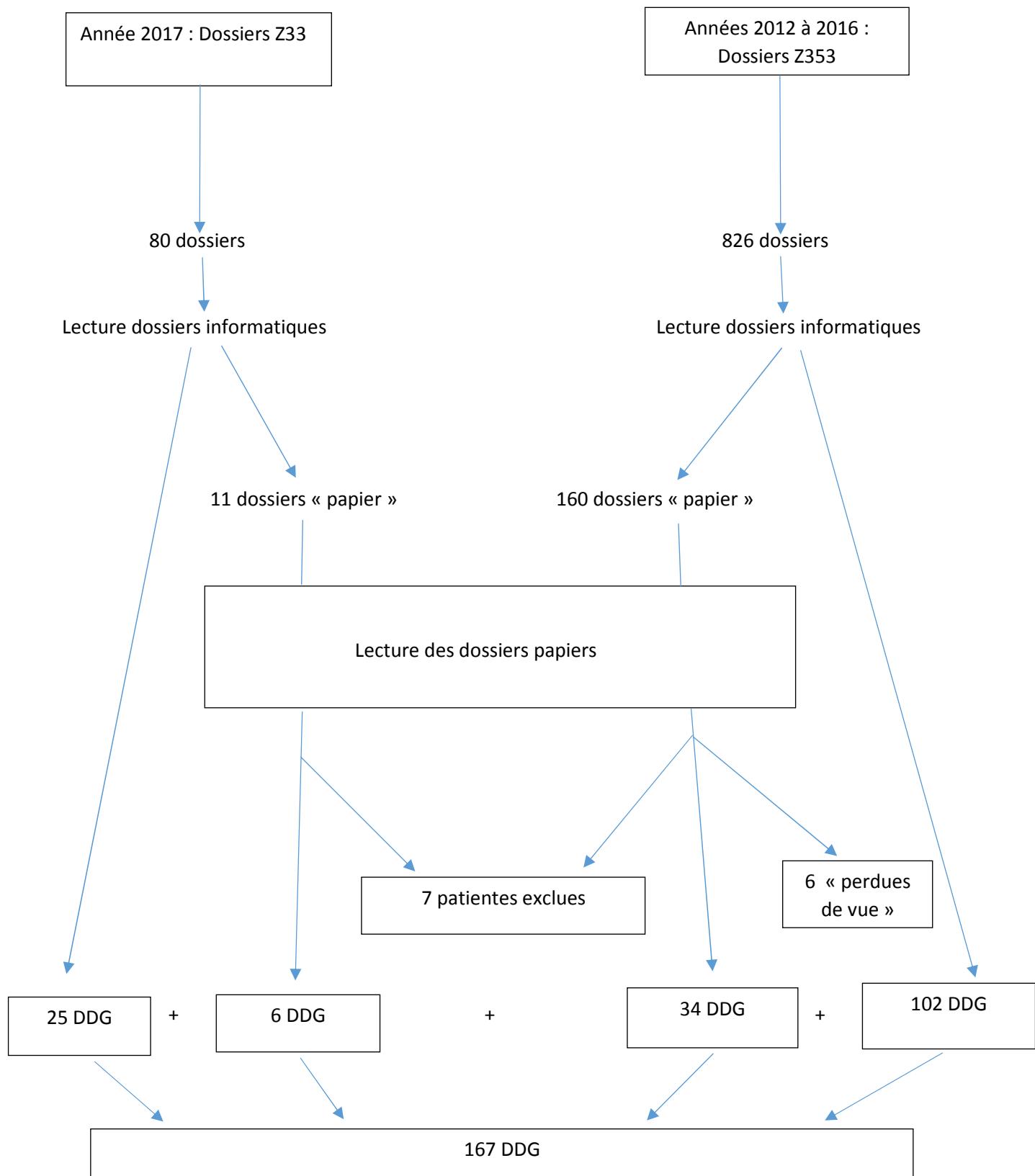
Tableau VII : Comparatif des résultats des études sur le déni de grossesse

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations	1
Résumé	2
Introduction	3
Matériels et méthodes	7
Résultats.....	11
Discussion.....	20
Conclusion	28
Bibliographie	29
Listes de figures et tableaux.....	32
Table des matières	33
Annexes.....	34

ANNEXES :

Annexe 1 : Schéma de l'étude, sélection des cas



Annexe 2: Nombre de témoins sélectionnées par année :

Année	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Nombre de témoins	287	266	366	248	258	291	1816

Annexe 3 : Résultats de l'étude

Facteur de risque	Cas (%)	Témoins (%)	P	OR	IC
Alcool	3 (1%)	2 (0.1%)	0,005	16,5	1,88 ; 198.95
Tabac	39 (23.3%)	114 (6.3%)	<0.001	4,54	2.94 ; 6.91
Tb psychiatrique	0 (0%)	2 (0.1%)	1		
Tb psychologique	1 (0.6%)	6 (0.3%)	0,46	1,81	0,039 ; 15,10
Faible niveau éducatif	7 (4.1%)	18 (1%)	0,003	4,39	1,52 ; 11,22
Difficultés intellectuelles	9 (5.3%)	7 (0.4%)	<0.001	14,67	4,79 ; 47.04
Couverture sociale insuffisante	1 (0.6%)	15 (0.8%)	1		
Violences conjugales	6 (3.6%)	19 (1%)	0,014	3,52	1,13 ; 9,33
Obésité	3 (1%)	19 (1%)	0,42	1,72	0,32 ; 5,96
Faibles revenus	29 (17.3%)	79 (4.3%)	<0.001	4,61	2,80 ; 7,43
Femme seule	32 (19.1%)	65 (3.6%)	<0.001	6.3	3.89 ; 10.27
Sévices sexuels	2 (1.2%)	6 (0.3%)	0,14	3,65	0,35 ; 20,63
Conflit conjugal	10 (5.9%)	19 (1%)	<0.001	6.01	2,45 ; 13,87
Primipare > 35 ans	2 (1.2%)	13 (0.7%)	0,36	1,68	0,18 ; 7,52
Primipare mineure	6 (3.6%)	5 (0.3%)	<0.001	13,45	3,38 ; 56,47
Anorexie mentale	2 (1.2%)	3 (0.2%)	0,05	7,31	0,60 ; 64,37

Annexe 4 : Avis du comité d'éthique



COMITE D'ETHIQUE

Pr Christophe Baufreton

Angers, le 27 avril 2018

Dr Aurore Armand

Département de Médecine d'Urgence
auarmand@chu-angers.fr

A Mr Jérémie DOYENNEL

Monsieur,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné dans sa séance du 25 Avril 2018 votre étude « **Caractéristiques médico-socio-démographiques des femmes ayant connu un déni de grossesse. Etude rétrospective réalisée à la maternité d'Angers de 2012 à 2017** » enregistrée sous le numéro **2018/32**.

Après réception des modifications proposées suite aux remarques du Comité, examen des documents et audition des rapporteurs, le projet soumis ne soulève pas d'interrogation éthique.

Cet avis ne dispense toutefois pas le ou les porteurs du projet de s'acquitter des autres obligations réglementaires pouvant être nécessaires.

Je vous prie de croire, Monsieur, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Professeur Christophe Baufreton

RÉSUMÉ

DOYENNEL Jérémy

Caractéristiques médico-socio-démographiques des femmes ayant connu un déni de grossesse

Le déni de grossesse connu depuis le XVII ème siècle, il ne fait l'objet d'études que depuis les années 1990, et sa définition ne fait pourtant toujours pas consensus. Les études réalisées s'attachent à démontrer ses conséquences obstétricales, néonatales, ainsi qu'à déterminer les caractéristiques médico-sociales des femmes ayant eu un déni de grossesse. Celui-ci est un réel problème de santé publique avec une prévalence de 6.8/1000 (selon les résultats de notre étude). Aucun profil de femmes à risques n'a pu être décrit à ce jour, les études différant sur certaines caractéristiques. La mise en évidence de facteur de risques précis pourrait permettre une meilleure prise en charge de ces femmes en rendant le déni accessible à la prévention. Notre travail a consisté à comparer dans une étude cas-témoins les profils de 167 femmes ayant eu un déni de grossesse sur la maternité du CHU d'Angers à ceux de témoins issues de la même population. Notre étude rétrospective s'est étalée de 2012 à 2017. Nous avons étudié des déterminants sociaux, médicaux, psychiatriques, et démographiques. En comparant les profils de nos deux populations, nous avons pu mettre à jour des liens entre certains facteurs de risque et le déni de grossesse, sans pour autant dégager de profil type. Il semblerait exister un lien avec l'isolement (OR = 6.3), la précarité sociale (OR = 4.60) et une situation conjugale conflictuelle (OR = 6.01); sans qu'il y est de lien de causalité généralisable. Ces résultats concordent avec les études déjà publiées, sauf sur la prévalence du déni. En effet, notre étude retrouve une prévalence au déni deux à trois supérieure. A défaut de définir des caractéristiques précises, ce travail contribue à l'information du public médical et non médical, et met à jour une sous-estimation de sa fréquence. Si une action préventive ciblée semble difficilement réalisable, une action de prévention à grande échelle pourrait sensibiliser à ce problème de santé publique encore mal connu. Il reste encore du chemin à parcourir pour une reconnaissance consensuelle du déni de grossesse par le corps médical et une uniformisation de sa prise en charge.

Mots-clés :
Dénie de grossesse

Medico-socio-demographic characteristics of women with an antecedent of pregnancy denial

ABSTRACT

Known since the 17's century, the denial of pregnancy is studied only since the nineties, its definition is still no consensus. All the studies intend to demonstrate obstetric and neonatal consequences, as they intend to determinate the medico-social features of women with an antecedent of a pregnancy denial. The denial is a real issue of public health with a prevalence of 6.8/100 (according to the results of our study). Nowadays, no profile could have been described, studies differing on some characteristics. The enlightning of precise characteristics could enable better cares for these women by making the prevention more accessible. In a case-control study, we compared profils of 167 women with a denial of pregnancy cared by the CHU of Angers to profils of control subjects. Our retrospective study lasted from 2012 to 2017. We studied social, medical, psychiatric and demographic determinants. Comparing the profiles of these 2 groups, we enlightened the links between some risk factors and the denial, nevertheless we couldn't find one typical profile. A link seems to exist with isolation (OR = 6.3), social precariousness (OR = 4.6) and a conflictual conjugal situation (OR = 6.01); however we can't generalize those links. These results match with studies already published, except about the prevalence of denial. Indeed our study shows a prevalence twice or thrice times higher. In default of specifying precise characteristics, this study contributes to inform the medical and non-medical public, and enlights an underestimation of denial. If a targeted preventive action seems too hard to execut, a large scale preventive action could make the population aware of this poorly known issue.

We still have a long way to go for a consensual acknowledgement of the pregnancy denial by the medical profession and a standardization of its care.

Keywords :
Denial of pregnancy

