



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



**FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD – CHARLES MERIEUX
FORMATION SAGE-FEMME - Site de LYON**

**IMPACT DES REPRESENTATIONS DES SAGES-FEMMES DES HCL
SUR L'ENCADREMENT ET L'ETAYAGE DU LIEN MERE-ENFANT
APRES UN DENI DE GROSSESSE**

Mémoire présenté et soutenu par Vanessa Schmitt
Née le 19 Janvier 1995
En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme
Promotion 2019



**FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD – CHARLES MERIEUX
FORMATION SAGE-FEMME - Site de LYON**

**IMPACT DES REPRESENTATIONS DES SAGES-FEMMES DES HCL
SUR L'ENCADREMENT ET L'ETAYAGE DU LIEN MERE-ENFANT
APRES UN DENI DE GROSSESSE**

Mémoire présenté et soutenu par Vanessa Schmitt
Née le 19 Janvier 1995
En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme
Promotion 2019

REMERCIEMENTS

Avant toute chose, je tiens à remercier les sages-femmes ayant accepté de participer à cette étude. Leur vision du métier et leur investissement ont été pour moi une réelle source de motivation. Mes remerciements également à l'ensemble des coordinatrices ayant accepté que l'étude puisse voir le jour au sein de leur service.

Je tiens ensuite à remercier tout particulièrement Madame Marie Demahis, experte thématique, pour son soutien et ses encouragements tout au long de ce travail.

Je remercie également Madame Aude Derrier-Sanlaville, sans qui je n'aurais su trouver la bonne direction et les mots justes. De la même façon, j'adresse ma reconnaissance à l'ensemble de l'équipe enseignante de l'école des sages-femmes de Lyon, pour avoir su nous transmettre leur savoir et leur savoir-faire.

A mes parents pour leur soutien sans faille et leurs paroles réconfortantes, sans qui je n'aurais pas eu la force de mener ces longues années d'études à terme. A ma grand-mère, qui voyait toujours le meilleur en moi et à qui j'aurais tant voulu faire lire ce travail. A mes grandes sœurs, Karine et Sabrina, mes piliers, qui m'ont toujours accompagnée et me connaissent mieux que personne.

A Mickaël, pour son amour inconditionnel et sa présence au quotidien, qui ont su faire de moi la femme que je suis aujourd'hui. Pour toutes ces nombreuses fois où tu as su trouver les mots justes pour que je puisse me rappeler ce qui m'anime et ce pourquoi j'ai tant voulu devenir sage-femme.

A Marion, Manon et Chloé, consœurs mais surtout sœurs de cœur, qui ont su me comprendre, me soutenir et me faire rire durant toutes ces années. Cela n'aurait pas été pareil sans vous.

GLOSSAIRE

- SA : semaine d'aménorrhée
- HCL : Hospices Civils de Lyon
- HFME : Hôpital Femme Mère Enfant
- CHLS : Centre hospitalier Lyon Sud
- DSM-V : 5^{ème} édition du Manuel de Diagnostiques et Statistiques des troubles Mentaux
- CIM-10 : 10^{ème} édition de la Classification Internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

Sommaire

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE	2
1. <i>Les représentations du déni de grossesse : intégration personnelle ou groupale d'une expérience</i>	2
2. <i>Le déni de grossesse en maïeutique : historique et définition</i>	3
A. Amalgames autour de cette définition.....	3
B. Classification.....	4
3. <i>Le déni de grossesse : une problématique complexe au carrefour du biologique et du psychologique</i>	5
A. Les corps de la maternité.....	5
B. L'inconscience du désir d'enfant	7
C. Les remaniements de la maternité psychique.....	7
D. Les mécanismes du déni de grossesse	8
4. <i>Rôle et posture des sages-femmes face au déni de grossesse : importance de la prise en charge</i>	9
A. Le corps du déni ou le déni du corps.....	9
B. Conséquences obstétricales	9
C. Conséquences psycho affectives	10
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE.....	11
1. <i>Justification de l'étude</i>	11
2. <i>Objectifs et hypothèses d'étude</i>	11
3. <i>Type d'étude</i>	12
4. <i>Facteurs étudiés</i>	12
5. <i>Biais et facteurs de confusion</i>	12
6. <i>Population étudiée</i>	12
7. <i>Nombre de sujets nécessaires</i>	13
8. <i>La collecte et l'analyse de donnée</i>	13
9. <i>Calendrier prévisionnel</i>	13
TROISIEME PARTIE : PRESENTATION DES RESULTATS	14
1. <i>Données épidémiologiques</i>	14
2. <i>Connaissances et ressentis des sages-femmes</i>	15
A. Connaissances des sages-femmes.....	15
B. Ressentis des sages-femmes.....	15
3. <i>Lien mère-enfant : évaluation et prise en charge</i>	17
4. <i>Les représentations des sages-femmes</i>	17
QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION	19
1. <i>Synthèse des résultats et réponse aux hypothèses</i>	19
2. <i>Analyse réflexive</i>	20
A. Concernant les pratiques de soutien et d'étayage du lien	20
B. Concernant les représentations et leur impact	21
3. <i>Forces et faiblesses de l'étude</i>	22
4. <i>Axes d'amélioration</i>	23
CONCLUSION	24

INTRODUCTION

Envisagée par Françoise Dolto comme « la dernière mutation » de la féminité (1), la maternité a longtemps été pensée comme le rôle immuable de la femme dans la société. Entre désir et devoir, l'enfantement se voit comme la réalisation narcissique de la condition de femme.

Le désir d'enfant, phénomène inconscient aux origines Œdipiennes, n'est pas toujours corrélé au désir de grossesse. Dès lors que cela se produit, il peut survenir des conflits psychiques et physiques, entraînant la mise en place de stratégies d'adaptation. C'est dans ce contexte que l'on note la constitution des dénis de grossesse.

L'opinion publique prend connaissance de ce phénomène par la vulgarisation de celui-ci en 2006, avec l'affaire V. Courjault, dite des « bébés congelés ». Jusqu'alors méconnu ou mal (re)connu, le déni de grossesse trouve une large tribune dans la rubrique « faits divers » et est alors hâtivement lié aux affaires d'infanticides. Pourtant, c'est aux Etats Unis en 1970 que Resnick introduit pour la première fois le terme de « néonaticide » (2) (3). Depuis 1994, en France, on le qualifie plutôt comme un « homicide sur mineur de 15 ans », selon l'article 221-4 du Code Pénal (4).

Véritable enjeu de santé publique, par sa fréquence (environ 1 cas/500) et par ses conséquences obstétricales et psychoaffectives, le déni de grossesse n'est pourtant ni inscrit aux DSM-V, ni inscrit au CIM-10 (5) (6).

Cette absence de consensus m'a permis de remarquer que très peu d'informations sont délivrées aux futures sages-femmes durant leur formation. De ce fait, leur pratique peut se voir influencée par les représentations créées par les phénomènes sociaux et la médiatisation du phénomène. En effet, tout individu s'inscrit dans un modèle, une vision cohérente du monde qui fait sens pour lui et, de ce fait, envisage différemment le déni de grossesse selon ses propres représentations.

Ainsi, je me suis demandé **en quoi les représentations personnelles et socio-professionnelles du déni de grossesse impactent-elles la prise en charge réalisée par les sages-femmes des Hospices Civils de Lyon (HCL) quant à l'accompagnement du nouveau lien mère-bébé qui se crée en suite de couches après un déni de grossesse ?**

Pour répondre à cette question, une étude prospective qualitative a été mise en place, au moyen de questionnaires semi-directifs.

L'analyse des informations recueillies a permis d'étudier comment les sages-femmes vivent, ressentent et conçoivent le déni de grossesse.

Au-delà des connaissances des sages-femmes, cette étude a également permis de mettre en lumière la prise en charge de ces femmes et de ces bébés, ainsi que l'accompagnement qui leur ai dédié dans la mise en place du lien qui s'établit entre eux.

Après avoir présenté la définition du déni de grossesse et les différents mécanismes mis en jeu, nous présenterons la méthodologie de notre étude, ainsi que l'analyse des résultats de celle-ci. Nous terminerons par une discussion qui mettra en lumière les éléments essentiels, ainsi que les forces et les faiblesses de notre étude.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE

1. Les représentations du déni de grossesse : intégration personnelle ou groupale d'une expérience

Notre étude présente comme fondement théorique l'analyse des représentations du déni de grossesse. Nous avons donc entrepris une revue de la littérature précisant les principales représentations personnelles et socio-professionnelles du déni de grossesse. Cependant, face au peu d'études et d'articles relevant de ce sujet, nous avons décidé d'ouvrir notre propos à d'autres domaines de la santé (représentation de l'hygiène hospitalière, représentation du métier d'infirmier, impact des représentations dans la relation de soin).

Forts de cela, nous pouvons postuler que les représentations sont la base de l'organisation de la pensée ainsi que de l'action individuelle et/ou groupale.

En effet, les représentations personnelles sont le fruit de l'intégration par la personne d'une expérience ou d'une action vécue individuellement. Elles permettent de trouver un sens aux événements du monde dans lequel elle évolue, et ainsi de pouvoir organiser son action singulière au sein d'un paradigme commun aux personnes l'entourant. Elles sont donc propres au sujet lui-même.

Les représentations sociales sont davantage le résultat d'une interaction avec le monde qui nous entoure. Il s'agit en effet d'une interprétation d'une réalité commune à un ensemble social, permettant d'établir une maîtrise et un savoir partagé par ce groupe. Selon Durkheim, elles découlent donc des relations sociales et créent un sentiment d'appartenance à un groupe aux modes de pensée et aux normes communes. (7)

Parmi les représentations sociales, nous pouvons noter l'existence des représentations professionnelles. Elles sont issues d'une expertise commune à un ensemble de personnes travaillant et œuvrant dans le même domaine. Elles sont donc le résultat d'une formation conceptuelle et procédurale sur un sujet donné afin de guider et de justifier les pratiques.

Celles-ci sont donc socialement investies afin de répondre aux enjeux déterminés par le groupe. (8)

Ainsi, les représentations du déni de grossesse peuvent être envisagées comme le reflet de la situation psychologique, affective et sociale dans laquelle se trouve un individu face à ce phénomène. C'est donc sa façon de concevoir individuellement le déni de grossesse, tout en s'inscrivant au sein d'un groupe social et professionnel, aux courants de pensée et aux procédures communes.

Toutefois, les représentations sont à distinguer des connaissances réelles dont nous disposons via la littérature scientifique : la connaissance influence la construction d'une représentation. (9) Elle tient donc un rôle fondateur dans l'établissement du système représentatif individuel et commun.

En partant du postulat de Piaget (10) selon lequel il existe un impact des représentations sur nos actions, il semble alors essentiel de préciser l'importance de la formation des sages-femmes sur le déni de grossesse : connaître davantage le déni de grossesse permettrait de prendre conscience de l'impact des représentations et garantirait donc une prise en charge plus optimale des patientes. Mieux maîtriser ces connaissances serait alors un moyen d'éviter une certaine stigmatisation des femmes présentant un déni de grossesse, et ainsi d'être plus disponible à une écoute active et soutenante du lien mère-enfant.

Cependant, force est de constater qu'il n'est pas précisément stipulé dans le programme national des études de sages-femmes (11) qu'il soit nécessaire pour les futures sages-femmes de bénéficier d'une intervention sur le déni de grossesse lors de leurs études.

Ainsi, nous pouvons nous demander en quoi ce manque d'information influence-t-il la constitution des représentations des sages-femmes sur le déni de grossesse et, par extension, en quoi cela impacte-t-il la prise en charge des patientes ?

2. Le déni de grossesse en maïeutique : historique et définition

A. Amalgames autour de cette définition

Il est important de noter qu'il existe une confusion fréquente entre dissimulation et déni de grossesse.

C'est en 1858 que Louis-Victor Marcé évoque pour la première fois la différence entre ces différents termes (12) (13) :

La dissimulation est le fait de cacher consciemment sa grossesse. Dans ce cas, la future mère a parfaitement intégré le fait qu'elle soit enceinte mais préfère ne pas investir sa grossesse et ne pas la porter socialement. (14)

Le déni de grossesse, quant à lui, peut aussi bien englober la dénégation que la forclusion de grossesse :

- La négation ou dénégation de grossesse est le fait de connaître ou d'entrevoir la condition de grossesse mais de ne pas vouloir en avoir conscience (« je sais mais ne veux pas savoir ») (15). Elle est liée à une « position névrotique » (16) par rapport à la grossesse, résultant d'un défaut des représentations psychiques de celle-ci.

La négation de grossesse s'inscrit dans un mécanisme de défense en lien avec l'histoire personnelle de la future mère. En effet, elle résulte souvent des barrières sociales ou intimes que la patiente s'est fixées, créant ainsi un mécanisme de défense archaïque.

Par suite, le déni de grossesse s'instaure comme un « refus inconscient et radical de savoir » (16) dans un contexte de non corrélation entre le désir d'enfant et le désir de grossesse.

- La forclusion est une absence totale des représentations psychiques de la grossesse et de la maternité. Elle s'élabore comme un processus psychotique privant le sujet de ses capacités d'imagination et de symbolisation. La grossesse ne trouve alors pas de sens dans la psyché maternelle et ne peut donc être intégrée (16).

La connaissance du mécanisme psychique mis en place est essentielle à une bonne prise en charge psychologique, puisque la thérapie s'établit en fonction de celui-ci.

B. Classification

Il faudra attendre 1976 et la publication de Becache pour que le déni de grossesse soit enfin considéré comme une entité clinique à part entière (5). Malgré cela, il n'existe toujours pas de consensus quant à la définition clinique du déni de grossesse.

Nous pouvons toutefois noter ces différents critères de classification :

a) Durée du déni et terme de la grossesse

Alors que certains auteurs considèrent qu'un déni de grossesse est défini par toute grossesse dont la prise de conscience s'effectue après le premier trimestre (12 SA) (17), d'autres prennent pour seuil le terme de 20 SA (14).

Si l'on prend comme critère de classification le terme de prise de conscience de la grossesse, nous pouvons alors distinguer deux types de déni de grossesse :

- Le déni partiel : pour lequel la prise de conscience s'effectue au cours de la grossesse. La patiente apprend donc l'existence de sa gestation avant le terme de celle-ci.
- Le déni total : celui-ci se poursuit jusqu'à la mise en travail voire jusqu'à la mise au monde de l'enfant.

b) Qualité du déni

Nous pouvons également caractériser le déni de grossesse par sa qualité.

On distingue ainsi :

- Le déni de type cognitif (14) : Il s'agit d'un déni des sensations et d'un défaut de traitement de l'information que le corps envoie au cerveau. Il peut être partiel (il subsiste alors une forme réduite de conscience de la grossesse, mais elle est toujours floue et quasi imperceptible par la patiente) ou total.
- Le déni de type affectif (18) : Il inclut une dimension émotionnelle. Il existe alors plus de risque que la mère développe un attachement ambivalent pour son enfant (entre désir et rejet de celui-ci).

Le déni de grossesse est dit envahissant s'il réunit les critères maximaux de durée ainsi qu'une absence d'une quelconque connaissance de la grossesse, qu'il s'agisse de manifestation cognitive, comportementale ou affective.

3. Le déni de grossesse : une problématique complexe au carrefour du biologique et du psychologique

A. Les corps de la maternité

a) *Du corps physique au corps psychique*

Vers 8 mois, le petit enfant prend conscience de son individualisation et entreprend la construction du Moi comme une entité distincte de l'Autre (19).

En effet, par la vision de son image reflétée associée à des expériences sensorielles et visuelles (mains, yeux, bouche), l'enfant prend conscience de ses limites corporelles et est en mesure de s'identifier au corps qu'il voit et ressent (20).

En élaborant son propre schéma corporel, l'enfant s'envisage alors davantage comme une entité unique, non morcelée qui s'extériorise et se différencie de l'Autre (19).

Pour Lacan, cette expérience, dite « stade du miroir », inaugure l'intégration d'un objet interne, par opposition à l'objet externe, qui n'est autre qu'une distinction de l'enfant de sa propre mère, l'obligeant ainsi à réaliser sa dépendance à celle-ci. (21)

Winnicott souligne également cela en postulant que l'enfant présente initialement un état de « non indépendance primaire » (22).

De ce fait, en apportant les soins appropriés à son enfant (« Handling ») et en lui permettant d'expérimenter une contenance physique et psychique par le « Holding » (23), la mère, dite « suffisamment bonne », permet alors au petit d'intégrer les limites de son corps et sa « continuité d'être ». En palliant à toute carence dans le développement sensori-moteur de l'enfant, la mère lui permet ainsi d'éviter l'expérience du morcellement et de la souffrance psychique (24).

Delassus parle quant à lui d'un « corps global », entité cellulaire et biologique, indissociable de l'esprit, se construisant dès l'enfance.

Corps matière et matérialisé, il se pense et s'expérimente comme un outil de vie, support des fonctions vitales et organiques (25).

Cependant, l'esprit étant considéré par l'auteur comme l'idée que l'on se fait de son propre corps physique, il admet que ce corps ne fasse qu'un avec le corps psychique, dans une logique de continuité et d'interaction (26).

A l'instar, Dolto envisage le corps comme l'intégration subjective de l'histoire personnelle d'un individu. Il serait le résultat de l'image que l'on se fait de son propre corps et non pas seulement un support matériel. L'image du corps peut alors se penser comme le renvoi social du vécu personnel de chacun, et de l'idée que l'on s'en fait (27).

Cette identité psychique est pour Anzieu le résultat du vécu sensoriel du contact entre la surface corporelle de l'enfant et celle de sa mère, permettant de différencier le Moi psychique du Moi corporel pensé par Freud.

La mère, quant à elle, tient donc une fonction « pare-excitatrice » permettant progressivement à l'enfant d'appréhender ses fonctions d'auto-étayage et d'entreprendre un paradigme fondateur dans sa construction du Moi (19).

b) *Le corps psychique de la grossesse bien investie*

La grossesse est marquée par différentes phases d'adaptation psychique, se produisant de concert avec les changements corporels des trois trimestres qui la compose.

En effet, dès la prise de conscience de la mère quant à son état de grossesse, elle se confronte à des changements internes et psychiques lui permettant d'intégrer les changements vécus par son corps.

D'après les travaux de Marinopoulos, nous pouvons tout d'abord constater que le premier trimestre de grossesse est marqué par un état d'ambivalence lié à « l'état d'être enceinte » (15). Durant cette période, la femme, mère en devenir, intériorise les changements corporels de son « corps fécondé » sans intégrer une quelconque conceptualisation de l'enfant à venir. Il est en effet une source de vie potentielle et future mais, bien souvent, il n'existe pas en tant qu'individu propre dans le psychisme maternel (15).

Bien qu'une grossesse puisse être envisagée comme une complétude narcissique, tant d'un point de vue social qu'au sens Freudien du terme, elle est parfois synonyme de reviviscence de conflits infantiles enfouis. Certaines femmes expérimentent en effet leur début de grossesse comme une intrusion de leur corps physique, réveillant ainsi les conflits psychiques passés (renaissance de l'enfant qu'elle était, lien à sa propre mère...) (28).

Le deuxième trimestre est quant à lui marqué par un sentiment d'harmonie entre les changements corporels et l'intégration psychique de l'enfant en croissance.

La mère est alors en mesure de conceptualiser et de se représenter son enfant. Il est pensé, fantasmé et imaginé par les parents qui, en parallèle d'un enfant réel, créent un enfant virtuel, berceau de leurs espoirs et de leurs attentes (28).

Marinopoulos explique que cette entité imaginaire et fantasmatique peut être consolidée ou brisée par l'imagerie et les diagnostics médicaux. Dans les cas où l'enfant virtuel ne correspondrait pas à l'image réelle de l'enfant porté par la mère, nous pouvons parfois remarquer une rupture du lien in-utéro, impliquant des difficultés d'étayage du lien parent-enfant après la naissance (15).

Enfin, le troisième trimestre permet la création d'une image mentale de la séparation des corps. La mère est alors en capacité de parler de l'accouchement, de l'appréhender et de l'imaginer. Cette troisième phase peut être synonyme d'angoisse, et parfois, certaines mères dans l'incapacité d'envisager une séparation des corps, peuvent ne pas intégrer la distinction psychique et physique entre elles et leur enfant, créant ainsi ce que Marinopoulos nomme l'« hybride mère-enfant ». (15)

B. L'inconscience du désir d'enfant

Pour Bydlowski, le désir d'enfant est fondé sur un mouvement d'identification et d'attachement de la petite fille envers sa mère précœdipienne (29) (30). Cet attachement serait alors à l'origine d'un sentiment de gratitude prenant la forme d'une « dette de vie ». Selon cette théorie, le premier enfant serait un enfant offert par la fille à sa mère, permettant à la femme d'accomplir son devoir et de payer sa dette (31).

Pour Freud, le désir d'enfant est un phénomène inconscient qui viendrait du conflit Œdipien vécu par la petite fille durant son enfance. En effet, chez la petite fille, le constat de la différence des sexes entraîne une contradiction entre le désir d'être comme sa mère et le désir du pénis qu'elle n'a pas et qu'elle voudrait de son père. Cette absence de pénis se traduit alors par un désir de la petite fille d'obtenir un enfant de son père. A l'âge adulte, la jeune femme projette alors son désir de filiation sur son compagnon. Le désir d'enfant est donc pensé comme un désir centré sur l'autre, qui laisse la place à une altérité distincte s'inscrivant dans la lignée. (32)

C. Les remaniements de la maternité psychique

Devenir mère serait donc corrélé au fait de se vivre comme mère, « en proie à des reviviscences de son propre inconscient infantile » (33).

En effet, la grossesse est un moment de réorganisation psychique qui permet à la femme d'aborder des sujets auto-centrés, notamment concernant sa propre enfance et la relation primaire avec sa mère. (34)

Bydlowski compare cette « levée de la censure » à une baisse des résistances maternelles face aux ressentis refoulés de son enfance (33). En investissant son histoire, la future mère investit sa grossesse, au détriment de sa sexualité, et entre dans une maturation conflictuelle mais non pathologique, appelée transparence psychique (34).

Par cette rencontre avec elle-même et avec ses fantasmes et angoisses régressifs, elle fonde ainsi un paradigme organisateur de sa maternité psychique. (34) (31)

Alors que la transparence psychique prend place dès l'annonce de la grossesse, lorsque l'enfant n'est encore qu'un objet interne, Winnicott admet qu'une autre réorganisation psychique prend place quelques semaines avant et quelques semaines après l'accouchement, lorsque l'enfant tend à devenir un objet externe.

En effet, pour lui, la femme doit faire face à une « maladie » normale et bénéfique, de type schyzoïde, la poussant à s'investir totalement dans sa relation avec son enfant. Il s'agit de la préoccupation maternelle primaire.

Cela confère à la mère la capacité de pouvoir s'adapter, s'accorder et répondre à tous les besoins de son enfant, tant que celui-ci dépend entièrement d'elle.

Cette réorganisation psychique s'estompe par la prise d'indépendance du bébé et par le désinvestissement de la mère de celui-ci, au profit du renouveau de son intérêt pour son compagnon, pour le monde professionnel ou pour ses hobbies. (22) (24)

Dolto corrobore également ces propos en postulant que c'est « le bébé qui crée la maman ». (35)

Cependant, pour Marinopoulos « l'enfant réel ne transforme pas toujours psychiquement l'adulte en parent » (15). Elle envisage ainsi que les remaniements nécessaires à la grossesse psychique et au maternage primaire du bébé puissent ne pas s'opérer, pouvant ainsi entraîner des défauts de conceptualisation de la grossesse et des défauts d'étayage du lien mère-enfant.

D. Les mécanismes du déni de grossesse

a) *Le déni en psychanalyse*

Le déni peut être considéré comme le « refus de tout élément rappelant au sujet sa vulnérabilité de manière inacceptable » (36). Il s'agit donc d'un mécanisme défensif et réactionnel, entraînant un défaut d'ajustement et une mise en place de stratégies de coping (37). Les stratégies de coping visant à réduire les effets néfastes de ce qui « menace ou dépasse les ressources d'un individu » (38), nous pouvons supposer qu'en refusant d'admettre une réalité trop difficile, la patiente tend à se protéger d'une angoisse trop forte (14), susceptible de causer un « effondrement psychique » (39).

b) *Le déni de grossesse : mécanismes psychiques*

Le déni de grossesse s'établit comme un ensemble de syndromes non spécifiques et non pas comme un mécanisme à part entière. (14)

Tout d'abord, les travaux de Freud mettent en évidence la possibilité d'un refus de l'idée de castration chez la petite fille (32), qui s'obtempère comme un clivage structurel du Moi. (40) (36). Ciconne suppose quant à lui qu'il s'agit d'une résultante de la pensée infantile selon laquelle le désir d'enfant est transgressif puisque l'enfant resté vivant dans le parent en devenir n'a de cesse de penser que la parentalité et la sexualité ne lui sont pas autorisés. (41)

Le déni de grossesse peut également advenir à la suite d'un transfert sur le bébé de la rivalité narcissique que la petite fille entretenait avec sa propre mère. En effet, comme la pleine conscience de la réalisation féminine impose une identification à la mère, un manquement relationnel et constitutif pourrait donc causer des difficultés pour la future mère de s'extraire de l'emprise maternel et, par suite, des difficultés pour passer de petite fille, à femme, puis mère (42). Ainsi, « à trop vouloir écouter le passé », la future mère « n'entend pas ce qui lui est adressé dans le présent » et est dans l'incapacité d'accueillir les remaniements nécessaires à sa gestation psychique, entraînant un climat propice aux négations. (41)

De plus, le déni de grossesse peut survenir à la suite d'un trouble de l'image de soi provoqué par un traumatisme faisant naître une haine inconsciente du corps.(43) En effet, selon Marinopoulos, les femmes présentant un déni de grossesse sont dans le « déni de leur corps ». Il n'existe alors pas de vécu corporel de cet événement. (28)

Enfin, en se basant sur les propos de Racamier, Zagury affirme que le déni de grossesse ne s'élabore pas comme un « déni d'existence radical » mais davantage comme un déni non psychotique dit « déni sur l'objet », soit un déni de sa conception, des changements corporels qu'il induit, de son altérité, de sa signification. Ainsi, il ne s'agirait pas d'un déni d'existence de l'enfant à venir, mais d'un déni de ses propriétés, de ses capacités et de son potentiel, empêchant la femme de prendre conscience des changements qui s'obtempèrent physiquement et psychiquement. (44) (45)

4. Rôle et posture des sages-femmes face au déni de grossesse : importance de la prise en charge

A. Le corps du déni ou le déni du corps

Lors d'un déni de grossesse, on ne remarque pas de changement morphologique majeur. En effet, selon Marinopoulos, la femme, qu'elle soit initialement mince ou ronde, ne présentera pas la proéminence d'un ventre en gestation que l'on connaît habituellement chez la femme enceinte. Cela s'explique par une variation de la croissance de l'utérus : lors d'une grossesse non déniée, l'utérus se développe vers l'avant. Or, dans le cas d'un déni de grossesse, nous pouvons remarquer que l'utérus se développe davantage vers le haut, laissant libre place à l'enfant en croissance de se loger tout contre les côtes de sa mère (15).

Ce développement utérin influence la prise de poids qui reste en général minime. (14)

Les « petits maux de la grossesse », habituels chez la femme enceinte (nausée, vomissement, dorsalgie...) sont souvent réduits dans le cas d'un déni de grossesse. De plus, certains de ces maux passent inaperçus car interprétés différemment par la femme qui dénie sa grossesse. En effet, elle aurait tendance à les expliquer par des faits singuliers de sa vie quotidienne. C'est ce que Marinopoulos nomme « interprétations écrans », permettant à la femme de justifier les changements qu'elle perçoit et l'impossibilité de sa grossesse. (15)

Il en va de même pour l'aménorrhée qu'on associe volontiers à la gestation : dans le cas d'un déni de grossesse, cette aménorrhée passe souvent inaperçu du fait de la survenue irrégulière de métrorragies. (14)

Suite à l'annonce du diagnostic de grossesse, on remarque chez la femme gestante une rapide distension utérine et abdominale, ainsi qu'un retour à la clinique physiologique de la grossesse.

B. Conséquences obstétricales

Par un retard diagnostic et donc un retard de prise en charge, nous pouvons constater que le déni de grossesse induit de nombreuses conséquences obstétricales.

Il n'est en effet pas rare que les signes d'alertes que les sages-femmes apprennent aux femmes gestantes à repérer ne soient pas considérés comme tels (43). Par exemple, les contractions utérines et les ruptures prématurées des membranes ne sont souvent pas diagnostiquées. Ainsi, nous pouvons noter une proportion importante d'accouchements prématurés faisant suite à un déni de grossesse.

La grossesse n'étant pas suivie (ou suivie tardivement), il existe également un risque accru de fausse couche spontanée (FCS) et de mort fœtal in utéro (MFIU).

Il a été constaté que les enfants issus de ces grossesses présentent un petit poids pour leur âge gestationnel. Certains auteurs laissent à supposer que cela peut être dû à la poursuite des consommations habituelles de la femme (tabac, alcool, stupéfiants) (46).

Enfin, on note une proportion significative d'accouchements non assistés (37). Ces accouchements sont parfois la source de dystocies et il n'est malheureusement pas rare de constater des décès périnataux après un déni de grossesse.

C. Conséquences psycho affectives

A la suite d'un déni de grossesse, nous pouvons noter que la survenue d'un trouble relationnel mère-enfant n'est pas exceptionnel. Selon Carrel, l'étayage solide d'un lien mère-enfant nécessiterait en effet un « processus de reconnaissance dans les premiers liens » qui ne peut survenir qu'après l'intégration et la naissance psychique de l'enfant pour la mère. (47)

En 1958, Bowlby décrit pour la première fois la théorie de l'attachement, selon laquelle il se mettrait en place entre l'enfant et sa figure d'attachement (personne le protégeant et prodiguant les soins adaptés) un « lien émotionnel spécifique » fondé sur la disponibilité physique et psychique de celle-ci. (48)

La figure d'attachement (ou « caregiver ») a une fonction de « base de sécurité » pour l'enfant. L'attachement de l'enfant pour cette personne s'établit donc comme un pilier fondateur de sa santé mentale et la qualité de cet attachement sera corrélé à la qualité des relations interpersonnelles que l'enfant entretiendra dans le futur. (48)

Dans le cas d'un attachement désorganisé (évitant, ambivalent ou résistant), on note une proportion importante d'« hétéro ou auto agressivité » à l'âge adulte, associé à des troubles du comportement comme l'hyperactivité. Il est également fréquent de remarquer dans ces cas-là une diminution de la résistance au stress à l'âge adulte. (48)

Le déni de grossesse pouvant être source d'émotions hostiles chez la mère (14), il est important de mettre en lumière le fait que de nombreuses dépressions du post-partum s'établissent dans ce contexte (37), empêchant la mère d'être pleinement disponible et à l'écoute du lien qui s'établit entre elle et son enfant.

Par conséquent, s'assurer de la disponibilité et de la stabilité psychique de la mère en post partum pourrait permettre l'étayage d'un lien-mère enfant solide et, par extension, permettre à l'enfant de pouvoir établir des relations sécurées à l'âge adulte.

Il procède ainsi qu'en considérant la mère comme un individu biopsychique à part entière (49), il semblerait essentiel qu'elle puisse trouver un interlocuteur de choix afin d'exprimer ses éventuelles difficultés. En effet, la mère n'ayant pas pu se préparer psychiquement à la naissance de son enfant, le premier berceau psychique et fantasmatique de l'enfant n'a donc pas pu se créer. Ainsi, il est important que la mère puisse entreprendre la construction d'une matrice de soutien, contenante dans son apprentissage de mère et dans cette nouvelle maternalité.

Cette matrice de soutien peut être composé par des professionnels de la santé physique ou mental, appuyant la mère dans son cheminement à organiser sa récente maternité psychique. On parle alors de mise en place d'une constellation maternelle (50).

Cependant, bien qu'il soit important de considérer et de prendre en compte le « deuxième corps » de la mère (51), c'est-à-dire son corps psychique, les sages-femmes sont souvent peu formées à cette problématique complexe : elles sont en effet formées au dépistage et à l'orientation des femmes en difficulté psychologique pendant leur grossesse mais ne bénéficient pas d'informations permettant une prise en charge optimale de ces patientes. Pourtant, Missonnier met en lumière l'importance d'un « tryptique pluriel » composé de l'enfant, de ses parents et des soignants (49) et exprime l'importance de la « consultation psychologique » en périnatalité.

Cela souligne donc la nécessité d'un travail basé sur l'interdisciplinarité au sein d'un réseau de soin : psychologue, psychiatre, sage-femme, auxiliaires et professionnels de la PMI ont tous un rôle considérable à jouer dans l'accompagnement de ces femmes et dans l'apprentissage de leur nouvelle maternalité.

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE

1. Justification de l'étude

Depuis une dizaine d'année, le déni de grossesse trouve écho dans la rubrique faits divers de la presse française. Entre vulgarisation du phénomène et postulats inquisiteurs, le grand public alimente le débat des mères néonaticides et soulève la question de la vulnérabilité éventuelle du lien que ces femmes entretenaient vis-à-vis de leur grossesse et de l'enfant qu'elles portaient.

Cependant, force est de constater que les interrogations mises en exergue par cette médiatisation ne trouvent que peu de réponses : pourtant décrit dans la littérature médicale depuis le milieu du 19ème siècle (35) le déni de grossesse reste encore un phénomène peu connu, peu reconnu et souvent mal compris.

Ainsi, il n'existe pas, à ce jour, de consensus professionnel qui définirait les populations à risque et les mécanismes d'actions mis en jeu. Par suite, face à l'hétérogénéité prégnante qui s'établit au sein des femmes concernées, le déni de grossesse ne trouve aucune mention dans les registres internationaux. (5)

Pourtant, il ne s'agit pas d'un phénomène anecdotique : le déni de grossesse représenterait environ 1750 cas par an (1500 cas de dénis partiels recensés par an, et 250 cas de dénis totaux) (28). Le déni de grossesse semble alors 3 fois plus fréquent que la rupture utérine (40), phénomène pourtant bien plus apprivoisé par les professionnels de santé.

De ce fait, les professionnels de santé, et plus particulièrement les sages-femmes, se verront vraisemblablement confrontées au déni de grossesse au cours de leur carrière. Néanmoins, nous ne pouvons que remarquer le peu de formations initiales consacrées à ce sujet durant les études de maïeutique. Alors qu'elles devront être capables d'accompagner les couples, les femmes et les enfants et de veiller au bon développement du lien qui s'établit entre eux (43), elles ne seront que peu formées à une telle vulnérabilité. En effet, bien qu'il soit question du dépistage des troubles psychiques pouvant être liés à la grossesse, il n'est pas spécifiquement stipulé dans le programme national des études de sages-femmes qu'il faille traiter du déni de grossesse (11). Certaines apprendront par leur expérience sur le terrain, mais d'autres y seront confrontées, avec pour seul bagage, une absence de formation théorique et pratique.

2. Objectifs et hypothèses d'étude

L'objectif premier de cette étude était de montrer en quoi les représentations des praticiens, tant d'un point de vue personnel que social ou professionnel, retentissaient sur la prise en charge du lien qui s'établit entre une mère et son enfant à la suite d'un déni de grossesse.

Par suite, nous avons émis trois hypothèses :

H1: Les sages-femmes, ancrées au sein d'un même consensus professionnel mais aux influences personnelles et sociales variables, tendent à penser que le lien mère-enfant a plus de risque d'être pathologique lorsque la naissance fait suite à un déni de grossesse.

H2 : Les sages-femmes ont tendance à encadrer et à accompagner davantage les couples mère-enfant qui ont fait face à un déni de grossesse.

H3 : Certaines sages-femmes éprouvent des difficultés dans leur pratique d'accompagnement du déni de grossesse. Ces difficultés peuvent s'exprimer par un manque de connaissances et/ou de formation.

3. Type d'étude

Nous avons fait le choix de réaliser une étude prospective qualitative par le biais d'un questionnaire semi-directif (ANNEXE I).

4. Facteurs étudiés

Ce questionnaire a été préalablement validé par l'expert thématique de mon mémoire puis a été envoyé par courrier électronique à l'ensemble des sages-femmes des HCL, soit 219 sages-femmes.

Il comprenait tout d'abord des questions permettant de recueillir des données épidémiologiques de la population étudiée.

Le questionnaire comportait également une question permettant d'évaluer les connaissances des sages-femmes sur le déni de grossesse ainsi que la provenance de celles-ci (formation théorique, formation pratique, expérience personnelle ou professionnelle).

Il faisait ensuite état des représentations (personnelles et socio-professionnelles) des sages-femmes par l'intermédiaire de questions visant à évaluer l'accord de celles-ci avec une émotion ou une action donnée, puis par des tâches d'association libre (avec pour terme inducteurs : « déni de grossesse », « soignant et déni de grossesse », « lien mère-enfant après un déni de grossesse »).

Enfin, le questionnaire permettait d'étudier la prise en charge réalisée par les sages-femmes pour encadrer et soutenir le lien mère-enfant.

5. Biais et facteurs de confusion

Les biais et les facteurs de confusions étaient les suivants :

- Le nombre d'année d'expérience
- L'année d'obtention du diplôme (programme et parcours des études de maïeutique ayant été réformés à de nombreuses reprises)
- La réalisation d'une formation traitant du déni de grossesse
- Le lieu de formation
- La confrontation au déni de grossesse dans la vie privée et/ou dans la vie professionnelle
- Le niveau de la maternité dans laquelle la sage-femme interrogée exerce (moyens techniques et pratiques différentes).

6. Population étudiée

Nous avons fait le choix d'adresser le questionnaire aux trois maternités composant les HCL. Ainsi, sans critère de sélection particulier, qu'elles aient été ou non confrontées au déni de grossesse durant l'exercice de leur fonction ou dans leur vie privée, chaque sage-femme des maternités du Centre Hospitalier Lyon Sud (CHLS), de la maternité de la Croix-Rousse et de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant (HFME) a reçu notre questionnaire.

Afin de pouvoir évaluer les représentations et les connaissances à chacune des étapes de la prise en charge des patientes et ainsi garantir une certaine fidélité quant à la réalité du terrain, ces sages-femmes étaient aléatoirement réparties dans les services de consultations prénatales, grossesse à haut risque, salle de naissance et suites de couche.

7. Nombre de sujets nécessaires

Sur la base de 219 questionnaires distribués, il a été convenu que, pour une étude d'une puissance suffisante, il faudrait interroger au moins 50% des agents sages-femmes des HCL, soit 110 sujets.

8. La collecte et l'analyse de donnée

Après autorisation par les cadres de services et avant d'être plus largement diffusé aux professionnels, le questionnaire a été testé durant la seconde moitié du mois de Septembre 2018. Pour ce faire, nous avons fait le choix d'interroger six sages-femmes du service de suites de couche de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant (HFME) à Bron. Les professionnels remplissaient le questionnaire et étaient libres de poser des questions et de débattre des termes employés, tout en étant enregistrés pour que nous puissions modifier le plus précisément possible ce qui devait l'être. Chaque professionnel interrogé avait préalablement signé un formulaire de consentement (ANNEXE II) stipulant leur accord pour participer à l'étude de façon anonyme. Cela a donc permis de réajuster les mots ou expressions difficilement interprétables par les personnes interrogées et de pouvoir s'adapter aux mieux aux hypothèses et objectifs d'étude.

Au vu des contraintes de temps et d'organisation, nous avons par la suite fait le choix de retranscrire le questionnaire sur un site internet et de le diffuser par courriel aux sages-femmes. Cela permettait de contacter un plus grand nombre de professionnels, sans empiéter sur leur temps de travail et sans compromettre leurs activités professionnelles.

Ainsi, nous avons au préalable contacté les cadres des différents services concernés afin de leur expliquer les tenants et aboutissants de notre étude et leur permettre de diffuser une note de service informant les sages-femmes de notre prise de contact par mail (ANNEXE III).

Chaque sage-femme était ainsi invitée à participer à notre étude, sur la base du volontariat et de l'anonymat.

Les questionnaires ont ainsi été diffusés de début Octobre à fin Novembre 2018.

A l'aide du logiciel en ligne Google Form, nous avons également pu créer notre masque de saisie. Le site internet permet en effet de pouvoir créer un masque de saisie et d'extraire, depuis les différents questionnaires recueillis, les informations nécessaires à notre enquête.

Nous avons alors pu étudier et comparer nos différents critères d'étude, par le biais de statistiques descriptives (via le logiciel R) et d'une analyse croisée du champ lexical.

9. Calendrier prévisionnel

- Février 2018 : revue de la littérature, rédaction du protocole de recherche
- Mars-avril 2018 : élaboration du questionnaire
- Mai-juin 2018 : validation du questionnaire, autorisations des cadres de santé
- Juillet-septembre 2018 : rédaction du contexte théorique de l'étude
- Octobre-novembre 2018 : réalisation de l'étude
- Décembre 2018-janvier 2019 : analyse des résultats, rédaction de la discussion
- Février-mars 2019 : relecture

TROISIEME PARTIE : PRESENTATION DES RESULTATS

1. Données épidémiologiques

Sur la base des 219 questionnaires envoyés, 62 sages-femmes ont répondu et se sont donc portées volontaires pour participer à notre étude.

Le tableau I ci-après reprend certaines de leurs caractéristiques. Il met en évidence la répartition des professionnels au sein des maternités des HCL ainsi que le service dans lequel ils exerçaient au moment de la réalisation du questionnaire. Il sert également de base de comparaison entre la population effectivement interrogée et la population source dont elle est issue (à savoir l'ensemble des sages-femmes des HCL).

Tableau 1 : Tableau comparatif entre population étudiée et population source

	<i>Population étudiée</i>	<i>n=62 (%)</i>	<i>Population source</i>	<i>n'= 219 (%)</i>
HFME		24 (38,7)		86 (39,3)
Croix Rousse		14 (22,6)		82 (37,4)
CHLS		24 (38,7)		51 (23,3)
Consultations prénatales		11 (17,7)		35 (16)
Grossesse à Haut Risque		9 (14,5)		31 (14,1)
Suites de couches		25 (40,3)		66 (30,1)
Salle de naissance		17 (27,4)		87 (39,8)
Féminin		60 (96,8)		213 (97,4)
Masculin		2 (3,2)		6 (2,6)

Nous pouvons également noter qu'il existe une forte disparité entre les sages-femmes du fait de l'année de l'obtention de leur diplôme. En effet, les figures 1 et 2 permettent de les distinguer selon qu'elles aient obtenu leur diplôme avant ou après la réforme des études de maïeutique et permettent de mettre en lumière leur nombre d'années d'expérience.

Ainsi, après une analyse statistique, nous sommes en mesure de préciser que le nombre moyen d'années d'expérience de notre échantillon s'élevait à 11 ans. La médiane, quant à elle, se situait à 9,5 ans et le mode à 9 ans.

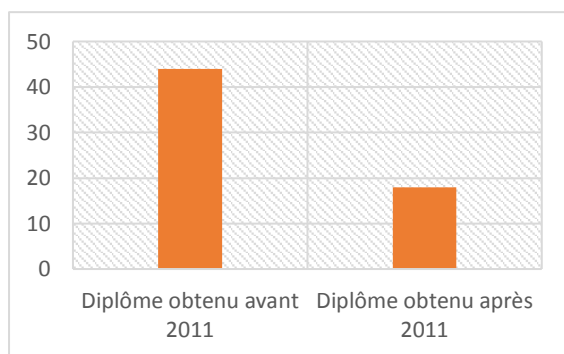


Figure 1 : Figure représentant la répartition des sages-femmes interrogées en fonction de l'année d'obtention du diplôme

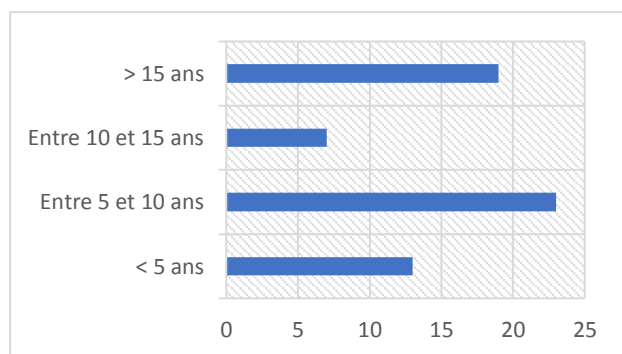


Figure 2 : Figure représentant la répartition des sages-femmes interrogées en fonction de leur nombre d'années d'expérience

2. Connaissances et ressentis des sages-femmes

A. Connaissances des sages-femmes

Premièrement, il apparaît que la moitié de notre échantillon n'a jamais bénéficié d'une formation théorique traitant du déni de grossesse : 51,6% des sages-femmes interrogées affirment en effet n'en avoir jamais eu notion, que ce soit durant leur formation initiale ou dans le cadre de la formation continue.

Les professionnels estiment davantage, à 71%, que leur connaissance sont issues de leur expérience personnelle et professionnelle.

Force est de constater qu'une grande majorité de la population étudiée a effectivement déjà été confrontée au déni de grossesse : alors que seulement 17,7% d'entre elles estiment avoir été touchées par le phénomène dans la sphère privée, les sages-femmes sont plus de 9 sur 10 (93,5%) à avoir rencontré une telle situation durant l'exercice de leur fonction.

Deuxièmement, les sages-femmes interrogées s'accordent à dire (à 91,9%) que le déni de grossesse est un phénomène psychologique complexe. Pourtant, bien qu'elles soient majoritaires à affirmer qu'il s'agisse d'une situation inconsciente, elles sont tout de même 21% à ne pas se prononcer sur le caractère conscient ou non de cet évènement.

Pour terminer, les répondants semblent adhérer favorablement à l'idée selon laquelle le déni de grossesse peut survenir chez toutes femmes en âge de procréer. En effet, on note qu'elles sont 95,8% à estimer que le déni de grossesse survient chez les femmes de toute gestité et de tout âge confondu, même si elles sont près de 15% à penser qu'une adolescente a plus de risque de présenter un déni de grossesse.

Cependant, elles semblent plus partagées quand il s'agit d'estimer l'influence de l'histoire personnelle de la patiente sur la survenue de son déni. On observe en effet qu'elles sont 46,8% à penser que le déni de grossesse s'établit chez une femme ayant subi un traumatisme dans sa vie sexuelle et/ou affective et 30% à estimer qu'il survient préférentiellement chez des patientes consommant régulièrement des psychotropes et/ou présentant des troubles psychiatriques connus. A l'instar, elles sont 30% à considérer qu'il existe un risque de présenter un déni de grossesse lorsque la patiente vit dans un contexte d'isolement social.

Près de 7 répondants sur 10 affirment cependant qu'il n'y a pas de lien entre la survenue d'un déni de grossesse et une éventuelle méconnaissance de l'anatomie féminine.

B. Ressentis des sages-femmes

Tout d'abord, il semble important de préciser que les sages-femmes semblent à l'aise lors de la rencontre avec une femme ayant présenté un déni de grossesse. En effet, plus des trois quarts des sages-femmes de notre étude (77,5%) se disent plutôt ou parfaitement à l'aise avec ce type de relation de soin, et seulement moins de 2% d'entre elles estiment ne pas l'être du tout.

Par suite, nous avons entrepris la réalisation d'une analyse statistique complémentaire évaluant s'il existait un lien significatif entre le fait d'avoir été confronté au déni de grossesse (personnellement et/ou professionnellement) et le fait de se sentir à l'aise dans l'exercice de ses fonctions. Un test du Chi² d'indépendance a donc été réalisé sur la base du tableau 2 suivant. Celui-ci n'étant pas significatif (Chi² = 3,0548, p=0,0805), nous ne pouvons pas conclure quant à l'éventuelle influence de l'un sur l'autre.

Tableau 2: Tableau ayant permis la réalisation du test du Chi-deux d'indépendance

	Sage-femme ayant été confrontée au déni de grossesse	Sage-femme n'ayant pas été confrontée au déni de grossesse
Sage-femme se sentant à l'aise	40	5
Sage-femme ne se sentant pas à l'aise	12	5

Ensuite, nous pouvons mettre en évidence le fait que le déni de grossesse est un phénomène suscitant l'attention des professionnels. Il est effectivement apparu, lors des tâches d'adhésion à un terme ou une action donnée, qu'en moyenne les sages-femmes cochaient 2,3 mots concernant leur ressenti d'un point de vue professionnel et 2,7 mots d'un point de vue personnel, sur les 8 et 10 cases respectivement proposées pour chaque question, soit près d'un quart d'adhésion à chaque fois.

Ci-après, le tableau 3 répertorie les différentes émotions auxquels adhèrent les sages-femmes ainsi que la fréquence à laquelle elles y adhèrent.

Tableau 3: Tableaux représentant la fréquence d'adhésion des sages-femmes aux termes donnés

D'un point de vue professionnel			D'un point de vue personnel		
Catégorie	Nb. d'adhésion	Pourcentage d'adhésion	Catégorie	Nb. d'adhésion	Pourcentage d'adhésion
<i>Empathie</i>	46	74,2	<i>Interrogations</i>	49	79,0
<i>Interrogations</i>	42	67,7	<i>Curiosité intellect.</i>	36	58,1
<i>Curiosité intellectuelle</i>	35	56,5	<i>Empathie</i>	27	43,5
<i>Stress/appréhension</i>	7	11,3	<i>Incompréhension</i>	22	35,5
<i>Gêne</i>	6	9,7	<i>Gêne</i>	8	12,9
<i>Incompréhension</i>	4	6,5	<i>Peur</i>	8	12,9
<i>Maîtrise</i>	2	3,2	<i>Stress</i>	7	11,3
<i>Peur</i>	1	1,6	<i>Anticipation</i>	6	9,7
			<i>Gestion</i>	2	3,2
			<i>Indifférence</i>	2	3,2

Les mots « accompagnement », « soutien », « bienveillance » et « complexité » ont chacun été cités 5 fois.

Nous pouvons remarquer que le terme « interrogations » est plébiscité par de nombreuses sages-femmes interrogées. Nous avons donc fait le choix de réaliser une nouvelle analyse statistique par le biais d'un Chi² d'indépendance, afin d'estimer s'il existe un lien entre le fait de ne pas avoir bénéficié d'une formation et le fait d'avoir des interrogations en suspens. Ce test statistique, basé sur le tableau 4, est non significatif (Chi²=0,007, p=0,9315) et ne nous a pas permis de conclure sur une quelconque dépendance de l'un avec l'autre.

Tableau 4 : Tableau ayant permis la réalisation du Chi-deux d'indépendance

	Sage-femme n'ayant pas bénéficié d'une formation	Sage-femme ayant bénéficié d'une formation
Pas d'interrogation	22	21
Interrogations	10	10

3. Lien mère-enfant : évaluation et prise en charge

La quasi-totalité des répondants s'accordent à dire qu'il est nécessaire d'être davantage attentif à l'étayage du lien mère-enfant après un déni de grossesse (96,8%). Ils soulignent pour cela l'attention particulière qu'ils portent à l'implication de la mère dans les soins apportés à son enfant (95,2%).

De plus, si les sages-femmes estiment devoir être à l'écoute de l'état psychique de la mère (95,2%) et préconisent de « proposer systématiquement » une visite par un psychologue ou un psychiatre durant le séjour en maternité (82,2%), elles sont presque un tiers à ne pas considérer cet état psychique comme un bon indicateur du lien mère-enfant. Plusieurs d'entre elles soulignent en effet la nécessité de respecter « la temporalité et la disponibilité psychique » de la mère. Certaines précisent même qu'un déni de grossesse ne justifie pas plus cette visite psychologique que pour une femme présentant une dépression du post partum.

Allant jusqu'à mettre en évidence le fait que l'évaluation du lien mère-enfant « ne doit pas être la prérogative d'un seul professionnel », les sages-femmes interrogées recommandent la mise en place d'un suivi PMI pour près de 78% d'entre elles. Toutefois, elles restent plus nuancées que pour la proposition d'une visite psychologique puisqu'elles estiment plus adéquat d'évaluer la mise en place de ce lien et de chercher un soutien dans l'entourage familial avant de contacter la PMI. Le rôle d'accompagnant à l'étayage du lien semble alors prégnant chez les répondants.

4. Les représentations des sages-femmes

Les tâches d'associations libres proposées dans notre questionnaire par le biais d'un « Cliché-Psyché » s'inspirant du Photolangage[®] de Baptiste et Bélisle nous ont permis d'analyser les représentations des sages-femmes interrogées.

Pour ce faire, nous avons entrepris la réalisation de tableaux rang/fréquence permettant de classer les mots en fonction de leur fréquence d'apparition (nombre de fois ou un mot apparaît dans les discours des sages-femmes) et de leur rang moyen d'apparition (moyenne des rangs, c'est-à-dire de l'ordre d'apparition des mots exprimés par les sages-femmes).

Les trois tableaux suivants illustrent ceci. Par défaut, est considéré comme « fréquence élevée » tous terme cité à 5 reprises ou plus et est considéré comme « rang moyen d'apparition faible » les rangs moyens d'apparition strictement inférieurs à 2. Entre parenthèses sont indiqués respectivement la fréquence d'apparition de chaque mot ainsi que son rang moyen d'apparition.

Tableau 5: Tableau rang/fréquence des associations libres ayant pour inducteur "déni de grossesse"

		Rang moyen d'apparition	
		Rang moyen d'apparition faible	Rang moyen d'apparition élevé
Fréquence d'apparition	Fréquence élevée	Inconnu (11 ; 1,3)	Doute (6 ; 2)
		Solitude (10 ; 1,0)	
		Choix / Décision (6 ; 1,5)	
		Complexe / Difficile (3 ; 1,0)	Rencontre (1 ; 2)
	Fréquence faible	Travail (2 ; 1,5)	Acceptation (1 ; 2)
		Incompréhension (3 ; 1,3)	Choc (3 ; 3)
			Honte (1 ; 3)
			Culpabilité (1 ; 4)
			Angoisse (2 ; 2)

Tableau 6: Tableau rang/fréquence des associations libres ayant pour inducteur "soignant face à un déni de grossesse"

		Rang moyen d'apparition	
		Rang moyen d'apparition faible	Rang moyen d'apparition élevé
Fréquence d'apparition	Fréquence élevée	Pluridisciplinarité (13 ; 1,1)	
		Aide (15 ; 1,3)	
		Soutien (10 ; 1,3)	
		Accompagnement (11 ; 1,2)	
	Fréquence faible	Connaissance (4 ; 1,7)	Sécurisation (2 ; 2)
		Relation de soin (4 ; 1,2)	
		Difficulté (3 ; 1,0)	
		Adaptation (1 ; 1,0)	

Tableau 7 : tableau rang/fréquence des associations libres ayant pour inducteur "lien mère-enfant et déni de grossesse"

		Rang moyen d'apparition	
		Rang moyen d'apparition faible	Rang moyen d'apparition élevé
Fréquence d'apparition	Fréquence élevée	Rencontre (7 ; 1,1)	
		Travail par étape (7 ; 1,0)	
		Amour (12 ; 1,1)	
		Incrédulité (6 ; 1,25)	
		Inconnu (11 ; 1,2)	
	Fréquence faible	Difficile (4 ; 1,5)	Aide (1 ; 2)
		Acceptation (1 ; 1,0)	
		Peur (2 ; 1,5)	
		Investissement (4 ; 1,0)	

Presque un tiers des sages-femmes interrogées affirment que leurs représentations n'ont pas d'influence sur leur pratique professionnelle quotidienne. Elles justifient cela par l'expérience acquise au fil des années.

Les deux tiers restants pensent néanmoins que leur pratique est impactée par leurs représentations. Parmi elles, 48,4% estiment qu'elles sont aussi bien influencées par leurs représentations personnelles que socio-professionnelles. Les autres sages-femmes semblent penser qu'il existe un impact plus fort des représentations professionnelles.

Le tableau 8 présente ces influences estimées, selon qu'elles soient davantage personnelle, sociale ou professionnelle.

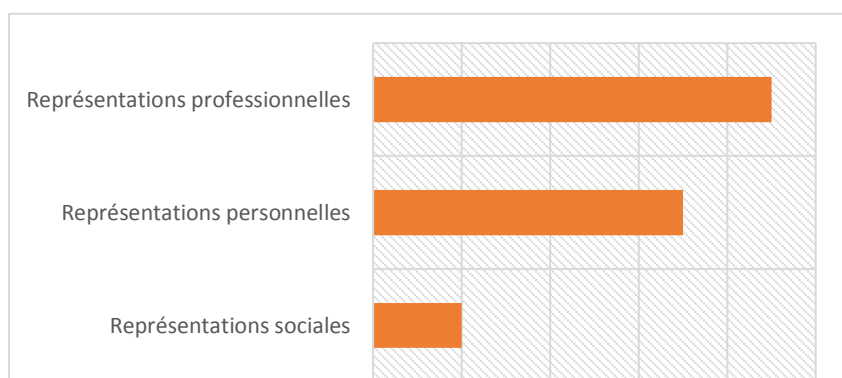


Figure 3 : Figure représentant les influences estimées des représentations des sages-femmes par les sages-femmes elles-mêmes

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION

1. Synthèse des résultats et réponse aux hypothèses

En réponse à l'hypothèse 1 (**H1**), stipulant que les sages-femmes auraient tendance à penser que le lien mère-enfant à la suite d'un déni de grossesse a plus de risque d'être pathologique, nous pouvons répondre qu'à contrario, les professionnels interrogés se montrent plutôt optimistes. Le champ lexical employé présente majoritairement une connotation positive et rend compte de l'implication des professionnels dans le soutien de la création de la diade mère-enfant. Pourtant, bien qu'une place importante soit accordée au facteur « inconnu » de cette rencontre, les sages-femmes s'accordent à dire qu'il s'agit d'un cheminement long, fruit d'un travail étape par étape.

Toutefois, nous faisons ici état d'une généralité dans la construction de ces liens et il semble important de ne pas méconnaître les cas de surprotection ou de mal-être maternel et/ou infantile. Une des sages-femmes précisait même que son rôle d'accompagnement tenait à la « prévention des infanticides ».

En réponse à l'hypothèse 2 (**H2**), précisant que les sages-femmes auraient tendance à davantage accompagner les couples mère-enfant dans le lien qui s'établit entre eux, l'ensemble des répondants adhèrent favorablement à l'idée qu'un suivi pluridisciplinaire doit être systématiquement proposé (sans être imposé pour autant). Ainsi, les sages-femmes auraient donc tendance à vouloir se montrer plus contenante avec les femmes ayant présenté un déni de grossesse. De même, une large majorité des sages-femmes interrogées sont en accord avec le fait que l'attention portée à l'état psychique de la mère et à l'étayage du lien mère-enfant ne doit pas être la prérogative d'un seul professionnel.

Pourtant, on note un premier désaccord entre les professionnels puisque tous ne considèrent pas que l'état psychique de la mère soit un bon indicateur de l'état du lien mère-enfant. Cette disparité explique sans doute la réticence de certains professionnels à mettre en place un suivi par la PMI. Peut-être pouvons-nous émettre l'idée que ces professionnels redoutent que le poids culpabilisant des mots de cet acronyme (Protection Maternelle et Infantile) puisse blesser la mère et altérer le lien quand celui-ci peine à se mettre en place ?

En réponse à l'hypothèse 3 (**H3**), émettant l'idée que les professionnels rencontreraient des difficultés dues à un manque de formation, il semble important de préciser que les sages-femmes interrogées présentent un socle de connaissances fiable à propos des femmes présentant un déni de grossesse. En effet, une large majorité des professionnels sont en accord avec l'idée selon laquelle le déni de grossesse ne présente pas de « typologie typique » (37) et peut survenir chez le tout-venant (55) sans critère d'âge, de catégorie socio-professionnelle ni même de conflits psychopathologiques ou de traumatismes (18) (15) (6) (56). On s'éloigne ainsi de la stigmatisation médiatique dont sont victimes les patientes. C'est d'ailleurs ce qui est caractérisé de « décentration vis-à-vis des caractéristiques de la mère » par les équipes Lilloises (57).

De plus, nous constatons que ces connaissances semblent suffisantes pour permettre aux professionnels de se sentir à l'aise avec les patientes.

Toutefois, nous pouvons penser qu'il existe une confusion chez les répondants quant au caractère inconscient de celui-ci. Il pourrait s'agir là d'une méprise entre « dissimulation » et « déni de grossesse » et renverrait à toute la difficulté qu'ont les professionnels à s'approprier le phénomène et ses différentes formes d'expression. Cela est corroboré par le fait que seulement deux des professionnels interrogés pensent avoir le sentiment de « maîtriser » la prise en charge de ces patientes.

2. Analyse réflexive

A. Concernant les pratiques de soutien et d'étayage du lien

Dans un premier temps, nous remarquons que le déni de grossesse est à l'origine de nombreuses interrogations, tant d'un point de vue personnel que professionnel. Ces questionnements peuvent être la résultante d'une hétérogénéité des connaissances conceptuelles en lien avec le déni de grossesse

Alors que certaines des sages-femmes interrogées se disent « désemparées » ou en « manque de formation », nous pouvons penser que l'expérience de terrain seule ne permet pas toujours une facilité d'ajustement spécifique aux patientes, tant sur le plan somatique qu'émotionnel. On remarque alors un paradoxe entre la facilité d'adaptation des sages-femmes sur le plan médical et les difficultés éprouvées face à une demande de soutien psychique. Il semblerait donc essentiel à la pratique quotidienne des sages-femmes de pouvoir bénéficier d'outils de base en psychologie du déni de grossesse et de pouvoir se référer si besoin à un psychologue. On souligne ainsi toute l'importance de l'observation clinique (58) pour la « consultation thérapeutique périnatale » et le besoin d'interdisciplinarité en obstétrique (49). De plus, si nous reprenons l'essence même de la fonction soignante, nous en venons à penser qu'être soignant revient à accompagner (59) tout en cherchant à donner du sens à cet accompagnement, et donc à se questionner sur les limites de l'écoute que l'on peut apporter à son patient.

Ainsi, il semble important de pouvoir passer le relai et créer une nouvelle diade thérapeutique de soutien dès lors que l'on atteint ses limites, afin de garantir une écoute attentive, tout en respectant sa « disponibilité psychique » comme le précise les sages-femmes de notre étude. Il faut donc savoir contrebalancer sa curiosité, son intérêt et ses interrogations au profit d'un soutien effectif pour la patiente.

Toutefois, si l'écoute fait partie intégrante de la prise en charge de ces patientes, il ne faut pas non plus dénigrer les émotions ressenties par les professionnels lors d'un tel accompagnement : si le déni de grossesse peut susciter un sentiment d'ambivalence de la mère à l'égard de son enfant, il peut également en révéler un chez les professionnels. Partagées entre leur devoir d'aider et soutenir la mère et leur besoin de protéger l'enfant face à un éventuel danger, il est important de pouvoir également apporter une oreille attentive aux sages-femmes qui éprouveraient de telles difficultés. Mettre en place un système de groupe de discussion avec la psychologue du service pourrait permettre à ces soignants de libérer leur parole face à des situations psychologiquement problématiques.

Par conséquent, pour soutenir et favoriser la « co-construction » du lien (60) tout en respectant la temporalité psychique de la mère (il faut laisser « le temps au couple mère-enfant de se rencontrer » comme le souligne une des répondantes), nous pourrions envisager de mettre davantage l'accent sur le dépistage des troubles psychologiques en post-partum. Ainsi, et bien que le CNGOF préconisent d'y porter une attention toute particulière dans les suites de couches, et ce d'autant plus s'il existe des facteurs de risques psychosociaux (61) comme c'est le cas à la suite d'un déni de grossesse, il n'existe pas, à ce jour, d'outil pratique de dépistage psychopathologique mis à disposition des professionnels.

Nous pourrions alors envisager, comme cela a été fait pour l'entretien prénatal précoce (62), de réaliser de façon collégiale une grille d'entretien à remplir lors de la visite post natale à 6-8 semaines de l'accouchement.

B. Concernant les représentations et leur impact

Dans un second temps, nous pouvons constater que les représentations du déni de grossesse chez les sages-femmes interrogées sont très hétérogènes et peu structurées.

Effectivement, nous pouvons voir que de nombreux mots ont été cités lors des deux premiers exercices d'associations libres et parmi ceux-ci, les plus marquants ne sont cités que par 20 à 30% des répondants. Cela peut témoigner d'une absence de consensus entre les professionnels des maternités des HCL, tout comme il existe une absence de consensus au niveau international. Cependant, bien qu'une classification internationale du déni de grossesse puisse être bénéfique (63), il ne faut toutefois pas omettre qu'il s'agit là d'un phénomène psychique dont le mécanisme et la forme peuvent différer. Ainsi, à trop vouloir référencer le déni de grossesse en l'incluant dans un processus psychologique précis, nous risquerions de ne pas le décrire dans toute sa complexité et d'omettre les formes parfois singulières qu'il peut prendre. Par conséquent, il ne faudrait pas non plus passer d'un extrême à l'autre en allant d'une absence de consensus à une hyper protocolisation médicale du déni de grossesse. Pour les mêmes raisons, un travail préventif auprès des femmes ne semblent alors pas opportun.

Nonobstant, pour pouvoir réellement valider notre propos, nous aurions dû entreprendre une analyse structurelle plus poussée du champ représentationnel de notre échantillon de population (64). Pour ce faire, il aurait été judicieux d'évaluer le poids accordé par les sages-femmes aux mots qu'elles employaient, en leur demandant de les hiérarchiser par ordre d'importance. Cela nous aurait permis d'étudier la zone centrale et la zone périphérique (65) (54) de chacune des représentations et ainsi en déduire sa force et sa portée (66).

Concernant l'impact des représentations, il est nécessaire de préciser que le contexte professionnel (ici, le cadre hospitalier), aide à gérer l'influence des représentations sur la pratique, bien qu'il existe une relation d'inter causalité entre nos actions et l'idée que l'on a de nos représentations et de l'influence qu'elles ont sur nous (57).

Ainsi, malgré les postures professionnelles adoptées, chaque individu voit ses décisions et ses actions impactées par son système représentationnel, de façon consciente ou non (53).

Par suite, nous pouvons nous demander en quoi est-ce surmoïque, au sens Freudien du terme, d'affirmer le contraire, comme près de 30% de notre échantillon ?

Peut-être ces professionnels tentent-ils d'affirmer une volonté d'éthique et de déontologie médicale issue de l'intégration des interdits moraux communs à la communauté professionnelle ?

En guidant nos choix et nos actes, la variété des représentations de chacun permet des rencontres professionnelles uniques. Toutefois, elles sont à nuancer pour ne pas impacter la relation de soin (8) (60). Cela demande d'être à l'écoute de ses propres représentations et prendre le temps de réfléchir à la cause de nos actes, et ce même dans l'action. Or, bien souvent, les sages-femmes en service sont sollicitées sans relâche et n'ont souvent pas la possibilité d'analyser l'impact de leurs représentations dans la justification de leur pratique quotidienne.

C'est en cela que des formations pourraient être intéressantes : afin d'aider les professionnels à acquérir des connaissances structurantes pour leur représentations, nous pourrions imaginer mettre en place des formations pluridisciplinaires sous forme de « table ronde » durant la formation initiale des sages-femmes ou dans le cadre du DPC (Développement Professionnel Continu). Ces formations viseraient à échanger sur le déni de grossesse avec des sages-femmes et des professionnels de la santé mentale.

De plus et pour finir, il pourrait également être intéressant d'organiser des ateliers de simulation relationnelle autour du déni de grossesse. En filmant ces ateliers de jeu de rôle, nous pourrions permettre de pouvoir discuter du vécu de chacun et de pouvoir réfléchir sur son positionnement professionnel au sein d'un cadre donné.

3. Forces et faiblesses de l'étude

Le premier constat que nous pouvons faire est le suivant : la population étudiée, bien que représentative de la population source par ses similitudes organisationnelles (nombre de sages-femmes dans les différents services concernés par l'étude, pourcentage de genre et hétérogénéité dans le nombre d'années d'expérience) n'a pas permis de rendre compte d'un résultat significatif. En effet, trop peu de sages-femmes ont répondu au questionnaire, ce qui implique une puissance trop faible pour pouvoir conclure à une effectivité à grande échelle. Cela est probablement la résultante d'une durée d'étude trop courte, ne permettant pas la mobilisation d'un grand nombre de professionnels dans le temps imparti. Il pourrait alors sembler justifié de proposer le renouvellement de celle-ci sur une période plus longue, tout en espérant inclure davantage d'agents sages-femmes.

De plus, il est important de souligner que notre enquête a été soumise à un effet centre : nous avons en effet pris la décision de réaliser notre étude dans les maternités des HCL qui présentent un même consensus médical puisque faisant parti du même réseau périnatal (réseau Aurore). De même, notre étude n'a pas fait état des modalités de pratiques et des représentations des sages-femmes libérales de ce réseau. Pour autant, nous pouvons penser que, sujettes à une même dynamique de travail, les sages-femmes de la région Rhône-Alpes, hospitalières ou libérales, auraient tendance à partager les mêmes représentations professionnelles. Toutefois, pour s'en assurer, il pourrait être intéressant de reproduire l'étude en contactant les sages-femmes libérales du réseau Aurore, ce qui donnerait également des indications sur l'influence du milieu de pratique quant à la prise en charge des patientes.

Il existe également un biais de niveau : il existe en effet une différence de moyens techniques et de pratique entre les maternités de niveau II (CHLS) et III (HFME, Croix-rousse).

Le second constat met en évidence un des points forts de l'étude : en effet, depuis Juin 2016 et l'application de la loi Jardé relative aux recherches impliquant des personnes humaines (52), il était difficile (pour des raisons organisationnelles) de pouvoir interroger les patientes comme nous pensions initialement le faire. Toutefois, il s'est avéré qu'il n'existait que peu d'études traitant des représentations spécifiques du déni de grossesse d'une part, et se penchant sur le vécu, les connaissances et les pratiques des professionnelles d'autre part. Ainsi, notre étude se distingue des autres dans sa façon d'aborder le phénomène du déni de grossesse.

L'analyse des représentations en contexte du déni de grossesse nous a alors paru intéressante puisqu'elle permettait également de pouvoir nous interroger sur notre positionnement en tant que future professionnelle de santé. Effectivement, les représentations, en tant que socle d'interprétation des phénomènes qui nous entoure, régissent la communication, les comportements et les pratiques professionnelles (53), et sont donc un élément capital à maîtriser et/ou nuancer pour garantir une rencontre de soin et une relation thérapeutiques exemptes de jugement. Par le biais de cette étude nous cherchions donc à comprendre le déni de grossesse afin de guider et de justifier au mieux nos pratiques futures (54).

4. Axes d'amélioration

A la lumière des résultats précédemment discutés, voici les différents axes d'amélioration possibles :

- Reproduire l'étude en incluant plus de sages-femmes, et notamment les sages-femmes libérales
- Accentuer la recherche structurelle des représentations en demandant aux sages-femmes de hiérarchiser les mots en lien avec le déni de grossesse en fonction de l'importance qu'elles leur accordent
- Proposer des formations pluridisciplinaires sous forme de « table ronde » et/ou d'exercice de simulation filmés
- Elaborer une grille pour la visite post natale qui mettrait davantage l'accent sur les troubles psychologiques du post partum et les difficultés liées au lien mère-enfant

CONCLUSION

Au confluent du somatique et du psychique, le déni de grossesse n'a de cesse d'alimenter les débats. Pourtant mal reconnu, il représente un sujet ardent dans l'actualité médiatique, et il n'en reste pas moins un des enjeux importants de santé publique au XXIème siècle.

S'il suscite de vives émotions chez le grand public, les professionnels ne manquent pas de lui témoigner un intérêt croissant emprunt de réactions diverses.

Si pour certains sa conceptualisation reste parfois difficile, les connaissances des sages-femmes tendent à s'harmoniser, sans pour autant se diriger vers un recensement dans les classifications internationales. Le manque de formation prénatal, associé au polymorphisme d'expression du déni de grossesse, ne permettent pas, en effet, un repérage et une prise en charge systématisée de toutes les patientes. Toutefois, s'il n'existe pas de référentiel quant à l'accompagnement de ces femmes, un seul consensus existe à ce jour, celui de favoriser l'écoute attentive et le soutien psychologique systématique de ces mères en devenir. Le lien mère-enfant qui se crée est en effet soumis à de nombreuses variables inconnues, mais reste le fruit d'un travail par étape, étayer par le soutien de sages-femmes expérimentées.

La position des sages-femmes face au déni de grossesse est parfois complexe. Pour les soutenir dans leurs actions, il est essentiel de pouvoir leur proposer des formations collégiales, tout en s'appuyant sur un travail articulé en réseau.

Les réactions subjectives qui entourent le déni de grossesse semblent être le reflet du système représentationnel hétérogène dans lequel il s'intègre. Chaque professionnel se voit en effet soumis à des représentations personnelles et socio-professionnelles, établies par l'intégration d'expériences intimes et groupales, et visant à justifier les pratiques collectives. Pourtant, il reste indispensable, pour tous les professionnels de santé, de s'interroger sur ses propres représentations. En effet, questionner ses représentations c'est apprendre à les maîtriser et à s'en défaire, pour qu'elles n'interviennent pas de façon excessive dans la relation de soin et que chaque prise en charge puisse être réalisée de façon équitable, dans l'intérêt des mères et de leurs enfants.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dolto F. Sexualité féminine: la libido génitale et son destin féminin. Nouv. éd. Paris: Gallimard; 2001. 597 p. (Folio Essais).
2. Resnick P, Genet M-C, Evans R, Voruz V, Yang S. Meurtre de nouveau-né : une synthèse psychiatrique sur le néonaticide. *Enfances Psy.* 2009 Nov 1;(44):42–54.
3. Resnick P, Chaffel B, Voruz V, Yang S. Retour sur le néonaticide : perspectives actuelles, Summary. *Enfances Psy.* 2009 Nov 1;(44):55–9.
4. Code pénal - Article 221-4. Code pénal.
5. Oliveira CP de. « Le déni de grossesse » : une entité clinique valide ?, Is “Denial of Pregnancy” a Valid Term for Clinical Practice ? *Topique.* 2013 Aug 19;(123):189–207.
6. Chaulet S, Juan-Chocard A-S, Vasseur S, Hamel J-F, Duverger P, Descamps P, et al. Le déni de grossesse : étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2013 Dec 1;171(10):705–9.
7. Durkheim É, Bouglé C, Karsenti B. *Sociologie et philosophie.* Paris: PUF; 2014.
8. Morlot R, Salès-Wuillemin É. Effet des pratiques et des connaissances sur la représentation sociale d’un objet : application à l’hygiène hospitalière, Effects of the practices and knowledge on the social representation of an object: The case of hospital hygiene. *Rev Int Psychol Soc.* 2008;Tome 21(4):89–114.
9. Moscovici S. *La psychanalyse, son image et son public.* 3. éd. Paris: Presses Univ. de France; 2004. 506 p. (Bibliothèque de psychanalyse).
10. Piaget J. *La représentation du monde chez l’enfant.* Paris: Presses univ. de France; 2016.
11. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d’Etat de sage-femme.
12. Marcé LV. *TRAITÉ DE LA FOLIE DES FEMMES ENCEINTES: Des nouvelles accouchées et des nourrices.* Editions L’Harmattan; 2002. 413 p.
13. Seguin S, Golse B, Apter G. Dénis et négations de grossesse : une revue de la littérature, Denial and negation of pregnancy: a review of the literature. *Psychiatr Infant.* 2013 Sep 20;56(1):267–92.
14. Dayan J, Bernard A. Dénis de grossesse, infanticide et Justice. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2013 Aug 1;171(7):494–8.
15. Marinopoulos S. De l’impensé à l’impensable en maternité : Le déni, From the Unthought to the Unthinkable of Motherhood – Denial. *Champ Psychosom.* 2009 Oct 1;(53):19–34.
16. Araújo-Attali L. Les découvertes tardives de grossesse. *Rech En Psychanal.* 2014;(18):133–41.

17. Bonnet C. Geste d'amour : l'accouchement sous X. FeniXX; 1995. 289 p.
18. Friedman SH, Heneghan A, Rosenthal M. Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy. *Psychosomatics*. 2007 Mar 1;48(2):117–22.
19. Chabert C. Didier Anzieu: le Moi-peau et la psychanalyse des limites. Toulouse: Erès; 2015.
20. Sechaud É. Didier Anzieu : penser les pensées. In: *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites* [Internet]. ERES; 2008 [cited 2018 Jun 24]. p. 11–30. Available from: <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/didier-anzieu-le-moi-peau-et-la-psychanalyse-des--9782749208053-page-11.htm>
21. Guillerault G. *Le miroir et la psyché: Dolto, Lacan et le stade du miroir*. Paris: Gallimard; 2003. 279 p.
22. Winnicott DW. *L'enfant et sa famille: les premières relations*. Petite Bibliothèque Payot; 1979. 214 p.
23. Boukobza C. La clinique du holding Illustration de D.W. Winnicott. *Coq-Héron*. 2003;no 173(2):64–71.
24. Winnicott DW, Kalamonovitch J, Michelin M, Rosaz L, Harrus-Révidi G. *La mère suffisamment bonne*. Paris: Payot & Rivage; 2007.
25. Delassus J-M. *Le corps du désir: psychanalyse de la grossesse*. Paris: Dunod; 2010.
26. Delassus É. Vivre et penser son corps. *Sociétés*. 2014 Dec 17;(125):117–26.
27. DOLTO F. *L'IMAGE INCONSCIENTE DU CORPS*. S.I.: POINTS; 2014.
28. Marinopoulos S. Les mères néonaticides. Changement anthropologique, jugement social, déni politique, Neonaticide mothers. *Anthropological change, social judgment, political denial*. *Clin Méditerranéennes*. 2013 Feb 20;(87):159–70.
29. Avakian D. Les enfants du désir de Monique Bydlowski. *Rev Fr Psychanal*. 2009 Sep 1;73(4):1185–9.
30. Bydlowski M. *Les enfants du désir: destins de la fertilité*. Paris: Jacob; 2008. 203 p.
31. Bydlowski M. *La dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris: Presses universitaires de France; 2008.
32. Freud S. *Trois essais sur la théorie sexuelle [1905 - 1924]*. Paris: Flammarion; 2011.
33. Pelladeau É, Marchand J-B, Pommier F. Du déni de grossesse à l'infanticide : quand l'infans renaît en psychothérapie. *Psychiatr Enfant*. 2018 Jun 19;61(1):3–18.
34. Bydlowski M, Golse B. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Carnet PSY*. 2001;(63):30–3.
35. Dolto F. *Lorsque l'enfant paraît*. Paris: Ed. du Seuil; 2007.

36. Bardou H, Vacheron-Trystram M-N, Cheref S. Le déni en psychiatrie. [Httpwwwem-Premiumcomdocelecuniv-Lyon1frdatarevues000344870164000205001319](http://www.em-premium.com/docelec.univ-lyon1.fr/data/revues/000344870164000205001319) [Internet]. [cited 2018 Jun 25]; Available from: <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/39365/resultatrecherche/1>
37. Jenkins A, Millar S, Robins J. Denial of pregnancy – a literature review and discussion of ethical and legal issues. *J R Soc Med.* 2011 Jul;104(7):286–91.
38. Mariage A. Stratégies de coping et dimensions de la personnalité : étude dans un atelier de couture, Coping and symptomatological dimension of the personality study in a workshop of sewing. *Trav Hum.* 2001;64(1):45–59.
39. Romano H. Meurtres de nouveau-nés et processus psychiques à l'œuvre chez les femmes néonaticides, Summary. *Devenir.* 2010 Dec 7;22(4):309–20.
40. Missonnier S. Déni et négation de grossesse : des plans de clivage pluriels ? *Carnet PSY.* 2015 Jun 5;(190):38–43.
41. Ciccone A. L'archaïque et l'infantile. *Spirale.* 2008 Mar 26;(45):133–47.
42. Mazoyer A-V, Barigou A, Harrati S. Que nous apprend le déni de grossesse sur l'investissement de la sexualité génitale? *Enfances Psy.* 2011;(51):119–25.
43. Bayle B, Brezinka C. Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique. Toulouse: Érès éditions; 2016.
44. Zagury D. Quelques remarques sur le déni de grossesse, Recent Court cases questioned the status of the denial of pregnancy. *Perspect Psy.* 2011;50(4):314–21.
45. Zagury D. Le déni de grossesse est-il un déni ?, Is pregnancy denial a denial ? *Clin Méditerranéennes.* 2013 Feb 20;(87):33–42.
46. Wessel J, Endrikat J, Buscher U. Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002 Nov;81(11):1021–7.
47. Carel A. Le processus de reconnaissance dans les liens premiers, Summary, Resumen. *Divan Fam.* 2008;(20):61–76.
48. Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique, Summary. *Devenir.* 2007 Jun 1;19(2):151–88.
49. Missonnier S. Périnatalité : Interdisciplinarité et psychologie clinique. *J Psychol.* 2013 Jul 9;(309):22–6.
50. Stern D, Lebovici S, Jacquemain F, Guédeney A, Golse B. D'une constellation à l'autre. *Psychiatr Infant.* 2001;44(1):307–26.
51. Fotaki GR. Les dissidences du corps de Christophe Dejours. *Rev Française Psychosom.* 2011 May 30;n° 39(1):173–9.
52. Code de la santé publique.

53. Jodelet D, editor. Les représentations sociales. 7. éd. Paris: Presses Univ. de France; 2003. 447 p. (Sociologie d'aujourd'hui).
54. Abric J-C. Pratiques sociales et représentations. Paris: Presses universitaires de France; 2011.
55. Wessel J, Gauruder-Burmester A, Gerlinger C. Denial of pregnancy--characteristics of women at risk. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(5):542–6.
56. Bayle B. L'enfant à naître: Identité conceptionnelle et gestation psychique. Ramonville Saint-Agne: Erès; 2005.
57. Janati Idrissi M, Dany L, Libert M. Représentations sociales du déni de grossesse chez des professionnels et futurs professionnels de maternité de la métropole lilloise. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2014 Jun 1;62(4):195–202.
58. Ciccone A. L'observation clinique attentive, une méthode pour la pratique et la recherche cliniques. *Rev Psychothérapie Psychanal Groupe.* 2014 Dec 17;(63):65–78.
59. Fontaine M. L'accompagnement, un lieu nécessaire des soins infirmiers.... *Pensee Plurielle.* 2009;n° 22(3):53–63.
60. Jeoffrion C. Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé. *Cah Int Psychol Soc.* 2009;Numéro 82(2):73–115.
61. CNGOF. RPC - Post Partum [Internet]. 2015. Available from: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique?folder=RPC%2BCOLLEGE%252F2015>
62. Haute Autorité de Santé - Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. [cited 2018 Sep 17]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite
63. Beier KM, Wille R, Wessel J. Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: A proposal for international classification systems. *J Psychosom Res.* 2006 Nov 1;61(5):723–30.
64. Negura L. L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *Sociologies* [Internet]. 2006 Oct 22 [cited 2018 Feb 20]; Available from: <http://journals.openedition.org.docelec.univ-lyon1.fr/sociologies/993>
65. Abric J-C. La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales [Internet]. *ERES*; 2005 [cited 2019 Jan 31]. Available from: <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/methodes-d-etude-des-representations-sociales--9782749201238-page-59.htm>
66. Manetta C, Urdapilleta I, Salès-Wuillemin É. Étude des représentations en contexte : une méthodologie combinant l'analyse Alceste et la méthode des opérateurs de liaison, Abstract, Zusammenfassung, Riassunto, Resumen, Resumos. *Cah Int Psychol Soc.* 2009;Numéro 84(4):81–105.

ANNEXES

ANNEXE I : Questionnaire

Actuellement étudiante sage-femme en FASMa5, et dans le cadre de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, je réalise un mémoire étudiant l'**impact des représentations des sages-femmes des HCL sur l'encadrement et l'étayage du lien mère-enfant après un déni de grossesse.**

Ce questionnaire comporte 16 questions et prend 15-20min.

Merci du temps que vous accordez à cette étude.

Questionnaire :

Hôpital :

Service :

Sexe : Féminin / Masculin

Année d'obtention du diplôme :

Nombre d'années d'expérience

I. Représentations professionnelles :

Q1 : *Cocher la proposition adéquate*

Dans l'exercice de vos fonctions, avez-vous déjà été confronté(e) à une patiente présentant ou ayant présenté un déni de grossesse ?

Oui

Non

Q2 : *Cocher la proposition adéquate*

Avez-vous déjà bénéficié d'une formation sur le déni de grossesse (formation complémentaire ou durant vos études) ?

Oui

Non

Q3 : *Cocher la proposition adéquate*

Pensez-vous que vos connaissances du déni de grossesse et de sa prise en charge sont davantage le résultat :

D'une formation scientifique (durant vos études, formation complémentaire...)

De l'expérience acquise lors de votre pratique professionnelle

Autre (médias, lecture...) *Préciser*

Q4 : Cocher la ou les proposition(s) choisie(s) et les numéroter du plus au moins significatif pour vous.

En tant que soignant, l'accompagnement d'un déni de grossesse est, pour vous, synonyme de :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Incompréhension | <input type="checkbox"/> Stress / Appréhension |
| <input type="checkbox"/> Empathie | <input type="checkbox"/> Peur |
| <input type="checkbox"/> Maîtrise | <input type="checkbox"/> Curiosité intellectuelle / Intérêt |
| <input type="checkbox"/> Interrogations | <input type="checkbox"/> Gêne |

Donnez un mot qualifiant votre ressenti vis-à-vis de l'accompagnement de ces patientes

.....

Q5 : Cocher la proposition adéquate

Selon vous, en tant que soignant, vous devez être davantage attentif à la mise en place du lien mère-enfant suite à un déni de grossesse.

0	1	2	3
Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord

Q6 : Cocher la proposition adéquate

Selon vous, en tant que soignant, vous devez être davantage attentif à l'implication de la mère dans les soins apportés à son enfant lorsque celle-ci a présenté un déni de grossesse.

0	1	2	3
Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord

Q7 : Cocher la proposition adéquate

Pensez- vous devoir être davantage à l'écoute de l'état psychique de la mère suite à un déni de grossesse ? Oui Non

Selon vous, l'état psychique de la mère est-il un bon indicateur de l'état du lien mère-enfant ?

Oui Non

Justification :

.....

Q8 : Cocher la proposition adéquate et justifier brièvement la réponse :

L'existence d'un déni de grossesse justifie selon vous une visite par un psychologue/un psychiatre durant le séjour en maternité.

0	1	2	3
Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord

Justification :

.....

Q9 : Cocher la proposition adéquate et justifier brièvement la réponse

L'existence d'un déni de grossesse justifie selon vous d'un suivi par la PMI (protection maternelle et infantile).

0 Pas d'accord 1 Plutôt pas d'accord 2 Plutôt d'accord 3 Tout à fait d'accord

Justification :

.....

II. Représentations sociales

Q10 : Cocher la ou les proposition(s) choisie(s)

Selon vous, le déni de grossesse est un phénomène :

- Conscient Inconscient
 Facilement explicable Complexe

Justification :

.....

Q11 : Cocher la ou les proposition(s) choisie(s)

Selon vous, les dénés de grossesse surviennent chez :

- Les primipares
 Les multipares
 Les adolescentes - Les femmes jeunes
 Les femmes de tout âge confondu
 Les femmes ayant des troubles psychiatriques
 Les femmes consommant régulièrement des psychotropes
 Les femmes ayant eu un traumatisme affectif et/ou sexuel
 Les personnes socialement isolées
 Les femmes présentant un bas niveau socio-économique
 Les femmes présentant un haut niveau socio-économique
 Les femmes méconnaissant l'anatomie féminine et son fonctionnement

III. Représentations personnelles :

Q12 : Cocher la proposition adéquate

Dans votre vie privée, avez-vous déjà été confronté(e) (personnellement ou non) au déni de grossesse ?

- Oui Non

Q13 : Cocher la ou les propositions choisies et les numéroter du plus au moins significatif

En tant qu'individu, à quoi renvoi le déni de grossesse selon vous ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Incompréhension | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Empathie | <input type="checkbox"/> Indifférence |
| <input type="checkbox"/> Gêne | <input type="checkbox"/> Curiosité intellectuelle / Intêret |
| <input type="checkbox"/> Interrogations | <input type="checkbox"/> Peur |
| <input type="checkbox"/> Gestion | <input type="checkbox"/> Anticipation |

Q14 : Cocher la proposition adéquate et justifier brièvement la réponse

Vous vous sentez (ou sentiriez) parfaitement à l'aise face à une personne présentant un déni de grossesse.

- | | | | |
|--------------|---------------------|-----------------|----------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| Pas d'accord | Plutôt pas d'accord | Plutôt d'accord | Tout à fait d'accord |

Justification :

.....

IV. Cliché – psyché / photo-écho

1) Parmi les photographies suivantes, sélectionnez :

- Une photographie évoquant pour vous le déni de grossesse de manière générale **(A)**
- Une photographie évoquant selon vous le soignant face à une patiente présentant un déni de grossesse **(B)**
- Une photographie représentant le lien qui s'établit précocement entre une mère ayant fait un déni de grossesse et son enfant **(C)**

2) Pour chacune des photographies sélectionnées, expliquez brièvement votre choix.

A

.....

B

.....

C

.....



1



2



3



4



5



6



7



8



9



10

Q16 : Après avoir répondu à ce questionnaire, pensez-vous que vos représentations influencent votre pratique auprès des femmes présentant ou ayant présenté un déni de grossesse ?

- Aucune des trois
- Représentation personnelle
- Représentation sociale
- Représentation professionnelle
- Les trois

Formulaire de consentement :

Je soussigné(e), sage- femme, accepte de participer à un entretien enregistré d'une vingtaine de minutes.

Par cet entretien, j'accepte que mes réponses soient exploitées de façon totalement anonyme dans le cadre d'un mémoire de fin d'études de sages-femmes.

Celui-ci traitera de ***l'impact des représentations des sages-femmes des HCL sur l'étayage du lien mère-enfant après un déni de grossesse.***

J'ai bien conscience que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude et que je suis libre d'interrompre ma participation à tout moment sans donner de raison et sans conséquence.

Fait à :,

Le

Signature :

ANNEXE III : Note de service

SCHMITT Vanessa
Etudiante sage-femme Ma5 (Lyon)
vanessa.schmitt@etu.univ-lyon1.fr
0687177629

A l'attention des sages-femmes, dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude :

Je réalise un mémoire portant sur ***l'impact des représentations des sages-femmes des HCL sur l'encadrement et l'étayage du lien mère-enfant après un déni de grossesse.***

Avec l'accord de votre cadre de service, un e-mail contenant un questionnaire en ligne vous a été transmis sur votre boîte professionnelle. Ainsi, si vous souhaitez participer à l'étude, vous pourrez le remplir au moment que vous jugerez opportun, et ce sans que j'intervienne sur votre temps de travail et que j'interrompe vos activités.

Merci pour le temps que vous accorderez à cette étude.

RESUME

Auteur : Vanessa Schmitt	Diplôme d'Etat de sage-femme, Lyon Année 2019
Titre : Impact des représentations des sages-femmes des HCL sur l'encadrement et l'étayage du lien mère-enfant après un déni de grossesse	
Résumé <u>Objectif</u> : Le déni de grossesse est un phénomène ancien produisant de vives émotions. A travers cette enquête, nous voulions étudier l'impact des représentations socio-professionnelles des sages-femmes travaillant au sein des HCL sur les pratiques de soutien du lien mère-enfant après un déni de grossesse. <u>Matériel et méthode</u> : Un questionnaire comportant seize questions a été distribué par courriel à l'ensemble des sages-femmes travaillant au sein des HCL. <u>Résultats</u> : Soixante-deux sages-femmes ont répondu au questionnaire. Il apparaît qu'il existe une grande diversité des représentations, basée sur des connaissances fiables mais succinctes. Les professionnels essaient de mettre en place un soutien psychologique systématique pour ces mères et leur enfant. <u>Conclusion</u> : L'étude montre le besoin de mettre en place des formations, la diversité des représentations du déni de grossesse et la nécessité de proposer systématiquement un accompagnement psychologique.	
Mots clés : Déni de grossesse, représentations professionnelles, lien mère-enfant, pratiques professionnelles	

Title : Impact of HCL midwives' representations on the professional practices of support on the mother-child bond after a denial of pregnancy.
Abstract <u>Objective</u> : Denial of pregnancy is an old phenomenon that raises strong emotions. Through this investigation, we wanted to study the impact of social and professional representations of midwives working in the HCL on the support of mother-child bond after a pregnancy denial. <u>Methodology</u> : A questionnaire was sent by email to the midwives working in the HCL. <u>Results</u> : Sixty-two midwives replied the questionnaire. It appears that there is a big difference in the representations, based on solid but short knowledge. Workers try to propose a systematic psychologic support for those mothers and their child. <u>Conclusion</u> : The study shows that there is a need in training. There are differences in the representations of pregnancy denial and a need to propose systematic psychologic accompaniment.
Key-words : Denial of pregnancy, professional representation, mother-child bond, professional practices