

## « Ces grossesses silencieuses »

*Quelle attitude la sage-femme adopte-t-elle en post-partum, dans le processus d'interactions mère-enfant, quand il y a eu déni de grossesse ?*

*Travail de fin d'études réalisé en vue de l'obtention du diplôme de Sage-Femme  
Promotion 2002-2006*



*Lamidé Fanny  
Prost Aurore*

# TABLE DES MATIERES

Avant-propos.....	7
Introduction générale.....	9
Première partie.....	12
<b>Chapitre I : Le déni de grossesse.....</b>	<b>13</b>
A.Définitions et généralités.....	13
1.La dissimulation de grossesse .....	13
2.La dénégation de grossesse.....	14
3.Le déni de grossesse.....	15
a.Le déni dans son sens littéral.....	16
b.Le déni dans son sens psychiatrique .....	16
B.Fréquence du déni de grossesse, un problème de santé publique.....	17
<b>Chapitre II : Cheminement psychique aboutissant à la relation mère-enfant .....</b>	<b>19</b>
A.La psychologie de la maternité pendant la grossesse.....	19
1.Le désir de grossesse et le désir d'enfant.....	19
a.Principes .....	19
b.Genèse du désir d'enfant chez la fille .....	20
2.Le processus de « maternalité ».....	21
a.La dette de vie .....	21
b.La grossesse et la « transparence psychique » qui l'accompagne.....	22
c.Les états émotionnels.....	24
3.La naissance de l'attachement maternel.....	24
a.La préoccupation maternelle primaire .....	24
b.Attachment et parentalité.....	25
4.La genèse de la psychologie et des sens du fœtus.....	26
a.La psychologie.....	26
b.Les sens.....	27
5.L'élaboration des interactions précoces mère-fœtus.....	29
B.Mécanisme d'installation des interactions précoces mère-enfant en post-partum.....	32
1.Mécanismes mis en jeu par la mère.....	32
a.L'attachement chez l'adulte.....	32
b.Le maternage.....	32
2.Mécanismes mis en jeu par le nourrisson .....	33

a.Le comportement d'attachement.....	33
b.Le développement des sens.....	34
c.Compétences relationnelles.....	36
3.L'espace d'une rencontre.....	36
a.La dyade .....	36
b.Conséquences de ces premières relations .....	39
c.La triade .....	40
4.Le rôle de la sage-femme .....	41
<b>Chapitre III : La psychopathologie du déni de grossesse .....</b>	<b>43</b>
A.Les mécanismes mis en jeu .....	43
1.Du côté de la mère.....	43
a.La complicité du corps.....	43
b.Le déni est « contagieux ».....	44
c.Le père dans l'annonce de la grossesse .....	44
d.Facteurs favorisants.....	45
2.Du côté du fœtus.....	46
A.La levée du déni de grossesse.....	47
B.Les conséquences du déni de grossesse .....	49
1.Au niveau maternel.....	49
a.Idées suicidaires.....	49
b.Les troubles dépressifs du post-partum.....	50
2.Au niveau fœtal et néonatal.....	51
a.Le néonaticide.....	51
b.La maltraitance.....	52
c.L'abandon.....	53
d.Complications fœtales et néonatales.....	53
e.Les troubles dépressifs.....	55
f.Pathologies psychiatriques.....	55
3.Sur l'élaboration des interactions précoces mère-fœtus/nourrisson.....	56
<b>Chapitre IV : Conclusion.....</b>	<b>60</b>
Deuxième partie.....	61
<b>Chapitre V: Méthodologie générale.....</b>	<b>62</b>
A.Question de recherche.....	62
B.Informations à recueillir.....	62

C.Choix et présentation de l’outil.....	62
D.Population et échantillon.....	63
E.Critique de l’outil.....	63
1.Avantages.....	63
2.Inconvénients.....	64
F.Déroulement des entrevues.....	65
G.Mode de dépouillement, d’analyse et d’interprétation des résultats.....	65
H.Délimitation de l’espace et du temps.....	65
<b>Chapitre VI : Analyse des résultats.....</b>	<b>67</b>
A.Description de l’échantillon final et ses caractéristiques.....	67
B.Analyse du cas de déni de grossesse le plus frappant, rencontré par chacune des 55 sages-femmes.....	68
1.Caractéristiques des cas de déni de grossesse.....	68
2.Observations et ressentis de la sage-femme.....	75
C.Situations de déni de grossesse rencontrées.....	88
Troisième partie.....	101
<b>Chapitre VII : Discussion.....</b>	<b>103</b>
A.Discussion des résultats.....	103
B.Discussion de la méthode.....	105
<b>Chapitre VIII : Pistes de réflexion concernant notre pratique.....</b>	<b>107</b>
A.Signes révélateurs du déni de grossesse.....	107
B.Rôle de la sage-femme.....	107
Conclusion générale.....	113
Bibliographie.....	115
Annexes.....	122
<b>ANNEXE 1 : VOCABULAIRE DE LA PSYCHANALYSE.....</b>	<b>123</b>
<b>ANNEXE 2 : CAPACITES SENSORIELLES DU FOETUS.....</b>	<b>127</b>
<b>ANNEXE 3 : PRINCIPE DE L’ETAT DE VIGILANCE DU NOUVEAU-NE .....</b>	<b>130</b>
<b>ANNEXE 4 : PRINCIPES DE LA MATRICE INTERACTIVE PARENTS- NOURRISSON.....</b>	<b>132</b>
<b>ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE POUR L’ELABORATION DE NOTRE TFE.....</b>	<b>133</b>

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : La spirale transactionnelle.....	39
Figure 2 : Les trois axes du développement.....	41
Figure 3 : Classement des sages-femmes en fonction de leurs années d'expérience professionnelle.....	68
Figure 4 : Terme de découverte de la grossesse.....	68
Figure 5 : Age des patientes.....	69
Figure 6 : IVG avant le déni de grossesse.....	69
Figure 7 : Parité de la patiente.....	70
Figure 8 : Mode d'allaitement.....	71
Figure 9 : Caractéristiques physiques maternelles.....	71
Figure 10 : Caractéristiques psychiques maternelles.....	72
Figure 11 : Caractéristiques de la classe sociale des patientes.....	73
Figure 12 : Présence du géniteur à la maternité.....	73
Figure 13 : Statut du géniteur.....	74
Figure 14 : Ressenti de la sage-femme au moment de la prise en charge de la patiente .....	75
Figure 15 : Premiers ressentis de la sage-femme au moment de la prise en charge du couple mère-enfant en post-partum.....	76
Figure 16 : Attitude de la sage-femme au début de la prise en charge en post-partum.....	78
Figure 17 : Types d'interactions précoces mère-enfant en post-partum.....	79
Figure 18 : Période où s'installent les premières interactions mère-enfant.....	80
Figure 19 : Evolution des interactions au cours du séjour hospitalier.....	81
Figure 20 : Attitudes maternelles adoptées .....	82
Figure 21 : Nombre de sages-femmes ayant modifié leur attitude initiale suite aux comportements maternels adoptés .....	84
Figure 22 : Attitudes et réactions du nourrisson.....	85
Figure 23 : Nombre de sages-femmes ayant modifié leur attitude initiale suite aux comportements et réactions du nourrisson.....	86
Figure 24 : Conditions les plus fréquentes de découverte de la grossesse.....	88
Figure 25 : Nombre de sages-femmes confrontées à des patientes ayant découvert leur grossesse, suite à un déni, dans une de ces conditions.....	89
Figure 26 : Aide systématique, pour les patientes, dans les structures hospitalière.....	90
Figure 27 : Type d'aide systématique, pour les patientes, dans les structures hospitalières.....	91
Figure 28 : Type d'aide proposé dans les structures hospitalières.....	92
Figure 29 : Façon de proposer une aide dans les structures hospitalières.....	93
Figure 30 : Organisation du service mise en place pour stimuler le lien mère-enfant.....	94
Figure 31 : Présence d'un protocole dans les structures hospitalières.....	96
Figure 32 : Formation sur le déni de grossesse.....	96
Figure 33 : Information sur le déni de grossesse.....	97
Figure 34 : Cas de déni de grossesse vécu dans l'entourage.....	98
Figure 35 : Risques du déni de grossesse.....	99
Figure 36 : Fonctionnalités sensorielles du fœtus.....	129

# Avant-propos

Nous souhaitons remercier toutes les personnes qui nous ont soutenues lors de l'élaboration de ce Travail de Fin d'Etudes.

Nous remercions particulièrement :

- Madame Marie-Laure GUSTIN, notre conseillère scientifique, pour ses conseils pertinents, ses corrections attentives, et les informations qu'elle nous a apportées,
- Madame Micheline GOBERT, notre conseillère méthodologique, pour sa rigueur, et pour le temps qu'elle nous a accordé tout au long de cette année,
- Madame Carole LEROY, pour l'organisation et les démarches administratives,
- Madame Caroline JANSSENS, qui a pris le temps nécessaire pour nous guider et nous conseiller dans l'impression de notre mémoire,
- Les sages-femmes des différents hôpitaux, de Belgique et de France pour le temps qu'elles ont consacré à répondre à nos questionnaires par entretiens et pour tout le sérieux qu'elles y ont apporté,
- Nos familles, en particulier nos parents, Carole pour ses corrections régulières, ainsi que Ludovic et Pierre-Anthelme, pour leur soutien et leur aide précieuse dans l'élaboration de ce travail.

Enfin, nous remercions toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

# Introduction générale

« Une femme éprouve soudainement de violentes douleurs abdominales, qu'elle attribue à la mauvaise digestion d'un aliment. Quelques minutes plus tard, elle accouche d'un enfant à son domicile. A aucun moment, elle ne s'était aperçue de son état de grossesse ». (BAYLE B., 2003)

Ce cas illustre de façon caricaturale ce que les cliniciens désignent sous le terme de déni de grossesse.

Aujourd'hui encore ce symptôme est mal connu et le déni de grossesse est beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense.

Ce phénomène est interpellant car pouvoir tout ignorer d'une réalité que l'on vit dans son corps, voilà qui peut surprendre, interroger et même parfois choquer.

En effet, comment une femme peut-elle vivre tant de mois de grossesse en ignorant la présence d'un fœtus dans son corps, alors que d'importantes modifications physiques sont attendues pendant cette période ? Comment l'entourage, et même parfois certains professionnels de la santé, peuvent-ils participer au maintien de ce déni ?

De notre côté, nous avons été interpellées et touchées par ce phénomène, souvent abordé avec des préjugés. En effet, nous nous sommes rendues compte que ce sujet n'est pas suffisamment traité et connu par les professionnels de la santé.

Cette situation n'est pas sans conséquence sur la santé mentale et physique tant de la mère que de l'enfant. Cela peut entraîner un impact sur la relation mère-enfant qui n'est pas à négliger. Puisque ces grossesses sont niées, elles sont jusqu'à un certain point non suivies, ce qui représente un danger obstétrical et psychologique pour le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

Toutes ces observations, constatations, nous ont amenées à orienter notre étude sur la question suivante :

**« Quelle attitude la sage-femme adopte-t-elle en post-partum, dans le processus d'interactions précoces mère-enfant, quand il y a eu déni de grossesse? »**

Il nous paraît important en tant que professionnelles, d'être sensibilisées à ce sujet de santé publique, afin d'effectuer une meilleure prise en charge, plus particulièrement en post-partum, de ce couple mère-enfant né d'un déni de grossesse.

Nous nous sommes penchées sur cette question, en réunissant ce qui avait été écrit sur ce sujet et en interviewant des sages-femmes ayant rencontré ces situations.

Après avoir tenté, dans une première partie, de définir le déni de grossesse nous nous sommes intéressées à ses aspects épidémiologiques.

Nous avons ensuite étudié la psychologie de la maternité pendant la grossesse ainsi que les mécanismes d'installation des interactions précoces mère-nourrisson en post-partum dans une situation physiologique.

Puis, nous nous sommes attardées sur la psychopathologie du déni de grossesse avant de donner la parole aux sages-femmes, dans une deuxième partie.

Cette deuxième partie va nous permettre d'apprécier l'attitude des sages-femmes sur le terrain et d'établir une discussion et des pistes de réflexions concernant notre future pratique.

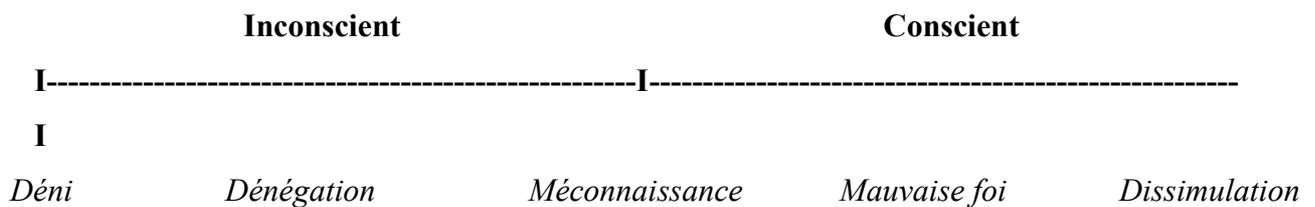
# Première partie

## Chapitre I : Le déni de grossesse

### A. Définitions et généralités

Selon BAYLE B. (2003), il existe trois types de négation de grossesse qui ont toutes en commun le fait d'affecter la reconnaissance de la grossesse par la femme. Les négations de grossesse témoignent d'une relation particulière au corps.

« *La négation de grossesse désigne le large éventail de manifestations caractérisant le refus ou l'incapacité de la femme enceinte à reconnaître son état. A l'extrémité consciente, nous retrouvons le mensonge ou la dissimulation que l'on retrouve parfois lors des grossesses adolescentes ou en présence d'un environnement hostile, et à l'autre extrémité le déni, au sens psychanalytique du terme, qui peut accompagner parfois la grossesse chez les mères schizophrènes* » (DAYAN J. et al., 1999).



#### 1. La dissimulation de grossesse

D'après BAYLE B. (2003), la dissimulation de la grossesse correspond au cas où la femme aurait connaissance de son état de grossesse mais se trouve dans l'incapacité de le dire. Elle dissimule alors activement sa grossesse et accouche dans le secret.

Même si la dissimulation volontaire ne présente pas le caractère d'un trouble psychiatrique, elle manifeste les conditions défavorables dans lesquelles s'accomplit la grossesse et sont donc un facteur de risque pour son évolution. Elle précède parfois les troubles dépressifs du post-partum et/ou la survenue de dysfonctionnements des interactions mère-enfant (MISSONNIER S. et al., 2004).

Selon MASSARI B. (2002), « *certaines patientes gardent le secret, une fois l'état de grossesse connu, et la phase initiale de déni se transforme en phase secondaire de dissimulation* ».

## 2. La dénégation de grossesse

D'après BAYLE B. (2003), la femme sent bien « *quelque chose* » mais ce « *quelque chose* » n'est pas possible.

Selon Spielvogel F. et al. (1995), « *la dénégation est le mécanisme retrouvé plus particulièrement pour les patientes qui prennent conscience elles-mêmes de la grossesse* ». De plus, selon ces auteurs, la pensée principale de ces femmes est que si elles ne déclarent pas la grossesse, elles n'auront pas d'enfant (MASSARI B., 2002).

Il faut différencier le « déni » de la « dénégation » de grossesse. Dans la dénégation il s'agit d'éliminer une représentation gênante en refusant de la reconnaître comme nous concernant, alors que dans le déni, la réalité même de la perception liée à cette représentation est niée.

La dénégation appartient à la névrose (affection neuropsychique ne s'accompagnant d'aucune lésion décelable dans le système nerveux) (Freud S., 1985).

La dénégation est plus fréquente que le déni. Dans la dénégation de grossesse, la femme peut percevoir et reconnaître les modifications de son corps, mais elle les attribue à des causes non génitales. La conscience de porter un enfant est réprimée.

Selon DAYAN J. et al. (1999), d'un point de vue psychanalytique, la dénégation est un processus actif. Elle est intégrée dans la conscience du sujet. Selon Freud S. (1923), la dénégation est une façon de prendre connaissance du refoulé, elle est une levée du refoulement mais pas une acceptation du refoulé. Ce refoulement est souvent incomplet et ne concerne que certains affects. Le sujet tente de nier la réalité d'une perception traumatisante. Le Moi est clivé en deux positions contradictoires. Il reconnaît une chose et la nie. Cette attitude est proche de la perversion. Le sujet nie la réalité externe et laisse parfois subsister une forme clivée de la représentation déniée.

### 3. Le déni de grossesse

« Par convention, l'expression de déni de grossesse est une forme de négation de grossesse à participation principalement inconsciente, conduisant la femme souvent tardivement et brutalement à la reconnaissance pleine et entière de son état, généralement lors du travail, voire seulement de la naissance » (DAYAN J. et al., 1999).

Le symptôme du déni de grossesse est nommé comme tel depuis le début des années soixante dix mais était déjà décrit sous le terme de « grossesse inconsciente » en 1898. Le véritable déni de grossesse est rare.

D'après BAYLE B. (2003), « la femme méconnaît à des degrés variables ce qui se passe en elle. La méconnaissance des perceptions du corps est totale dans le cas de déni de grossesse ».

GRANGAUD N. (2001) ainsi que LAHAYE E. (2004) apportent la nuance suivante : on parle de « déni total » dans le cas où la grossesse n'est découverte qu'au moment du travail voire de l'accouchement et de « déni partiel » quand la grossesse est découverte avant. De plus, GRANGAUD N. (2001) rajoute que si nous devons donner une seule définition du déni, la plus appropriée, serait une « tentative de désavouer, renier l'existence d'une réalité déplaisante ». Cet auteur précise que le déni de grossesse est beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense et qu'il survient le plus souvent chez des femmes qui ne sont pas psychotiques. En effet, PIERRONNE C. et al. (2002) s'appuie sur une étude de 56 cas cliniques de déni de grossesse, rencontrés en maternité, pour dire qu'aucune de ces femmes ne présentait une pathologie psychotique. En effet, le déni est un mécanisme de protection contre les événements traumatisants et peut survenir chez n'importe quelle personne (COLASSON I., 1995).

Le déni appartient à la psychose (maladie mentale caractérisée par la perte de contact avec la réalité) (Freud S., 1985).

JOUBERT A-L. (1996) et MASSARI B. (2002) déclarent que « la reconnaissance tardive d'une grossesse est l'expression même d'une grossesse niée ». C'est pourquoi, nous

considérons par convention, qu'il y a déni de grossesse lorsque la déclaration de grossesse a lieu après 14 semaines d'aménorrhées, ce qui correspond au délai légal.

#### **a. Le déni dans son sens littéral**

➤ Le verbe dénier, du latin *denegare* (de *negare* → nier) prend d'après ROBERT P. (1972), deux significations :

1. Refuser de connaître comme vrai (un fait, une assertion) ou en terme plus moderne, refuser de reconnaître comme sien.
2. Refuser injustement d'accorder, dénier quelque chose à quelqu'un.

➤ Le déni, dérivé nominatif du verbe dénier, prend deux sens :

1. Action de dénier.
2. En droit, le déni de justice est le refus de la part du juge de remplir un acte de sa fonction.

#### **b. Le déni dans son sens psychiatrique**

Selon Freud S. (1926), le déni correspond à un mode de défense, consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, « *essentiellement celle de l'absence de pénis chez la femme* ».

GRANGAUD N. (2001), s'inspire de Dorpat (1983), Forchok et Westwell (1987) et Freud S. (1926) afin de développer le sens psychiatrique du déni sous deux angles :

➤ Premièrement, le déni en tant que mécanisme de défense :

Le déni, en tant que mécanisme de défense, s'opère en quatre phases.

- ✓ 1<sup>ère</sup> phase : évaluation préconsciente de la présence d'un danger ou d'un traumatisme. Ceci serait comme une angoisse, un signal d'alarme. Cette angoisse opère à un niveau inconscient ou préconscient.
- ✓ 2<sup>ème</sup> phase : « *affects tristes et réactions défensives* ». Une action défensive est mise en œuvre pour éviter les affects déplaisants. A chaque niveau de cognition, il va y avoir une composante affective qui va déterminer si un niveau donné de penser va devenir conscient. Certains stimuli vont être enregistrés à un niveau inconscient mais n'accéderont pas à la connaissance consciente.

- ✓ 3<sup>ème</sup> phase : « *arrestation cognitive* ». Les informations menaçantes sont activement exclues de la connaissance consciente. L'attention est focalisée ailleurs.
- ✓ 4<sup>ème</sup> phase : « *comportement écran* ». Ce comportement renvoie aux idées, fantasmes, affects et comportements déclarés, activés par le besoin de l'individu de remplir le vide formé dans l' « *arrestation cognitive* », et pour soutenir son but défensif. La personne donne une histoire de surface qui va rendre l'information crédible et consciente.

Le mécanisme de déni se déroulerait donc selon la séquence suivante :

Danger ⇒ évaluation préconsciente ⇒ affect triste et actions défensives ⇒ arrestation cognitive ⇒ comportement écran.

➤ Deuxièmement, le déni en tant que processus d'adaptation :

✓ Stratégie d'adaptation :

Le déni peut être vu comme un processus cognitif utilisé comme un précieux premier pas pour gérer le stress, le stress étant considéré comme se produisant dans la relation entre l'environnement et la personne.

Le déni ne change pas la situation mais tente de modifier la perception que la personne a de la situation. Le déni est vu ici comme un premier processus adaptatif à une situation potentiellement menaçante.

✓ Dans le cadre de la « dissonance cognitive » :

Les cognitions représentent toutes les « *connaissances, opinions ou croyances à propos de l'environnement, d'une personne ou de son comportement* ».

**B. Fréquence du déni de grossesse, un problème de santé publique**

Selon différentes études [Brezinka C. et al. (1994), COLASSON I. (1995), LAHAYE E. (2004), MISSONNIER S. et al. (2004), PIERRONNE C. et al. (2002) et Rayr C. (2000)] le déni de grossesse (partiel ou total) touche deux à trois femmes enceintes pour mille. D'après les données de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), au cours des dix dernières années, il est né un peu plus de 6 millions d'enfants en France. Ce sont donc de 600 à 1 800 femmes qui sont touchées par ce symptôme chaque année. La moitié présente un déni total. Nous pouvons d'ailleurs estimer qu'en France 12 000 à 36 000 femmes

ont vécu un déni de grossesse au cours des vingt dernières années. De tels chiffres font du déni un problème de santé publique.

D'après ALEXANDER S. et ROEGIERS L., rattachés respectivement à l'Université Libre de Bruxelles et à l'Université Catholique de Louvain, il n'existe pas actuellement de données épidémiologiques belges concernant la fréquence du déni de grossesse.

Même si le déni ne s'achève de façon tragique (avec la mort ou l'abandon du bébé) que dans un nombre limité de cas, les spécialistes s'accordent à dire que toutes les femmes qui présentent un déni de grossesse doivent recevoir des soins spécifiques, même en cas de déni partiel.

Ces données suggèrent que le déni de grossesse est un phénomène relativement rare mais non exceptionnel, et bien souvent sous estimé.

Après cette première partie descriptive sur le déni de grossesse, il nous semble important d'aborder le cheminement psychique de la maternité qui permet d'aboutir à la relation mère-enfant. Ceci dans le but de comprendre, dans un troisième chapitre, les mécanismes d'installation des interactions précoces mère-nourrisson, en cas de déni de grossesse.

## Chapitre II : Cheminement psychique aboutissant à la relation mère-enfant

### A. La psychologie de la maternité pendant la grossesse

#### 1. Le désir de grossesse et le désir d'enfant

##### a. Principes

« *Le déni de grossesse est un symptôme. Il ne permet pas de diagnostiquer une pathologie spécifique. Il recouvre un ensemble de configurations psychotiques ayant en commun l'ambivalence du désir d'enfant* » (DAYAN J. et al., 1999).

Pasini E. (1984) distingue le désir d'enfant et le désir de grossesse car ils ne coïncident pas nécessairement. En effet certaines femmes souhaitent vivre une grossesse « *pour l'impression de complétude qu'elle procure* » mais aussi « *pour prouver à soi et quelquefois aux autres qu'elles sont capables de procréer* ». Ces femmes ne se sentent pas pour autant prêtes à accueillir et élever un enfant (BUN C. et al., 2003). C'est pourquoi un premier repérage est de différencier le désir d'enfant, comme sujet distinct de soi, du désir de grossesse. « *Bien des grossesses n'ont d'autre finalité qu'elles-mêmes. Le projet inconscient est alors d'être enceinte, sans projet d'enfant à son terme* » (BYDLOWSKI M., 1989).

De son côté, le désir d'enfant est lié à des caractéristiques individuelles et culturelles.

Pour Klein M. (1928), le désir d'enfant serait un désir féminin en soi plus qu'un besoin de compenser l'absence de pénis comme le décrit Freud S. (1923) (LAHAYE E., 2004).

Le désir d'enfant sous entend d'autres envies, notamment celle de donner un enfant à l'homme qu'on aime, de s'accomplir dans sa féminité, de continuer la filiation et de trouver une identité dans ce statut de mère.

De son côté, POTTECK S. (1998) pense que l'absence de désir de grossesse explique toutes les difficultés dans l'apparition du lien affectif et entraîne souvent un mauvais vécu de la grossesse par la femme.

STRYCKMAN N. (1995) rajoute que le désir d'enfant est : « *inconscient comme tout désir, mais vise un objet à consistance réelle* ». Lorsque la conception a eu lieu, lorsque la grossesse se développe, le désir d'enfant est relayé par l'investissement de l'enfant (BYDLOWSKI M., 1989).

Le désir d'enfant serait ainsi la traduction naturelle du désir sexuel dans sa fonction collective d'assurer la reproduction de l'espèce et dans sa fonction individuelle de transmettre l'histoire personnelle et familiale (BYDLOWSKI M., 2000). Ce désir est présent dès l'enfance chez la petite fille.

### **b. Genèse du désir d'enfant chez la fille**

Freud S. (1923) développe une théorie sur le désir d'enfant. Ce désir débutant chez la petite fille doit ainsi résulter d'une combinaison harmonieuse entre le désir d'être comme sa mère, sans laquelle l'enfant tout petit ne pourrait survivre, et un autre désir, celui d'avoir, comme sa mère, un enfant du père. A l'adolescence, la mère du début, celle de l'amour absolu, est souvent oubliée au profit de la femme du père. Pour que la fille puisse cheminer vers un désir d'enfant réalisable, il faut donc qu'elle ne soit pas, en cours de route, freinée par la violence du conflit oedipien. Pour que le désir d'enfant de la petite fille n'avorte pas à l'adolescence, il est souhaitable que sa relation à la mère de tendresse, ne soit pas perdue, et cela malgré la découverte de la sexualité de ses parents et la rivalité maternelle qui l'a suivie.

BUN C. et al. (2003) énumèrent la présence de deux composantes du désir d'enfant :

- ✓ La première composante du désir d'enfant concerne l'aspect Oedipien. La jeune mère « réactualiserait ses tendances libidinales appartenant au complexe d'oedipe » (Freud S., 1923). Il s'agit ici de recevoir « en cadeau du père, un enfant ». GUILLAUMONT C. (1997) parle de « processus compensatoire » pour décrire le principe oedipien.

L'enfant fille va s'enchaîner par une dette de vie à sa mère. Devenir mère suppose donc un compromis entre l'attachement à la mère d'antan, source de vie et de tendresse, et l'exigence de l'échange de l'objet d'amour maternel contre l'objet paternel.

- ✓ La deuxième composante du désir d'enfant concerne donc la dette de vie, appartenant au processus de maternalité.

## 2. Le processus de « maternalité »

Racamier P-C. (1988) emploie le terme de « *maternalité* » pour définir l'ensemble des processus psychiques et affectifs permettant de devenir mère et de s'adapter à l'enfant. Le mot « *maternalité* » est une condensation des mots « *maternel, maternité et natalité* » (DE VALORS M-H., 2000).

Le concept de la « dette de vie » fait parti de ce processus de maternalité.

### a. La dette de vie

D'après BUN C. et al. (2003), la dette de vie est une des deux composantes du désir d'enfant. Il s'agit d'une composante narcissique de par le désir de devenir mère comme sa mère et la quête du pouvoir maternel.

Ainsi, d'un côté, la transition vers la parentalité est une source de satisfaction narcissique, puisque le parent s'identifie à ses propres parents, à leur puissance, à leur autorité et aux autres qualités qu'il a perçues et imaginées à leur propos. D'un autre côté, dans le même mouvement, le narcissisme, dans ses formes les plus primitives, est battu en brèche, puisque l'individu doit renoncer définitivement à être lui-même « *l'enfant merveilleux* », unique et parfait. « *Le fait même de dépendre de l'existence d'un enfant, pour accéder à la condition de parent, est une blessure pour les formes les plus primitives du narcissisme* » (STOLERU S., 1989).

BYDLOWSKI M. (2000) définit la dette de vie comme « *la reconnaissance de sa propre mère à l'intérieur de soi* ». En effet, en étant enceinte, la fille devient femme et s'identifie à sa propre mère (ROEGIERS L., 2003). Selon BYDLOWSKI M. (1999) et DE VALORS M-H. (2000) l'aptitude à devenir mère impliquerait ainsi la reconnaissance d'une gratitude à l'égard de celle qui a donné initialement la vie. Ainsi, l'enfant à venir vient incarner cette dette d'existence. Tant que la fille n'est pas enceinte, cette dernière culpabilise auprès de sa mère. En effet la jeune femme ne s'inscrit pas dans la lignée des femmes.

C'est sur cette femme enceinte que repose un devoir de « *prolongement* » de l'être humain. C'est ce « *devoir* » qui est perçu comme une dette transmise de mère en fille (BUN C. et al., 2003).

Le processus de maternalité se prolonge par la mise en place d'un état psychique particulier.

b. La grossesse et la « transparence psychique » qui l'accompagne

Comme le dit DE VALORS M-H. (2000), « *la grossesse physique est la partie visible d'un phénomène complexe dont le moteur est au départ « psychique »*. C'est une véritable crise et une mutation profonde. Pour se construire en tant que futur parent, la mère va utiliser tous ses « *modèles éducationnels* » enregistrés dans son inconscient.

Elle rajoute que, « *l'inconscient est ce que nous avons oublié ou refoulé. C'est un élément absent dans le conscient mais qui va agir comme un élément pulsionnel* ». La particularité du travail psychique de la grossesse est la perméabilité du « *seuil de censure* ». Les premières couches de l'inconscient font irruption dans le conscient, provoquant une déstabilisation du « *Moi* », voire même un morcellement.

La période de la conception à la naissance d'un enfant est donc décrite dans la littérature comme un moment de crise pour la femme.

Ainsi, Racamier P-C. (1988) emploie le terme de « *maternalité* » pour désigner « *l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de sa maternité* » (BERGERET- AMSELEK C., 1997).

Raphael-Leff J. (1993), décrit cette période en termes de « *perméabilité de l'inconscient* », Molénat F. (1992) quant à elle, parle de cette nouvelle « *fluidité* » qui permet à la femme de réarticuler les couches profondes de sa vie affective pour préparer l'arrivée de son enfant.

Selon STERN D. (1998), la « *psyché maternelle* » correspond à une organisation mentale unique, un paysage subjectif qui appartient en propre à la femme qui devient mère.

Enfin Bydlowski M. (1991), parle de « *transparence psychique* » : l'état de conscience paraît se transformer et le seuil de perméabilité à l'inconscient est abaissé. Ainsi au moment de fonder sa propre famille une femme enceinte est envahie par les réminiscences de sa propre enfance par les conflits et même les traumatismes qu'elle a pu vivre. Enfouis dans son inconscient depuis des années, ils vont resurgir à la faveur de cette grossesse sous forme de rêves, d'angoisses, d'épisodes dépressifs, de somatisations.

Cet état peut perdurer jusqu'à trois à quatre mois après l'accouchement. Cette période est marquée par l'ambivalence des sentiments et peut être très culpabilisante se reflétant par une instabilité émotionnelle (BERRY-BRAZELTON T. et al., 1991). Cependant d'après VERNY T. (1982), « *les doutes, les ambivalences et les anxiétés occasionnels sont des composantes normales et saines de la grossesse et contribuent au développement de l'enfant avant la naissance* ». BYDLOWSKI M. (1999) désigne cette période de conflictualité exagérée comme une période de « *crise de maturation* ». L'idée que se fait une mère de l'enfant qu'elle

porte change tout. Ses pensées, son amour pour cet enfant pas encore né, ou son rejet, ou encore son ambivalence, déterminent la profondeur, l'ampleur et les champs des capacités émotionnelles de celui-ci. La mère commence la vie affective de son enfant.

Il existerait un filtre au niveau sensoriel qui permettrait à la femme de faire inconsciemment le tri entre les informations qu'elle doit réellement recevoir et les éléments qui parasitent cette information. Maintenant, nous pouvons imaginer que si une mère veut communiquer avec son enfant in utero elle doit se « débarrasser » de tout ce qui pourrait arrêter les informations. Cette condition qui supprime les filtres sensoriels améliore la perception, mais rend la mère plus vulnérable aux épreuves de la vie.

D'après BAYLE B. (2003), le cheminement psychique de la grossesse est très complexe et débute par le fait que la femme enceinte doit faire le lien entre sa sexualité et sa capacité à procréer et par conséquent la venue d'un enfant en elle.

La femme enceinte doit percevoir et identifier les transformations de son corps. Il ne suffit pas seulement que la femme perçoive les mouvements du fœtus, il faut encore qu'elle les attribue à la présence d'un être qui se développe en elle.

Une fois ces étapes franchies, l'enfant étant psychiquement perçu, identifié et reconnu, la femme effectue le travail psychique suivant : elle se libère de la fusion narcissique qui rend floues les limites entre « soi » et « autrui en soi ». *« Ce travail psychique est un stade préliminaire à l'installation de la fonction maternelle. Et la résolution de la majeure partie de la crise passe par l'attachement progressif à l'enfant ».* (DE VALORS M-H., 2000). Ce même auteur ajoute que deux états contradictoires cohabitent chez la femme enceinte : la fusion et la séparation.

D'après STERN D. (1998), pendant la grossesse, les femmes font l'expérience de trois grossesses simultanées : le fœtus qui grandit dans l'utérus, l'identité maternelle qui se développe dans la psyché et le bébé imaginaire qui prend forme dans l'esprit. Ce dernier auteur rajoute que c'est en général entre le quatrième et le septième mois de grossesse que les futures mères laissent libre cours à leur imagination. Pendant ce temps, le portrait du futur enfant devient de plus en plus élaboré. Au septième ou huitième mois, le bébé imaginaire atteint sans doute son degré d'élaboration maximale. Ensuite au cours du huitième et du neuvième mois, survient un phénomène intéressant. Au lieu que le portrait de cet enfant imaginaire soit affiné davantage, c'est presque le contraire qui se produit. Pendant cette

période, la mère commence à défaire ce portrait hautement élaboré. Elle laisse son image s'effacer et commence à déconstruire et à oublier ce bébé imaginaire. Ce bébé imaginaire ne disparaît cependant pas totalement. En général il y a des ajustements de dernière minute juste avant sa naissance.

Cet enfant imaginaire apparaît aussi dans le psychisme maternel sur un plan fantasmatique. « *L'enfant imaginaire* » se construit à partir des fantaisies conscientes et réalistes de la femme alors que « *l'enfant fantasmatique* » est le fruit des fantasmes inconscients infantiles. Le développement de l'enfant dans l'esprit de sa mère dépend aussi de la capacité maternelle de fantasmer sur lui (SOUBIEUX M-J. et al., 2005). Selon Winnicott D-W. (1989), l'enfant fantasmatique, attendu ou refusé, n'est pas toujours en phase avec la part plus consciente du désir (ROEGIERS L., 2003).

Tout le cheminement psychologique décrit ci-dessus est nécessaire à la femme pour devenir et se sentir mère de son bébé. Cette maturation psychique s'accompagne d'émotions qui peuvent influencer le développement fœtal.

#### c. Les états émotionnels

L'état émotionnel de la femme enceinte a plus d'effets (répercussions positives ou négatives) à long terme sur l'enfant, que l'état émotionnel de la mère au cours de l'année qui suit la naissance. L'état émotionnel de la mère aurait un impact sur le fœtus par la médiation de messages chimiques complexes (SOUBIEUX M-J. et al., 2005).

Ainsi, le tissage des liens entre la mère et son fœtus se constitue à partir de facteurs d'ordre psychique, sensoriel et biologique.

### 3. La naissance de l'attachement maternel

#### a. La préoccupation maternelle primaire

Winnicott D-W. (1989) décrit l'ambivalence qu'une mère ressent lors de sa grossesse. Il s'agit d'une ambivalence affective mêlant des sentiments d'amour et de haine dirigés vers le futur enfant. Ceci se résout par l'acceptation de ces affects opposés et par l'attachement progressif à l'enfant.

Durant la grossesse, il existe une interaction entre le fœtus et sa mère. Winnicott D-W. (1989) parle de « *préoccupation maternelle primaire* ». Il s'agit d'un degré de réceptivité aux besoins

de l'enfant qui se développe tout au long de la grossesse pour atteindre son maximum en fin de grossesse. Cet état prépare la future maman aux soins maternels. La mère investit donc son enfant bien avant sa naissance. Ainsi, d'après ROEGIERS L. (2003), une mère attentive à sa grossesse aurait plus de chance d'être une mère respectueuse de son bébé.

DE VALORS M-H. (2000) explique que la grossesse et l'accouchement sont des passages très importants chez le couple mère-enfant car ils vont conditionner la relation de la mère envers son enfant et par la même occasion la vie d'adulte de celui-ci.

En effet, cet auteur apporte une réflexion sur le sens de l'accouchement : « *la force nécessaire pour pousser l'enfant, la rencontre avec l'au-delà de soi-même (le dépassement), la sensation intense du passage marquent à jamais dans la mémoire cellulaire la filiation de cet enfant* ». C'est là « *la porte des mères* » : le détachement, qui permet l'attachement.

#### b. Attachement et parentalité

GAUTHIER Y. (1999) suggère qu' « *on ne naît pas parent, on le devient. On doit donc parler de transition vers la parentalité. Si l'imaginaire qui conduit au désir de mettre au monde un enfant se prépare déjà durant la prime enfance et l'adolescence du futur parent, la période décisive où se met en place la capacité d'être parent se situe certainement durant la grossesse, et tout au cours des premiers mois et des deux ou trois premières années de l'enfant* ».

La théorie de l'attachement de BOWLBY J. (1989), aide à comprendre comment se développent les désirs et les affects, tout cet ensemble comportemental et représentationnel qui s'appelle parentalité. Des liens étroits existent entre les blessures affectives, subies durant l'enfance, et les blocages dans l'acquisition des compétences parentales. Ceci laisse présager l'apparition éventuelle de diverses psychopathologies chez le jeune enfant. Néanmoins, pour les parents soumis à de tels traumatismes affectifs durant leur enfance, il est possible de surmonter ce handicap et de devenir des parents compétents.

Le processus d'attachement ne s'observe pas uniquement chez les parents mais se développe aussi du côté du fœtus de par ses compétences psychiques et sensorielles

#### 4. La genèse de la psychologie et des sens du fœtus

##### a. La psychologie

D'après BAYLE B. (2003), l'embryon possède une organisation psychique voire même un véritable « *appareil psychique embryonnaire* ». Selon cet auteur ainsi que VERNY T. (1982), même si cette identité psychique est présente, il ne faut néanmoins pas attribuer à l'embryon la conscience de cette identité.

L'appareil psychique embryonnaire n'est pas autonome mais se trouve véritablement « *greffé* » au psychisme maternel et est capable de provoquer des remaniements psychiques maternels importants.

L'embryon en réalisant sa « *nidification psychique* », « *crée un espace psychique au cœur de la psyché maternelle, et cet espace mental participe à sa différenciation et à son identification par l'autrui-féminin* ». MISSONNIER S. et al. (2004) se joint à cet auteur pour utiliser et décrire de la même façon le terme de « *nidification psychique* ».

BAYLE B. (2003) rajoute que « *Cette identification psychique joue un rôle important dans le développement psychique du fœtus, dès la période de la gestation, notamment parce qu'elle participe à l'élaboration des représentations maternelles de l'enfant à naître* ».

Ainsi l'embryon humain, muni d'un appareil psychique, entraîne un état d'hypersensibilité chez la femme, un état de « *préoccupation maternelle primaire* », qui conditionne les modalités d'accueil de l'enfant à venir.

Pendant les neuf mois de grossesse, le fœtus passe, physiquement, de quelques cellules à un être bien différencié. Il en est de même émotionnellement, le fœtus « *passé d'un état d'être insensible à l'état d'un être capable d'enregistrer et de réélaborer des sentiments et des émotions très complexes et nuancées. Nous pouvons nommer ce processus par un autre terme : la « formation du Moi* » (RIGHETTI P-L., 2000).

Ainsi, d'après ROEGIERS L. (2003), à partir du sixième mois de gestation, le fœtus pourrait développer un système de mise en mémoire d'événements sensoriels dont certaines traces pourraient être réactivées en postnatal.

Chaque instant de la vie fœtale représente des parties d'une expérience que le fœtus mémorise. Chaque instant de la vie fœtale peut être considéré comme un « *Etat du Moi* » particulier et donc les neuf mois de grossesse comme le premier stade du Moi : « *le Moi Pré-*

*natal* ». Ainsi, selon RIGHETTI P-L. (2000), « *la formation du Moi prend son origine à un certain moment de la vie fœtale* ». Le Moi prénatal est une partie de la vie psychique qui évolue et qui constituera le Moi du sujet. Le Moi prénatal est une expérience continue constituée par des Etats du Moi prénatal différents.

« *Tous les états du Moi prénatal restent stratifiés dans la psyché, dans la mémoire, dans l'Inconscient du sujet et peuvent être évoqués à nouveau dans le post-partum* ». En effet avec le même stimulus, le fœtus et ensuite le nouveau-né ont une réponse similaire. « *La vie fœtale représente une grande partie du processus de maturation psychologique de chaque individu* ». La grossesse est donc une période primordiale pour le devenir psychique de chaque individu car elle est « *le premier maillon* » de la vie psychique d'une personne. (RIGHETTI P-L., 2000).

D'après VERNY T. (1982), tout ce qui arrive dans les 9 mois, séparant le moment de la conception de celui de la naissance, « *joue un rôle capital dans la formation et la structuration de la personnalité, des pulsions et des ambitions du futur enfant* ».

L'élaboration des capacités sensorielles du fœtus vient compléter ses compétences psychiques pour faire de lui un protagoniste actif de sa vie.

#### b. Les sens

« *L'enfant est un être humain à part entière, donc un être de « désir » et de « parole » , capable de sentir, voir et entendre dès la vie intra-utérine et de communiquer* » (NADEL D., 1999).

D'après RIGHETTI P-L. (2000), de nombreux travaux ont déjà permis de découvrir que le fœtus est capable « *de recevoir, d'élaborer et de donner une réponse précise à toute une série de stimulations intra et extra utérines : le fœtus, est donc doué de compétences physiologiques qui le mettent en relation avec son milieu par les organes des sens (l'audition, l'odorat, le toucher, le goût, la vue) et par sa motricité* ».

D'après ces données et en se référant à l'annexe 2, il apparaît que « *dès la fin du premier trimestre de grossesse, le fœtus aurait des capacités pour capter les qualités de son milieu proximal, possédant ainsi les moyens du vécu du corps propre : toucher, goût, odorat et ressenti des positions* » (DELASSUS J-M., 2001).

Ainsi, après le 4<sup>ème</sup> ou 5<sup>ème</sup> mois, le fœtus répond de façon créative aux expériences émotionnelles de sa mère, il réagit à des stimulations internes (intra-utérines) et externes, « *il est donc un protagoniste actif de sa vie* ». Grâce aux compétences que le fœtus acquière pendant sa vie intra-utérine il est petit à petit capable de répondre aux stimulations internes et externes qu'il reçoit.

Selon DELASSUS J-M. (2001) et WOLFF-QUENOT M-J. (2001) les mouvements fœtaux sont beaucoup plus précoces qu'on ne l'avait cru. Leurs ébauches commencent à apparaître dès la 7<sup>ème</sup> ou 8<sup>ème</sup> semaine de gestation, alors qu'en général femme enceinte ne les ressent pas avant 18 à 20 semaines ( un peu plus tôt lors des grossesses suivantes). Le décalage est important. C'est un autre monde qui apparaît, celui d'un être déjà capable de réagir, de se mouvoir et qui va progressivement élaborer de véritables scénarios ou « *patrons* » de comportement. Ce ne serait pas de simples réflexes, comme nous l'avons longtemps cru, mais des activités déjà bien diversifiées, telles que sursauts, étirements, mouvements respiratoires, mouvements des bras, des jambes, de la tête, contact des mains sur le visage, et également battements des lèvres, succions, déglutitions, hoquets, retournements, bâillements.

Pour MISSONNIER S. et al. (2004), la sensibilité kinesthésique résulte de l'intégration d'informations provenant d'un ensemble de récepteurs qui détectent la position des différentes parties du corps, les mouvements passifs et actifs, et la résistance aux mouvements. « *Elle comprend d'une part la proprioception, ou sensibilité profonde, avec les récepteurs musculaires, tendineux et articulaires, et d'autre part l'appareil vestibulaire* ». Les différents récepteurs proprioceptifs sont présents dans tous les muscles fœtaux, à 4 mois de gestation.

L'instauration progressive des fonctions motrices, sensorielles et cérébrales, transforme les différents stimuli en informations. Puis naît l'aptitude à intégrer ces informations pour leur donner un sens et les transformer en expériences. Le fœtus s'y adapte, les enregistre et s'y habitue. On soupçonne le fœtus d'acquiescer, pendant son dernier trimestre in utero, l'expérience du bien-être et du mal-être, du plaisir et de la douleur (WOLFF-QUENOT M-J., 2001).

Les compétences du fœtus, décrites ci-dessus, désignent sa triple capacité, innée, à percevoir les signaux émis par la mère, à réagir à ces signaux et à les provoquer. Ce phénomène est la base des relations mère-fœtus.

### 5. L'élaboration des interactions précoces mère-fœtus

Tous qu'ils soient, éthologue (CYRULNIK B., 1993), pédiatre (BERRY BRAZELTON T., 1991), néonatalogue (RELIER J-P, 1993) ou encore psychanalyste (LEBOVICI S., 1983), ils ont tous conclu que l'origine de la relation mère-enfant prenait racine au cours de la grossesse.

D'après CYRULNIK B. (1993) « *Le monde embryonnaire n'est pas clos, il communique avec le monde extérieur. L'histoire du bébé commence bien avant sa naissance. Les interactions perçues par l'embryon participent à son développement* » (FLORENTIN M., 2001).

Selon Delfieu F. (1988), « *bien avant sa naissance, l'enfant partage avec sa mère le secret de la conception et le mystère de la fécondation. Une communication secrète s'établit entre eux, dont l'enfant gardera une mémoire enfouie dans l'inconscient, bien au-delà de sa naissance, peut être jusqu'à sa mort. Ce discours s'exprimera dans son histoire personnelle, dans son caractère même, comme un secret de famille* » (GUILLIN J., 1996). Ainsi, « *les attitudes et les sentiments de la mère peuvent laisser une empreinte définitive sur la personnalité de l'enfant avant la naissance. C'est alors que l'on se rend compte de l'importance du rôle maternel : elle suscite, avant la naissance, l'élaboration et l'orientation de la personnalité de son enfant* » (VERNY T., 1982).

D'après BYDLOWSKI M. (1999), au début de la gestation, « *l'enfant est une simple idée qui se concrétise par des perceptions sensorielles telles que les mouvements actifs, qui vont survenir au bout de quelques semaines* ». Le fœtus constitue « *un objet intérieur appartenant à la personne propre* ». Son investissement envahit le psychisme de la future mère avec une intensité telle qu'aucune réalité, pas même celle du corps de l'enfant, ne viendra la limiter, jusqu'au jour de la naissance.

RAPHAEL-LEFF J. (2002) rajoute que le « *bébé absorbe les effets des états émotionnels de sa mère à travers la barrière placentaire* ». Ceux-ci peuvent être transmis au fœtus par

l'intermédiaire de l'accélération du rythme cardiaque, de la formation des anticorps, des variations biorythmiques, hormonales, vestibulaires et de température.

Selon NADEL D. (1999) et JOUBERT A-L. (1996), afin de favoriser la naissance d'un enfant bien portant certaines attitudes sont recommandées pour la mère, telles que : « *éviter le stress, être bien entourée par le père, concentrer sa pensée sur cet être à venir, se préparer à l'accueillir, lui faire sa place à l'intérieur d'elle et dans sa vie* ». Il faut donc qu'elle vive dans des conditions psychiques harmonieuses.

RIGHETTI P-L. (2000) s'appuie sur l'expérience suivante afin de mettre en évidence que l'état émotionnel de la mère retentit sur le fœtus. Ainsi, « *l'écoute des battements cardiaques de la mère, enregistrés en prénatal, produit une variation des mouvements et de la fréquence cardiaque du nouveau-né ; la réponse du nouveau-né augmente ou diminue selon que celui-ci perçoit sa mère agitée ou détendue. Ces résultats nous montrent la relation entre la vie émotionnelle prénatale et néo-natale : une relation dynamique mère-fœtus et mère-nouveau-né* ». En revanche, avec une mère étrangère, le nouveau-né répond seulement à la rythmique des battements cardiaques qu'il a entendus pendant neuf mois.

D'après RHIGETTI P-L. (2000), « *dans la chaîne de la relation mère-fœtus-nouveau-né, la relation stimulus-réponse n'est pas mécanique et figée, mais s'inscrit dans une série de significations relationnelles et symbiotiques, il s'agit d'une « entente » difficile à expliquer et à interpréter, mais qui semble quand même exister* ».

Ainsi, à partir de cette étude, nous pouvons penser que lorsque la mère rentre dans un état émotionnel, le fœtus reçoit une stimulation (décharge hormonale), il élabore son contenu (implication psychologique qu'il ressent) et il envoie une réponse précise et créative (par exemple une augmentation de sa fréquence cardiaque s'il perçoit sa mère agitée).

RIGHETTI P-L. (2000) se pose une autre question, à savoir si la condition émotionnelle du fœtus peut induire un état émotionnel chez la mère ? En effet si on peut parler de relation mère-fœtus on peut également faire des hypothèses sur la relation fœtus-mère. L'auteur illustre ceci en prenant l'exemple suivant : quand un fœtus perçoit une musique calme il se trouve dans un état de détente, « *ses mouvements diminuent, sa fréquence cardiaque s'abaisse et ainsi sa mère modifie son état par effet de symbiose* ».

« *Donc d'un côté la chaîne commence par la mère, elle continue chez le fœtus et se termine par une réponse émotionnelle donnée ; de l'autre côté le processus est inversé : à partir d'une stimulation externe, le fœtus induit un état émotionnel maternel. Dans les deux cas le point central de tous ces processus est le fœtus, ou plutôt l'élaboration psychologique fœtale* ».

Le fœtus comme sujet a des capacités d'établir un contact avec ce qui est à l'extérieur de lui-même (les objets) ; il a besoin de ce contact pour favoriser son processus de maturation et pour la formation de son expérience. L'existence psychique du fœtus est donnée par sa possibilité de se mettre en contact avec les objets.

D'après GOUTALAND A. (1995), les mouvements fœtaux inaugurent un lien réel entre la mère et son bébé. Cette première contribution du bébé à leur relation permet à la mère de chasser de son esprit l'image narcissique de fusion qu'elle avait d'elle et de son bébé.

Ces premiers mouvements sont les premières manifestations d'un être séparé. Cette prise de conscience du bébé permet le début de l'attachement car la mère reconnaît les mouvements fœtaux, et elle peut alors s'adresser à son enfant (BERRY-BRAZELTON T. et al., 1991).

Selon FLORENTIN M. (2001), les interactions précoces mère-enfant s'initient également par les mouvements fœtaux mais aussi par les capacités auditives du fœtus.

Concernant les capacités auditives du fœtus : des stimulations acoustiques montrent que le fœtus est sensible in-utero à la voix maternelle (changement du rythme cardiaque, comportement auto-calmand). Par la suite, le nouveau-né manifeste une préférence auditive pour la voix et la langue maternelle.

Selon DE VALORS M-H. (2000), estime que les interactions peuvent se réaliser à la fois par le toucher mais aussi par la visualisation.

Concernant le toucher, l'auteur pense que « *l'enfant est un être capable de percevoir de par sa sensorialité* ». Le fait d'utiliser le toucher, pour communiquer avec son enfant in utero, est un véritable activateur de l'attachement. Le bébé accompagne sa mère somatiquement à franchir en elle-même le passage pour devenir mère. Ce franchissement psychique se fait à différents âges de la grossesse.

De par la sophrologie, la mère visualise sa relation avec son bébé. La mère se laisse souvent aller dans l'émotion de la rencontre, ce qui lui permet de se projeter dans sa future vie avec son nouveau-né et en particulier d'imaginer la relation qu'elle va avoir avec son enfant.

## **B. Mécanisme d'installation des interactions précoces mère-enfant en post-partum**

### **1. Mécanismes mis en jeu par la mère**

D'après DE VALORS M-H. (2000), le rôle de la mère est capital. Il est le premier objet d'amour pour l'enfant. Elle est la « *matrice psychique* » du nouveau-né. C'est ce qui permettra, à ce dernier, par la suite, d'être structuré face aux difficultés.

#### **a. L'attachement chez l'adulte**

En ce qui concerne la mère, l'interaction visuelle avec le nouveau-né est d'une importance capitale: le simple contact visuel permet le développement du processus d'attachement de la mère pour son bébé.

D'après la théorie de l'attachement de BOWLBY J. (1989), « *il y aurait une continuité entre la qualité de l'attachement et la capacité à prendre soin. La qualité de l'attachement vécu avec ses propres parents prédisposerait le futur parent à bien s'occuper de son enfant, à lui donner des soins adéquats, à le protéger suffisamment contre les dangers physiques et psychiques et ainsi à lui permettre de développer à son tour un attachement sécurisant* ». En effet, grâce à un environnement encourageant et protecteur, l'enfant grandit à son aise. De plus, d'après cet auteur le développement de l'attachement n'est pas à sens unique et l'on sait maintenant l'importance des phénomènes réciproques d'attachement parent-enfant et enfant-parent.

Ainsi, l'un des principes concernant l'attachement parent-enfant correspond au maternage. Ceci désigne tous les moyens qui visent à établir une relation entre une « bonne mère » et son enfant.

#### **b. Le maternage**

Cette attitude découle de la « *préoccupation maternelle primaire* », et du processus d'attachement.

D'après BERRY-BRAZELTON T. et al. (1991), grâce à l'énergie psychologique brassée au cours de la grossesse, la capacité de la mère à comprendre le bébé et à lui témoigner de l'empathie est élevée. Plus cette énergie est développée, plus la relation précoce sera solide.

Il s'agit pour la jeune femme de répondre aux besoins de son enfant qui dans un premier temps sont des besoins physiques et physiologiques, tels que l'alimentation, ou encore le besoin de propreté. La réponse maternelle sera un acte de maternage tel que nourrir, ou encore changer ou baigner le nouveau-né. Toutefois, au cours de cet échange s'effectuera également une communication mère-bébé : communication par le toucher (prendre le bébé dans ses bras, le mobiliser), mais aussi par le regard et par la parole. Ce temps d'échange a une importance capitale dans la relation mère-enfant car il permet aux deux partenaires d'apprendre à se connaître et de s'adapter l'un à l'autre. Ainsi, le nourrisson, de par son attitude, est un protagoniste actif dans le processus d'attachement.

## 2. Mécanismes mis en jeu par le nourrisson

### a. Le comportement d'attachement

A la naissance, la découverte très précoce de sa mère, de sa chaleur, de ses caresses, de son regard, les retrouvailles avec son odeur et sa voix, vont favoriser la naissance de l'attachement. Ces stimulations sensorielles jouent un grand rôle dans l'établissement des premiers liens et marquent de leur empreinte le cerveau en pleine édification de l'enfant.

Selon PIERREHUMBERT B. et al. (1999), la théorie suggère qu'un état d'alarme, du fait de l'imminence d'un danger ou de la menace d'une séparation, induirait chez l'enfant une recherche de réconfort, chez une personne de son entourage

Les comportements d'attachement ont ainsi une double fonction :

- La recherche de protection.
- L'ouverture au monde et la socialisation.

« *Le comportement d'attachement* » décrit par Bowlby J. (1978) correspond à « *un système primaire spécifique* » qui fait référence à l'ensemble du comportement du nouveau-né (pleurs, sourires, suctions agrippements...) qui a pour conséquence le contact entre la mère et son enfant (GOUTALAND A., 1995).

D'après FLORENTIN M. (2001), « *les capacités olfactives et gustatives sont des capacités*

*mnésiques et ont été mises en évidence par l'étude de comportement de recherche, d'orientation, dès la naissance, vers une source d'odeur familière* ». En effet, « *les arômes du liquide amniotique sont transmis au colostrum et au lait* » (MISSONNIER S. et al., 2004), ce qui permet au nouveau-né d'être spontanément attiré par le sein de sa mère et favorise alors l'allaitement maternel. Ce phénomène permet de développer les premières interactions. Il apparaît donc intéressant de connaître les compétences du nouveau-né afin d'envisager sur quelles bases peut se développer et s'étayer l'interaction parent-nourrisson.

#### b. Le développement des sens

Le fœtus possède des qualités sensorielles qui apparaissent au début de la grossesse (comme nous l'avons vu dans la partie « La genèse de la psychologie et des sens du fœtus »), et qui se développent jusqu'au terme de celle-ci.

##### ✓ **La vision**

*« L'interaction face à face pendant la période néonatale peut être aussi cruciale que toute autre interaction, cela permet de développer la force du lien affectif entre la mère et le nouveau-né »* (LEBOVICI S., 1983).

On sait que le tout petit est attiré particulièrement par les visages humains. Son regard s'attache notamment aux contours du visage, à la bouche et aux yeux (HERBINET E. et al., 1981, CHUPIN-ROUSSEL M-P., 1992).

En ce qui concerne la distance maximale pour la perception visuelle du nouveau-né, elle est fixée aux alentours de 1 mètre. D'autre part, une distance minimale de 20 à 25 centimètres semble être nécessaire pour attirer l'attention du nouveau-né.

##### ✓ **L'odorat**

L'odorat est un sens hautement développé chez le nourrisson. Un bébé âgé de 6 jours est capable de reconnaître l'odeur maternelle par le biais de compresses ayant été en contact avec le sein de sa mère. Cette capacité olfactive semble faciliter la recherche et la prise du sein maternel (LEBOVICI S., 1983).

##### ✓ **Le goût**

Des études sur les sensations gustatives du nouveau-né ont permis de constater qu'il était attiré préférentiellement par les saveurs sucrées, et que deux suctions seulement lui permettaient de percevoir une différence de saveur (BERRY-BRAZELTON T. et al., 1991).

### ✓ **L'audition**

La capacité auditive est, elle aussi, très développée à la naissance. Il ressort d'études faites à ce sujet, que lorsqu'un nouveau-né est calme et attentif, il peut tourner les yeux en direction de la source sonore : lorsqu'il est somnolent la présentation d'un son entraînera l'ouverture des yeux ; et lorsqu'il pleure, on a pu observer qu'un son continu pouvait mettre fin aux pleurs (LEBOVICI S., 1983).

D'autre part, le nouveau-né semble avoir une préférence pour la voix humaine et en particulier celle de sa mère (LAMOUR M., 1998, CHUPIN-ROUSSEL M-P., 1992). BERRY-BRAZELTON T. et al. (1991), ajoutent que cette préférence facilite l'attachement de la mère pour son bébé. Ainsi il a été démontré que dès la seconde semaine de vie le bébé souriait plus fréquemment lorsqu'il était sollicité par une voix humaine, que par d'autres stimulations sonores (LEBOVICI S., 1983).

Il semble que la perception de la voix humaine puisse même interrompre la succion d'un bébé au cours d'une tétée. Comme le note BERRY-BRAZELTON T. et al. (1991) « *un schéma de reprise / pause dans la tétée est couramment associé avec une interaction humaine au moment du repas. Les nouveaux-nés s'arrêteraient pour réunir plus de renseignements sur la personne qui les nourrit* ».

### ✓ **Le toucher**

Le toucher est un des domaines de la communication mère-enfant les plus investis. Il semble que les caresses maternelles, lorsqu'elles sont lentes et amples aient une vertu apaisante, alors que si elles s'accélèrent, elles constituent un stimulus d'éveil.

D'après BERRY-BRAZELTON T. et al. (1991), l'impact de la caresse dépend également de sa localisation : ainsi une caresse péribuccale entraînera des réflexes de fouissage et de succion, alors qu'une caresse sur la paume de la main provoque un mouvement latéral de la

tête et l'ouverture de la bouche du même côté (réflexe de Babkin).

Les compétences sensorielles du nouveau-né sont importantes, et lui permettent d'être un partenaire actif dans la relation mère-enfant.

### c. Compétences relationnelles

Selon CHUPIN-ROUSSEL M-P. (1992), le nouveau-né est capable de participer à la relation. Il sait même la provoquer, provoquer chez l'autre des sentiments, des réactions émotionnelles fortes, avec quelques activités simples, le regard, les sons, les pleurs, le toucher, l'orientation, le blottissement et, très vite, le sourire, qui vont déclencher une dynamique d'attachement, c'est-à-dire qu'il est véritablement acteur dans la relation.

Mais pour voir apparaître ces compétences, il est impératif d'être disponible. Si le nouveau-né est dans les bras, dans l'enveloppe d'une personne qui s'attend à trouver en lui le partenaire d'une relation, alors il entre en dialogue avec elle, et l'on pourra découvrir à quel point il est présent et actif dans cette relation. Si, déçu peut être par sa torpeur, on croit qu'il n'est pas capable de communiquer, on vérifiera cette croyance car l'enfant n'entrera pas en action.

### 3. L'espace d'une rencontre

Selon LAMOUR M. (1998), les interactions : « *se définissent en général comme l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre un nourrisson et ses différents partenaires* ».

D'après STOLERU S. (1989), l'expression « *transition vers la parentalité* » ou « *parentification* » désigne l'ensemble des processus qui se déroulent lorsqu'un individu devient un père ou une mère. Ces processus se situent donc au cours de la période de la grossesse et des premiers mois de la vie de l'enfant premier-né. Ils sont sous l'influence de déterminants multiples et de nature très différente. Ils dépendent de facteurs sociaux et culturels, psychologiques et biologiques.

#### **a.** La dyade

Il existe selon STOLERU S. (1989) trois interactions différentes entre la mère et son enfant :

Les interactions comportementales : « manière dont le comportement de l'enfant et celui de la mère s'agencent l'un par rapport à l'autre ».

Les interactions affectives : « influences réciproques de la vie émotionnelle du bébé et celle de sa mère ».

Interactions fantasmatiques : « influences réciproques de la vie psychique de la mère et celle de son bébé ».

D'après BUSNEL M-C. et al. (1989), la familiarisation à certaines caractéristiques olfacto-gustatives et vocales de la mère peut faciliter l'installation du lien filial en assurant une continuité entre les perceptions fœtales et les perceptions néonatales, reconnues comme similaires.

*« Le bébé est doté d'un potentiel extraordinaire pour étayer la relation avec sa mère, et cela dès ses ébauches réflexologiques. On observe alors un investissement affectif de la mère par le bébé mais aussi de la mère pour son enfant. Cela éveille chez la mère la faculté d'être parent, un talent qui n'est pas donné d'emblée »* (KREISLER L., 1987). Ce phénomène est désigné par STERN D. (1989) sous le nom « *d'accordage affectif* ». Le principe est le suivant : « *Les mouvements du corps de la mère viennent correspondre à la voix de l'enfant et la voix de la mère vient correspondre aux mouvements de bras de l'enfant* ».

L'accouchement qui conduit à la séparation physique de la mère et de l'enfant entraîne des remaniements dans la relation entre ces deux êtres. « *La rencontre qui se fait entre la mère et le bébé au moment de la naissance est déterminante pour la qualité des liens qui vont s'établir entre eux, et donc pour le développement du futur bébé. Il faut savoir qu'au moment de l'accouchement, la femme est dans un état physique, hormonal et émotionnel qui la rend apte à nouer des liens d'une qualité unique avec le nouveau-né* » (CHUPIN-ROUSSEL M-P., 1992 et LEBOVICI S., 1983). Si on lui remet son enfant, si elle peut le toucher, être touchée par lui, le contempler, le découvrir pendant cette période sensible, elle peut s'ouvrir et laisser monter en elle des émotions qui la transforment, la rendant capable de s'attacher profondément à l'enfant. Il n'existe aucune règle, aucune conduite imposée, et chaque mère, à son rythme, découvre son bébé tout comme chaque nouveau-né avec ses compétences propres entre en relation avec sa mère.

Stern D. (1995) a émis l'hypothèse d'une « *constellation maternelle* » qui se mobilise de façon particulièrement intense autour de la naissance d'un enfant (ROEGIERS L., 2003).

Certaines mères, dès la naissance de leur petit, éprouvent le besoin d'un contact physique avec leur bébé. Ce premier contact peau à peau est alors un moment privilégié pour la relation précoce. Mère et enfant se découvrent à travers la chaleur du contact corporel, mais aussi le regard et la parole (GOUTALAND A., 1995).

NADEL D. (1999) confirme cette idée, en rajoutant que le fait de téter le sein de la mère favorise la « *continuité* » du vécu affectif et sensoriel du milieu intra-utérin au milieu extra-utérin (objet transitionnel pour la psychanalyse).

Un nouveau-né n'est pas toujours prêt à communiquer avec son environnement. C'est uniquement lorsque ses besoins sont satisfaits, qu'il est au calme, attentif, éveillé, qu'il prend plaisir à l'échange. Si la mère est sensible à cet état d'éveil et y répond adéquatement alors le bébé va progressivement augmenter la durée de cet état qui est la plus propice à l'interaction avec ses différents partenaires.

Berry-Brazelton T. (1984) a démontré que le nouveau-né initie quatre fois sur cinq l'échange et qu'il l'initie la plupart du temps par des pleurs. Ainsi le bébé pleurant fréquemment amorce des interactions plus fréquentes avec sa mère qu'un enfant plus placide (LAMOUR M., 1998). De ce fait, les caractéristiques du bébé agissent sur le sentiment des compétences maternelles pour le « *museler* » ou l'épanouir (LAMOUR M., 1998).

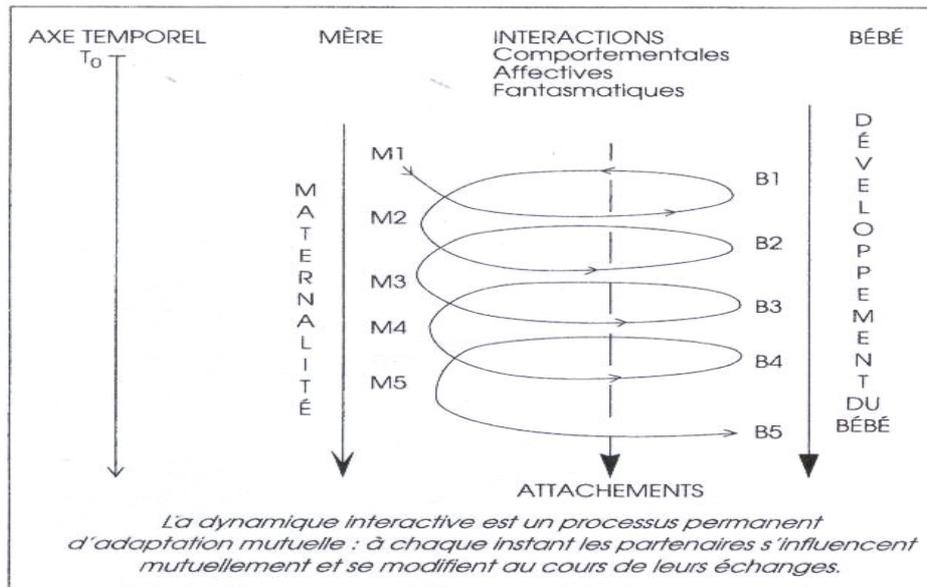
L'état de « *préoccupation maternelle primaire* » décrit par Winnicott D-W. (1989), dure encore quelques semaines après la naissance de l'enfant. Cet auteur considère que : « *seule une mère sensibilisée de la sorte peut se mettre à la place de son enfant et répondre à ses besoins* ». Winnicott D-W. (1989) définit donc deux besoins nécessaires au développement de l'enfant (LEBOVICI S., 1983):

- Le holding-handling : Ces deux expressions signifient la « *maintenance maternelle* » et correspondent à la manière de porter, de contenir l'enfant afin de lui procurer une sécurité dans la relation, une protection.

« holding » = « bon portage » et « handling » = « bon toucher, manipulations ».

- Le presenting object : cette expression signifie « *accompagner l'enfant pour que sa découverte du monde soit moins traumatisante* ».

D'après Escalona S. (1968), « parler de la dynamique interactive ne peut se faire sans introduire la dimension de la temporalité. L'interaction mère-nourrisson apparaît comme un processus dynamique d'adaptation mutuelle qui se déroule dans le temps. La meilleure figuration de l'influence réciproque des partenaires au cours du temps est la spirale transactionnelle » (LAMOUR M., 1998) (se référer à la figure 1 ci-dessous).



(LAMOUR M., 1998)

Figure 1 : La spirale transactionnelle

### **b. Conséquences de ces premières relations**

- ✓ **Pour la mère** : elle est une « bonne mère », c'est-à-dire une mère « naturellement » bonne, si elle est émue par son bébé, s'il déclenche chez elle des comportements tendres et protecteurs, et ces émotions, bases de l'attachement, sont favorisées par un contact charnel précoce (CHUPIN-ROUSSEL M-P., 1992).
- ✓ **Pour le bébé** : ces premières relations sont encore plus fondamentales pour le nouveau-né car il est démuné à la naissance et doit voir se reconstituer très vite, avec sa mère, une unité semblable à celle qu'il vient de perdre, où ses besoins vitaux, biologiques et affectifs pourront être satisfaits. Quand ils le sont, quand la mère leur apporte, sans trop de retard, une réponse satisfaisante, son développement peut avoir lieu de manière harmonieuse (CHUPIN-ROUSSEL M-P., 1992).

La dynamique de l'interaction précoce peut se décrire, en complexifiant, du point de vue de la triade, c'est-à-dire les échanges père-mère-bébé.

### **C. La triade**

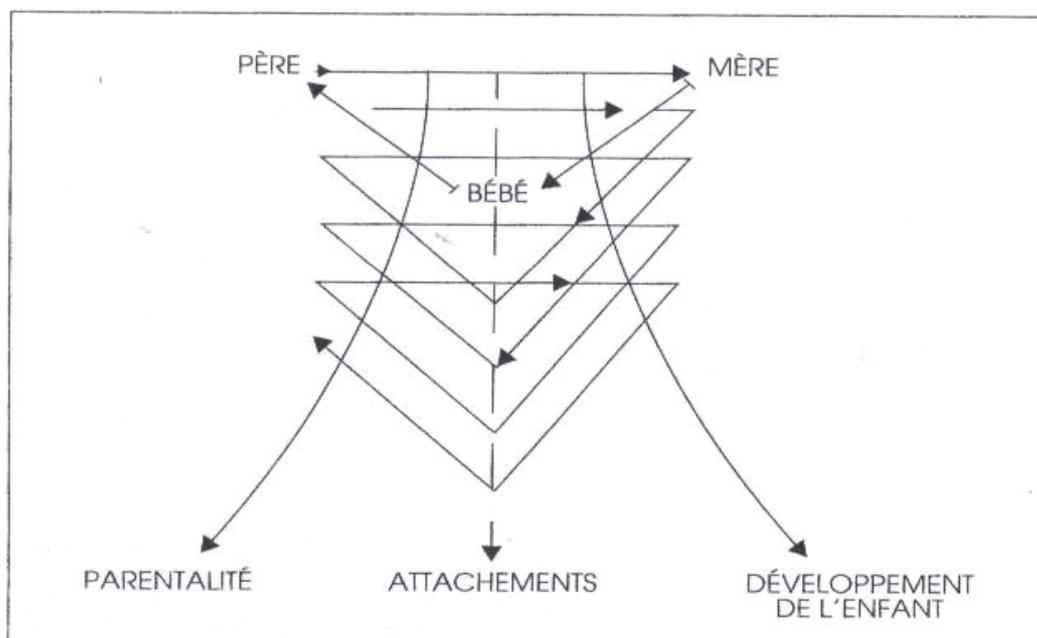
La difficile mission maternelle sera d'accepter le détachement physique par l'accouchement et psychique, plus tard, grâce au père.

D'après Pedersen F-A. (1982), « *on attribue classiquement au père une fonction de soutien émotionnel de la mère : le père renforce la compétence de la mère et son sentiment de bien-être. Il contribue à une adaptation réussie à la grossesse* » (LAMOUR M., 1998).

Cette triade apparaît, aux yeux de LAMOUR M. (1998), comme l'unité primaire à l'intérieur de laquelle se construisent les différents duos (père-mère, père-bébé, mère-bébé).

Selon Fivaz E. (1989), il s'agit d'un « *système d'encadrement* ». Mère, père et bébé sont dans des ajustements réciproques. Néanmoins ils ne contribuent pas de façon symétrique à l'échange. La mère et le père en raison de leur maturité d'adulte, ont des comportements plus ajustés et plus prédictibles que ceux de leur enfant : ils encadrent leur bébé et plus précisément le développement de ses compétences. (LAMOUR M., 1998).

C'est dans la matrice interactive, au sein de la triade, que se font le développement de la parentalité, le développement de l'enfant et l'instauration des liens (se référer à la figure 2).



(LAMOUR M., 1998)

**Figure 2 : Les trois axes du développement**

La sage-femme, en tant que témoin de la grossesse et de la naissance, assiste à l'apparition et au renforcement des liens précoces qui se tissent entre les parents et leur enfant.

#### 4. Le rôle de la sage-femme

Les compétences médicales et paramédicales qui confèrent à la sage-femme son rôle de technicienne ne doivent cependant pas masquer l'aspect humain de son travail. Les relations entre une mère et son enfant doivent pouvoir bénéficier de l'investissement des sages-femmes. Cette implication requiert, bien sûr, la connaissance et la maîtrise des approches théoriques de ce thème, mais elle suppose avant tout la prise de conscience de l'importance d'une telle relation, ainsi que la place que la sage-femme se voit attribuer dans les rapports entre une jeune mère et son nourrisson.

Il nous semble que cet aspect du rôle d'accompagnement de la sage-femme est tout aussi important que l'aspect médical de son travail, et qu'il lui confère en outre une spécificité et une responsabilité propre. N'est-ce pas toute future mère qui attend un investissement complet de la part de la sage-femme ?

Les besoins du nouveau-né ne s'adressent pas au personnel soignant, ils s'adressent tous à sa mère. Mais c'est le personnel soignant qui, par son travail auprès de la mère, avant, pendant et

après la naissance, va favoriser, ou non, l'établissement des premières relations entre la mère et le nouveau-né, et la naissance de l'attachement.

A chaque fois que c'est possible, la mission du personnel soignant est de créer les conditions favorables à cette première rencontre ; celles qui sont nécessaires à la femme pour s'émouvoir, s'émerveiller devant le bébé qui lui est présenté ; celles qui apaisent le bébé et le rendent apte à entrer en dialogue, charnel et visuel, avec sa mère.

De plus, l'aspect du nouveau-né peut avoir un impact tel dans l'esprit des parents, qu'il est important qu'un professionnel les rassure.

Certaines mères éprouvent une sorte de difficulté à entrer en relation avec le bébé. La fatigue du travail, mais peut-être également le bouleversement psychologique que représente la naissance d'un enfant, font que certaines mères ont besoin d'un moment de repos. Avant de pouvoir réellement entrer en relation avec le bébé, un temps de repli sur soi peut être nécessaire. Il est important pour une sage-femme de savoir être à l'écoute des mères, et de ne pas imposer un contact rapide entre une mère et son bébé, si celle-ci ne se sent pas prête.

A l'issue des premiers soins du nouveau-né, la sage-femme doit présenter l'enfant à sa mère. Celle qui vient d'aider à la naissance d'un enfant, qui vient de lui donner ses premiers soins, doit également jouer un rôle de médiateur entre la mère et l'enfant. En présentant l'enfant à sa mère, elle aide cette dernière à prendre conscience de sa maternité, de son enfant et initialise par là, le processus relationnel entre ces deux êtres.

L'attitude de la sage-femme dans le post-partum immédiat est importante. Chaque fois que c'est possible, il faut faire de ces premières heures après la naissance le temps de la rencontre, le temps des premiers liens.

Souvent la jeune mère, outre le bonheur qu'elle ressent à l'égard de son nouveau-né, se sent également désemparée par la naissance de l'enfant et la perte de leur relation fusionnelle. La sage-femme ne doit pas priver la jeune mère de sa présence car cela peut l'aider à surmonter son désarroi. D'autre part, dans un moment aussi bouleversant, la mère a besoin de se sentir entourée, comprise et conseillée. Et il est important qu'elle sente que la sage-femme qui l'a accompagnée tout au long du travail est encore disponible, et qu'elle peut l'entourer également pendant ces premiers instants.

En post-partum, le fait qu'une même personne s'occupe du bébé et de la maman permettrait à cette dernière de se confier plus librement. D'autre part, la prise en charge globale, par une seule personne, des problèmes rencontrés en suites de couches permet une meilleure compréhension des problèmes, et une meilleure résolution.

La sage-femme doit aider la femme à connaître son enfant, ses compétences et ses limites. Elle doit aider les jeunes mères à prendre conscience qu'un bébé est un être unique et que, dès son plus jeune âge, il a un caractère propre. Il existe des enfants calmes et des enfants plus agités. Ainsi chaque relation mère-enfant est différente c'est pourquoi les couples mère/enfant et plus largement les couples parents/enfant doivent être confirmés et soutenus dans leur capacité à nouer des liens d'une grande qualité.

Après avoir étudié le cheminement psychique aboutissant à la relation mère-enfant, dans une situation « eutocique », nous pouvons alors envisager ce mécanisme sous un angle plus complexe, lorsque la grossesse est niée mais qu'elle aboutit néanmoins à une « relation » mère/enfant.

### Chapitre III : La psychopathologie du déni de grossesse

#### A. Les mécanismes mis en jeu

##### 1. Du côté de la mère

###### a. La complicité du corps

Certaines femmes n'ont pas de signes physiques de grossesse (fatigue, somnolence, vomissement). Elles n'ont pas d'aménorrhée, ou de façon très transitoire et elles ne grossissent souvent pas. Souvent, elles ont porté le même vêtement jusqu'au bout de la grossesse [LAHAYE E. (2004), PIERRONNE C. et al. (2002), DAYAN J. et al. (1999), MASSARI B. (2002), MISSONNIER S. et al. (2004) et COLASSON I. (1995)].

D'après Laporte J-L. (1993), il est nécessaire de préciser que le déni d'enfant est à inclure dans le déni de grossesse : le fait d'être enceinte est nié, mais l'existence du fœtus aussi. Le non désir de l'enfant est si fort, qu'il n'est pas pensable pour la femme de le porter (COLASSON I., 1995). Ce déni se manifeste par la négation de l'interaction entre la femme

et le fœtus : les informations visuelles, tactiles, kinesthésiques ne sont pas rapportées comme étant les signes d'une grossesse.

Le bébé paraît ainsi bien silencieux et n'occupe pas de place dans les discussions, ce qui ne lui permet pas de se situer en tant que « personne ». En effet, parfois les femmes ne perçoivent pas les mouvements du fœtus

C'est comme s'il y avait une connivence psychosomatique. Le corps n'est pas ou à peine modifié par la grossesse. C'est comme s'il se montrait complice. Il joue le jeu du déni. Cette connivence peut même aboutir à un accouchement quasiment indolore, en tout cas, souvent ultrarapide, ce qui explique le nombre important d'accouchements à domicile. Ce phénomène est favorisé par le fait que souvent, l'entourage de la femme ne se s'est pas rendu compte de la grossesse.

#### **b. Le déni est « contagieux »**

Selon PIERRONNE C. et al. (2002) et MARINOPOULOS S. (2002), parfois le milieu professionnel, le milieu familial et même le père renforcent ce mécanisme du déni car ils ne perçoivent pas l'existence de la grossesse, ni les modifications morphologiques.

BONNET C. (1990) ainsi que MASSARI B. (2002), estime également que les familles sont souvent inconsciemment complices du déni de grossesse de leur fille.

D'après MASSARI B. (2002), les pères participent eux aussi au déni et doivent de leur côté, effectuer un réaménagement en urgence. Certains reconnaissent l'enfant et l'investissent rapidement, d'autres doutent et demandent une recherche de paternité, d'autres encore refusent l'enfant.

#### **c. Le père dans l'annonce de la grossesse**

Les patientes craignent fréquemment les réactions de leur conjoint à l'annonce de la grossesse et elles préfèrent ne pas en parler. De plus, s'il a lui aussi nié la grossesse de sa compagne,

celle-ci le vit difficilement. Une part d'elle a été niée, son identité de femme et sa capacité à devenir mère n'ont pas été reconnues (LAHAYE E., 2004).

Parfois elles souhaitent dévoiler la grossesse car elles considèrent le conjoint comme le futur père de l'enfant.

Et dans d'autres cas, les femmes ont espacé le lien avec leur compagnon, inconsciemment. Elles ne l'ont pas revu depuis plusieurs mois et n'osent pas lui annoncer la grossesse. Le père a pu aussi partir à l'annonce de la grossesse.

La négation de la grossesse par le père peut être un facteur favorisant pour la femme dans le maintien du déni de sa grossesse.

#### d. Facteurs favorisants

Pour BONNET C. (1990) et MASSARI B. (2002), le déni de grossesse a souvent pour origine des histoires de maltraitance physique, sexuelle ou émotionnelle, des carences affectives, des comportements de négligence des parents, qu'ils soient récents ou anciens. Selon Bonnet C. (1992), « *bien souvent, ces drames [...] ont bloqué leur capacité à anticiper leur vie de femme et de future mère* ». Les jeunes femmes ayant subi des événements douloureux dans le passé, ont tendance à inhiber leur rêve de maternité (MISSONNIER S. et al., 2004). Elles pensent ne pas pouvoir être mères et il est donc impensable pour elles qu'un acte sexuel puisse donner naissance à un enfant. En effet, elles méconnaissent leur possibilité de procréation et n'utilisent pas ou incorrectement un moyen contraceptif. (COLASSON I., 1995).

Ainsi, d'après BONNET C. (1990), le contexte familial a un rôle très important dans l'instauration de ce phénomène de déni de grossesse. Une méconnaissance des besoins corporels est fréquemment retrouvée dans l'enfance et s'accompagne de conduites éducatives paradoxales dans le domaine sexuel. Les parents maintiennent leur fille dans l'ignorance tout en s'exhibant de leur propre relation. Ce type de dysfonctionnement regroupe également les familles incestueuses et maltraitantes.

Cet auteur précise que les effets d'un traumatisme sexuel non guéri viennent se superposer aux représentations imaginaires du bébé à naître, entravant ainsi l'établissement du lien maternel : on parle « *d'enfant impensable* ».

Souvent, ces patientes gardent le silence sur le géniteur et le dysfonctionnement dans le réseau familial.

MASSARI B. (2002) rajoute que « *l'absence de résolution du complexe d'Œdipe peut pousser certaines jeunes femmes à avoir le fantasme inconscient que leur grossesse est la preuve d'un inceste* ». Selon BAYLE B. (2003), « *la nidification psychique* » du fœtus peut ne pas se réaliser, chez la mère, soit parce qu'elle n'est pas prête à accueillir un être en raison de sa propre histoire, soit parce que l'être conçu, par sa nature psychique, n'est pas facile à accueillir (à l'extrême, l'exemple du viol).

Pour GRANGAUD N. (2001), une classification des différents cas de déni rencontrés dans la littérature est établie.

Dans certains cas, ce sont les relations sexuelles révélées par la grossesse qui sont impensables et qui vont conduire au déni. C'est le cas des jeunes filles élevées dans des familles très rigides ou encore cela concerne les femmes abusées sexuellement.

Dans d'autres cas ce serait la question de la filiation qui serait en jeu (femme stérile, ménopausée, alcoolique, toxicomane, femme ayant adopté ou perdu un enfant).

PIERRONNE C. et al. (2002) nous apporte des données supplémentaires. En effet, ne pas se sentir enceinte revient à en évacuer les affects, les pensées liées à la grossesse, s'en protéger, sans doute parce qu'ils sont dangereux. Le principal symptôme du déni de grossesse est la méconnaissance de cette grossesse en cours. L'étude de ces auteurs, portant sur 56 cas cliniques de dénis de grossesses, a essayé de trouver des points communs à ces grossesses niées. Ainsi, dans une situation sur deux, ces auteurs estiment que l'absence ou l'indisponibilité de la mère de l'accouchée, ou de son substitut, a rendu difficile l'intériorisation d'un modèle maternel.

Après l'étude des mécanismes mis en places du côté de la mère lorsqu'il y a un déni de grossesse nous pouvons envisager à présent dans quelle mesure le fœtus participe à ce déni.

## 2. Du côté du fœtus

Selon MASSARI B. (2002), « *le bébé paraît silencieux, comme un petit passager clandestin* ».

RIGHETTI P-L. (2002) étaye cette idée en émettant l'hypothèse que le fœtus « *peut subir les conséquences d'une très forte décharge hormonale et d'un sentiment de frustration* ».

*psychique. Le stress maternel peut conduire à des altérations fonctionnelles fœtales, il peut se répercuter par des complications obstétricales. Il peut induire des effets négatifs sur le comportement moteur, composante principale du développement physiologique et psychologique du fœtus* ». Le fœtus cherche à fuir le mal-être qu'il ressent par sa mère, « *il commence à mettre en acte des mécanismes de défense. Cette capacité à se défendre le conduit au fur et à mesure à nuancer le sentiment de malaise et à surmonter les situations de souffrance* ». Ceci peut expliquer que dans le cas d'un déni de grossesse, le fœtus cherchant à fuir le mal-être de sa mère, paraît bien silencieux en stoppant notamment plus ou moins son activité motrice.

Parfois ces mécanismes de défense n'occasionnent aucun dommage pour le fœtus mais dans d'autre cas, notamment dans celui d'une dépression maternelle, les conséquences peuvent provoquer chez le nouveau-né des « *formes importantes d'apathie capables d'entraver le sujet pendant toute sa vie* ».

Après avoir analysé les mécanismes mis en jeu, du côté de la mère et de l'enfant, dans l'instauration du déni de grossesse, il nous semble important d'envisager la façon dont se réalise la levée de ces mécanismes.

#### **A. La levée du déni de grossesse**

Pour prendre véritablement conscience de sa grossesse, la femme attend souvent la découverte de son état par une confirmation extérieure ou par une mise en mot effectuée par autrui. De plus, la prise de conscience de ces grossesses se fait très rarement au premier trimestre. Beaucoup de femmes font « *comme si* » elles n'étaient pas enceintes. Elles ne prendront alors aucune précaution par rapport à leur grossesse (COLASSON I., 1995).

D'ailleurs, après l'annonce de sa grossesse, la femme prend souvent quelques kilogrammes dans la semaine qui suit et revient à la consultation, habillée avec une robe de grossesse, le ventre en avant, en percevant les mouvements du fœtus (LAHAYE E., 2004). C'est alors à ce moment que l'investissement de la grossesse et de l'enfant débute.

Le diagnostic de cette grossesse peut donc être réalisé de différentes façons :

- par la femme elle-même qui se rend compte qu'elle commence à prendre du ventre ou ressent les mouvements actifs du fœtus.
- fortuitement, au cours d'une consultation médicale pour un autre motif.
- d'autres peuvent refuser ce diagnostic de grossesse et le découvrir à la naissance : il est alors impossible d'anticiper.

A la disparition du déni, à la découverte de la grossesse, la confrontation femme-fœtus se fait toujours de façon brutale. Le choc est parfois important : *« dans le cas de déni total, l'accouchement produit un choc émotionnel intense, même s'il n'est pas toujours verbalisé. Dans le cas de déni partiel, le choc peut survenir lors de la révélation de la grossesse. Il existe parfois une véritable sidération au moment de cette annonce »* (LAHAYE E., 2004 ainsi que MASSARI B., 2002).

Selon Brezinka C. et al. (1994), *« les réactions à la révélation de la grossesse sont souvent assez marquées : développement d'un délire chez les femmes psychotiques, réactions de sidération, de choc, sentiments d'insécurité, d'angoisse et sentiments dépressifs chez une grande majorité de femme »* (MASSARI B., 2002).

Suite à ces prises de conscience, de nombreuses demandes d'IVG ou IMG sont alors effectuées et cela exprime alors, de façon indirecte, le désir d'infanticide.

Certaines grossesses ne seront dévoilées qu'à la suite d'un infanticide.

Cependant, il arrive parfois que la relation mère-enfant semble être bonne. Malgré cette image de dénouement idyllique, il ne faut pas oublier que la situation reste à hauts risques puisqu'il existe un potentiel de violence.

En général, un déni partiel amène souvent à une naissance sans encombres s'il a été levé à temps. Alors qu'un déni total reste un risque majeur pour la mère et l'enfant (MASSARI B., 2002).

En revanche, *« lorsque l'enfant décède, le choc de la révélation de la grossesse se double du choc de la mort du bébé. Ces femmes doivent, dans une temporalité extrêmement courte, réaliser qu'elles sont devenues mères et qu'elles ont à en faire le deuil, ceci après avoir eu parfois des désirs de meurtre conscients à l'encontre du bébé »* (MASSARI B., 2002).

Ainsi, lorsque la mère est envahie de sentiments de culpabilité, la vitalité et l'intégrité du bébé semblent avoir un effet réparateur considérable. La bonne santé de l'enfant semble permettre

aussi un réaménagement psychique maternel, rapide, censé se dérouler habituellement sur plusieurs mois.

Ainsi, le moment où le déni se « lève » représente souvent un instant de grande vulnérabilité materno-fœtale / materno-néonatale. Les conséquences du déni de grossesse ne sont donc pas à négliger et doivent être prises en compte du côté maternel, fœtal et néonatal. Il est extrêmement important que le personnel soignant prenne connaissance de la dangerosité de ces conséquences afin de mieux les prévenir dans le but de protéger la mère et son enfant.

## **B. Les conséquences du déni de grossesse**

### **1. Au niveau maternel**

D'après GRANGAUD N. (2001), les grossesses déniées sont des grossesses non suivies avec tous les risques que cela comprend. BONNET C. (1990) ainsi que COLASSON I. (1995) se joignent à cette idée en rajoutant que pour certaines femmes, « *une fois l'annonce de la grossesse, certaines continuent à la dissimuler plus ou moins consciemment ou continuent à la nier totalement* ».

Ces femmes rentrent souvent tardivement en contact avec les systèmes hospitaliers, et cela peut poser un problème lorsqu'elles n'arrivent que pour l'accouchement ou même après la naissance de l'enfant. En effet, lors d'un déni total, les douleurs d'accouchement étant interprétées comme étant d'origine abdominale ou rénale et le travail étant si rapide, elles accouchent parfois à domicile.

Les grossesses sont donc souvent non déclarées et non suivies, et il n'est pas facile pour les professionnels de santé de les accueillir. De plus, cette absence de suivi obstétrical entraîne une naissance inattendue et foudroyante ce qui favorise l'émergence d'une panique maternelle importante, propice à l'apparition d'idées suicidaires (COLASSON I., 1995).

#### **a. Idées suicidaires**

Selon LAHAYE E. (2004), certaines femmes n'expriment pas de fantasmes violents mais des idées impérieuses de suicide. La violence envers le fœtus est si réprimée et culpabilisée qu'elles la retournent contre elles-mêmes. Même si la plupart des femmes ne vont pas

jusqu'au suicide, le déni de grossesse représente un facteur favorisant dans le développement des troubles dépressifs.

b. Les troubles dépressifs du post-partum

DELASSUS J-M. (1995) estime que « *la souffrance maternelle est le plus souvent muette, en tout cas elle est loin d'être évidente; les femmes la dissimulent par honte de n'être pas comme tout le monde, par crainte qu'on ne les juge, par peur qu'on n'intervienne dans la relation avec leur enfant et qu'on ne l'enlève, et encore par désespoir de n'être pas à la hauteur de leur idéal de mère* ».

D'après LAHAYE E. (2004), « *le sentiment de culpabilité en rapport avec l'absence de prise de conscience de l'enfant pendant la grossesse peut être présent et renforcer le sentiment de mauvaise mère* ».

Cette situation est propice au baby blues, qui est « *un trouble transitoire et aigu de l'humeur. Il s'agit d'un symptôme bénin du post-partum, touchant la moitié des accouchées, débutant habituellement au troisième jour du post-partum et guérissant spontanément en une dizaine de jours* » (BYDLOWSKI M., 2002). Le « blues » traduit l'adaptation de la mère à son nouvel état.

En revanche, la dépression du post-partum est un trouble plus grave. Le sentiment d'inadaptation aux besoins du bébé et la phobie d'impulsions peuvent être des manifestations de cette dépression. « *Ces dépressions sont souvent camouflées sous une fatigue d'apparence banale, et caractérisées par un manque d'élan vis-à-vis de l'enfant, un dégoût de soi-même que la mère bien souvent n'ose dire tant elle se sent perdue et coupable* » (MOLENAT F., 1992).

D'après HUBIN-GAYTE M. et al. (2002), « *les mères déprimées réagissent moins rapidement aux besoins émis par leur bébé et ont une attitude plus négative, voire hostile envers leur enfant* ».

Il a été montré que l'absence de planification de la grossesse et la moindre préparation à la maternité sont des facteurs de risque de la dépression du post-partum.

A partir de cette définition, nous pouvons penser que les femmes qui ont fait un déni de grossesse sont plus sujettes à faire une dépression du post-partum. Il ne faut donc surtout pas attribuer cet état dépressif au déni de grossesse, en pensant qu'il faudrait à la femme plus de temps que la « normale », pour s'habituer à la situation et plus particulièrement à son enfant. En effet, cette femme peut être en train de faire une véritable dépression du post-partum et le

risque est que cette dépression ne soit pas diagnostiquée comme telle et que par conséquent la prise en charge ne soit pas adéquate.

Ainsi, dans ce contexte de dépression maternelle nous pouvons nous interroger quant aux conséquences du déni au niveau fœtal et néonatal.

## 2. Au niveau fœtal et néonatal

D'après GRANGAUD N. (2001), il existe un lien entre le déni de grossesse et les risques de néonaticide et probablement de maltraitance. Parallèlement, le nourrisson est en état de grande vulnérabilité et si l'amour ou la sollicitude manquent, des conséquences destructives vont apparaître.

### a. Le néonaticide

*« Le déni, s'il est révélateur d'un dysfonctionnement, n'en reste pas moins un phénomène rare, troublant, à la fois porteur de vie mais aussi de mort dans des cas extrêmes »* (MARINOPOULOS S., 2002).

Ainsi 1/10 000 naissances évolue en infanticide. Ce taux englobe toutes les naissances, y compris les naissances issues de grossesses niées (MISSONNIER S. et al., 2004).

Selon la définition de Resnick M. (1970), *« le néonaticide est le meurtre d'un enfant âgé de moins de 24 heures. En revanche, le filicide est le meurtre d'un enfant âgé de plus de 24 heures de vie »* (MASSARI B., 2002).

LAHAYE E. (2004) cite Brozovsky D. (1971) : *« le geste meurtrier est commis pour annuler la naissance, faire disparaître la trace vivante de l'enfant »*.

Pour BONNET C. (1990) il s'agit de supprimer un vécu impensable, car terrifiant, plutôt que de tuer un enfant. Ainsi quand la révélation de la grossesse ou de l'enfant se fait, ceci laisse émerger des fantasmes d'infanticides. De plus, BONNET C. (1990) rajoute que la majorité de ces femmes, lors de l'accouchement, *« ont demandé à ne pas voir l'enfant, afin d'éviter toute interaction sensorielle car elles craignaient de perdre le contrôle de leurs impulsions meurtrières et de tuer l'enfant »*.

Quand il s'agit d'un déni total, les femmes se laissent surprendre par l'expulsion de leur enfant. En effet, les fantasmes sont parfois si violents que la montée de l'angoisse peut

déclencher « *une panique infanticide* ». Ainsi, elles tuent l'enfant de manière totalement inconsciente, sans être maîtresses d'elles-mêmes.

BONNET C. (1990) se joint à MASSARI B. (2002), pour en déduire que « *plus le déni a été grand, plus le risque d'infanticide est élevé aussi* ». LAHAYE E. (2004) cite Brezinka C. et al. (1990) afin de préciser que le néonaticide est une conséquence extrême et non constante du déni de grossesse.

D'après MARINOPOULOS S. (2002), seul le déni total est susceptible de porter atteinte à la vie de l'enfant, le déni partiel de grossesse viserait plutôt à protéger l'enfant.

BENHAIM M. (1991) démontre la nécessité pour ces mères d'être considérées comme responsables et coupables afin de garder leur statut de mère. « *Mère meurtrière, certes, mais une mère meurtrière n'est pas une non-mère, c'est une mère qui a tué son enfant* ».

Enfin, selon MASSARI B. (2002), « *le meurtre n'est pas prémédité* ». De plus, elle explique que, lors d'un déni total, au moment de l'accouchement et plus précisément au moment où le nouveau-né émerge du canal génital et se met à crier, le mécanisme du déni tombe. Survient alors un épisode psychotique bref, matérialisé par des voix qui poussent la femme à tuer son enfant. Cependant certaines femmes peuvent effectuer un « *infanticide passif* » en laissant mourir le bébé, une fois l'accouchement effectué (PELLARIN V., 1996).

La relation mère-enfant en cas de déni contient un potentiel de violence qui, s'il n'aboutit pas nécessairement au néonaticide, peut évoluer vers la maltraitance.

#### b. La maltraitance

Le sentiment de ne pas être mère, ajouté à l'absence de place dans la cellule familiale, sont des facteurs de risques de maltraitance.

Ces situations font craindre pour l'enfant des mauvais traitements, avec des passages à l'acte impulsif, des négligences, des placements à répétition.

Selon HUBIN-GAYTE M. et al. (2002), au tout début de la vie, les parents en difficulté négligent plus leur nourrisson qu'ils n'en abusent physiquement. En effet, il est rare d'observer des manifestations physiques de maltraitance chez un nouveau-né. Il existe donc une forme d'autant plus dangereuse qu'elle est insidieuse, à savoir la « *maltraitance psychologique* », connue aussi sous le nom de « *négligence affective* » ou de « *carence* ».

*affective* ». Cette maltraitance se manifeste souvent par « *une absence de comportements parentaux, par un manque d'investissement de l'enfant par la mère, par son insensibilité aux signaux de son bébé* ». Une mère non disponible, insensible, devient alors une mère « *violente* », même si aucune agressivité n'est observée dans ses comportements. La violence psychologique peut être observée chez des enfants qui reçoivent des soins physiques satisfaisants. Elle serait plus néfaste que toutes autres formes de négligence et constituerait un meilleur indice des troubles du développement socio-affectif de l'enfant que les abus physiques.

Cependant, dans la majorité des cas il n'existe pas d'affect agressif ni de geste destructeur vis-à-vis de l'enfant. Après une courte phase de sidération, les relations avec l'enfant semblent se mettre en route sans difficulté apparente (LAHAYE E., 2004).

Certaines femmes acceptent peu à peu et anticipent un projet de vie avec l'enfant. Pour d'autres, le lien avec ce bébé, dans la réalité quotidienne, reste impossible : le choix d'abandon peut alors se poser.

#### c. L'abandon

Pour BONNET C. (1990), l'abandon est, dans ce contexte, un « *geste d'amour* ». La mère protège son enfant de la maltraitance qu'elle pourrait lui faire subir. Cet acte est maternel.

Il est nécessaire d'accompagner ces femmes dans ce choix de l'abandon. Il ne faut pas exercer de pression sur ces femmes, ni les empêcher d'abandonner ou faire émerger des sentiments maternels. Des sentiments précoces pourraient déclencher un attachement sans faire disparaître les fantasmes violents. La mère pourrait alors ne plus vouloir abandonner son enfant ce qui serait source plus tard de maltraitance et de délaissement.

#### d. Complications fœtales et néonatales

DAYAN J. et al. (1999) ainsi que MASSARI B. (2002), auraient remarqué que « *lorsque la grossesse est découverte précocement, nombreuses sont les complications obstétricales telles que des Retards de Croissance Intra Utérin : RCIU, ou encore des Morts Fœtales In Utero : MFIU. Inversement, plus le déni se lève tard, plus l'état de santé du fœtus est bon* ».

CHUPIN-ROUSSEL M-P. (1992) remarque également des cas de retard de développement psychomoteur. Dans certains cas c'est la croissance elle-même qui s'arrête, on parle alors de nanisme affectif. Le plus souvent, le développement de l'intelligence est perturbé. De même, il y a des troubles du développement affectif et des comportements relationnels et sociaux, avec un risque accru de criminalité.

Dans cette série de signes, isolés ou conjoints, on trouve des situations de carences affectives graves, montrant que le développement de l'enfant, qu'il soit physique, affectif ou intellectuel, dans les premiers mois de la vie, est conditionné par la qualité des relations qui se nouent entre sa mère et lui. En effet, un état dépressif maternel et/ou d'anxiété peut entraîner des conséquences graves pour le nourrisson (LEBOVICI S., 1989).

Ainsi, selon Blanchon Y. et al. (1988), il existe des conséquences à court et long terme (PITANGE M-A., 1995).

✓ Dans l'immédiat, on peut observer différents signes de souffrance :

- Au niveau corporel : le bébé peut répondre par l'hypotonie ou par l'hypertonie, face à l'incohérence du « *holding* ».
- Au niveau visuel : l'enfant peut, soit éviter le regard de sa mère, soit chercher à décoder le comportement de celle-ci, par une hypervigilance du regard, afin de s'y adapter.
  - Au niveau verbal : le langage est souvent absent de l'interaction mère-enfant. La mère répond rarement aux vocalises de son bébé.
- Au niveau de la vigilance : lorsque l'enfant ne supporte plus la relation qu'il a avec sa mère, il a la capacité de chuter brutalement dans le sommeil pour se protéger de la souffrance.
- Au niveau de l'alimentation : le bébé peut présenter des difficultés aux tétées et même avoir des vomissements.

✓ Ultérieurement, ce sont les développements physique et psychique qui peuvent être perturbés :

- eczémas
- infections ORL à répétition
- arrêt de la croissance
- difficultés scolaires
- anorexies mentales
- autisme

L'inhibition maternelle et l'absence de plaisir vont provoquer une sous-stimulation pour le bébé, qui va devoir alors réagir face à un vide relationnel. Cette situation reste sujette au développement de troubles dépressifs chez l'enfant.

e. Les troubles dépressifs

« *Les dépressions maternelles sont reconnues comme étant à l'origine de nombreux troubles psychosomatiques chez l'enfant* » (MOLENAT F., 1992).

Selon CHUPIN-ROUSSEL M-P. (1992) les enfants ayant souffert de carences affectives peuvent être amenés à déprimer. Cet état de dépression peut s'accompagner de toute une série de troubles. Ainsi, Spitz R-A. (1930) constate que chez ces enfants, il peut y avoir un dérèglement des fonctions biologiques essentielles (sommeil, alimentation), une moins bonne résistance aux infections, entraînant des maladies fréquentes, et un taux de mortalité important.

Plus gravement les enfants peuvent être atteints de pathologies psychiatriques.

f. Pathologies psychiatriques

Selon ROEGIERS L. (2003) ainsi que LBOVICI S. (1983), « *des traumatismes précoces relevés chez le nouveau-né, seraient issus de paroles, voire de pensées, qui auraient passé inopinément le filtre placentaire* ». Ainsi, « *on observe des corrélations entre les troubles psychosomatiques précoces du bébé et des difficultés psychiques pouvant survenir chez la femme enceinte* » (SOUBIEUX M-J. et al., 2005).

« *Les risques de schizophrénie ultérieure chez l'enfant sont significativement élevés dans le cas de grossesse franchement non désirée* » (ODENT M., 2001).

De même, à l'origine de certaines maladies mentales de l'enfant, on retrouve une distorsion des relations précoces mère-enfant (CHUPIN-ROUSSEL M-P., 1992).

D'après NADEL D. (1999), tout traumatisme durant la grossesse peut altérer gravement et souvent de manière irréversible la capacité de l'adulte à maintenir son équilibre et donc, entraver sa marche vers la réalisation de son être sur les plans physique, psychique et spirituel.

Nous constatons ainsi que les répercussions du déni de grossesse sur la mère et son enfant sont nombreuses. Nous pouvons alors nous demander quels sont les effets de ce déni sur l'élaboration des interactions mère-fœtus/nourrisson.

### 3. Sur l'élaboration des interactions précoces mère-fœtus/nourrisson

La formation de l'attachement in utero n'est pas automatique. Il faut du temps, de l'amour et de la compréhension pour qu'il existe et fonctionne de façon satisfaisante.

Selon la théorie de l'attachement de BOWLBY J. (1989), « *des liens étroits existent entre les blessures affectives, subies durant l'enfance, et les blocages dans l'acquisition des compétences parentales* ». Ceci laisse présager l'apparition éventuelle de diverses psychopathologies chez le jeune enfant. Néanmoins, pour les parents soumis à de tels traumatismes affectifs durant leur enfance, il est possible de surmonter ce handicap et de devenir des parents compétents.

CHATEL M-M. (1993) cite Fonagy P. (1992) qui explique que ce n'est pas parce que la grossesse est un accident et/ou que l'enfant est imprévu, qu'il ne sera pas correctement accueilli et que le lien mère-enfant sera en danger. Nous pouvons alors penser que dans ce cas bien précis le désir de cet enfant vient après sa conception. Dans tous les cas l'auteur précise que la naissance d'un enfant, qu'il soit voulu ou non, bouscule toutes les habitudes de vie des parents.

Toutefois, PIERRONNE C. et al. (2002) précisent que les situations de déni de grossesse sont génératrices de violences destructrices tant pour l'enfant que pour la mère. Le personnel doit donc rester vigilant même si la relation entre la mère et son enfant semble bien se dérouler.

Selon VERNY T. (1982), « *ce sont les trois derniers mois de la grossesse qui sont les plus favorables pour la relation intra-utérine. En effet, c'est la période pendant laquelle l'enfant a atteint un degré de maturité physique et intellectuelle suffisant pour émettre et recevoir des messages déjà très complexes* ». Si les mouvements maternels sont confus, contradictoires, indifférents ou hostiles, le fœtus peut les ignorer ou être perturbé par eux.

« *Le fœtus ne peut communiquer seul : si la mère bloque la communication affective, le fœtus est désemparé* ». De ce fait, la menace la plus grave pour le fœtus n'est pas la réaction

physique et hormonale de la mère à un événement, mais plutôt sa réaction émotionnelle à long terme. Nous pouvons donc déduire des affirmations de cet auteur, qu'en cas de déni total, l'attachement in utero peut ne pas s'installer.

Selon CHUPIN-ROUSSEL M-P. (1992) « *quand la mère est dépressive, il faut mieux que celle-ci s'en explique avec l'enfant, car pour lui il vaut mieux des mots durs mais justes que des comportements tendres mais faux* ». A ce sujet, LEOVICI S. (1989), apporte l'explication suivante : « *Quand sa mère est déprimée, le nouveau-né réagit par des troubles fonctionnels qui révèlent souvent le malaise maternel. Lorsque l'enfant présente quelques irrégularités de développement ou une infirmité sensorielle ou motrice, il entraîne chez sa mère une réaction dépressive, d'où les cercles vicieux interactifs qui s'organisent* ». KREISLER L. (1989) rajoute que de nombreuses dépressions du nourrisson surviennent au contact « *d'une mère physiquement présente mais moralement absente* ». Dès lors se trouve engagé un cycle de « *transactions négatives* » entre deux partenaires dépressifs. LAMOUR M. (1998) précise que lorsque la relation est perturbée, les stratégies adaptatives, qu'elles soient le fait de la mère ou du bébé, ne font qu'aggraver le dysfonctionnement interactif. Ces partenaires s'enferment alors dans une spirale néfaste qui s'auto-entretient ; ils deviennent aveugles à l'inadéquation de leurs réponses.

A ce moment, le père pourrait avoir un rôle déterminant. En effet, comme nous l'avons décrit dans la « triade », le père permet à la mère de prendre du recul par rapport à la relation qu'elle entretient avec son enfant. C'est aussi au sein de la triade, que se font le développement de la parentalité, le développement de l'enfant et l'instauration des liens.

Dans un cas de déni, la relation avec le père peut parfois être ambiguë. C'est pourquoi, la fonction du père peut être limitée et peut entraver ainsi la relation que la mère aurait avec son enfant. En revanche, si le père était présent, il aurait un rôle de « garde-fou » et pourrait contenir la mère dans ses idées impulsives.

D'après le principe « *d'accordage affectif* » décrit par STERN D. (1989), il est assez simple de démontrer que les mauvais accordages mère-enfant (intentionnels ou non intentionnels) agissent sur le nourrisson : ils entraînent généralement une modification ou une interruption de son comportement sollicitant. Ceci peut donc facilement entraîner une rupture dans l'interaction. « *Le bébé utilise, à des fins défensives, une succession d'états de vigilance* (principe expliqué dans l'annexe 2): *hypervigilance initiale puis, quand le malaise s'accroît, dans un contact négatif prolongé avec sa mère : chute immédiate, brutale et très impressionnante dans le sommeil* » (LAMOUR M., 1989).

D'après MASSARI B. (2002), « *lors des séparations mère-enfant (transfert dans un autre hôpital, admission en néonatalogie), les risques de distorsions précoces des liens mère-enfant sont accentués par la difficulté pour ces mères, à se représenter le bébé qu'elles n'ont même pas imaginé* ».

HERBINET E. et al. (1981) précisent « *qu'à la première semaine de vie, la plus ou moins grande activité visuelle de l'enfant ne prend tout son sens qu'en fonction de la valorisation que la mère lui donne* ». Si la mère n'accepte pas son enfant, même si ce dernier cherche à rentrer en contact avec elle par le regard, elle va répondre inadéquatement à certaines stimulations du nouveau-né. A long terme, celui-ci ne sera plus actif dans la relation mère-enfant et cette dernière risque de s'éteindre.

LAMOUR M. (1998) explique que les facteurs de risques au niveau de l'interaction, qu'ils soient le fait des parents et/ou de l'enfant, ont un impact très différent suivant les familles : « *c'est la rencontre des partenaires qui leur donnera tout leur poids dans le système familial qu'ils vont créer* ».

Ceci prouve que dans le cas d'un déni de grossesse bien précis, qui représente un facteur de risque pour l'interaction mère-enfant, ce sont les partenaires, eux même, de ce déni de grossesse, qui vont conditionner la spirale transactionnelle (se référer à la figure 2: la spirale transactionnelle). Ce n'est pas le déni de grossesse à lui seul qui va déterminer la qualité des interactions entre les partenaires.

Spitz R-A. (1993) s'est intéressé aux pathologies des nouveaux-nés dues à une carence affective. Il a ainsi démontré que des enfants pour lesquels les actes de maternage se résumeraient uniquement à des actes de soins, sans échange relationnel quel qu'il soit, ne se développeraient pas normalement. Au contraire, leur évolution se ferait dans le sens d'un repli sur soi extrême et d'une absence de communication avec le monde extérieur. Cette constatation permet de prendre conscience de l'extrême importance du maternage en tant qu'acte de soins et de communication, dans la relation mère-enfant (GOUTALAND A., 1995). « *L'enfant a pour besoin premier, non pas hygiène et amour, mais de comprendre ce qui arrive lorsque ses géniteurs ne peuvent prendre soin de lui de façon globale* » (MOLENAT F., 1992).

Cette dernière idée nous fait prendre conscience, qu'en cas de déni, la mère risque de réaliser

de simples soins sans pour autant communiquer. En effet, si la femme a fait un déni de grossesse, qu'il soit partiel ou total, il y a eu à un moment donné, un déficit dans la communication mère-fœtus. La communication postnatale peut en être d'autant plus lésée.

Enfin, LEBOVICI S. (1984) estime que dans les cas où l'interaction semble avoir des difficultés de démarrage, « *l'enfant peut être le meilleur agent de la modification positive de l'interaction du fait qu'il sait conférer à sa mère son rôle maternel* ».

## Chapitre IV : Conclusion

Cette première partie nous apporte les fondements théoriques concernant le déni de grossesse. En effet, nous sommes parties des mécanismes psychiques physiologiques, aboutissant à la relation mère-enfant, afin de comprendre l'instauration et l'évolution du déni de grossesse.

Tout d'abord, l'analyse de la littérature nous a permis de confirmer notre idée de départ, à savoir que le déni de grossesse est un problème de santé publique. Ainsi, même si le déni de grossesse ne semble pas fréquent, il concerne néanmoins 2 à 3 ‰ des grossesses et peut survenir chez n'importe quelle femme indemne de pathologie.

Ensuite, cela nous a permis de prendre conscience des nombreuses conséquences physiques et psychiques, que ce phénomène peut avoir sur le couple mère-enfant.

Ne connaissant pas l'attitude des professionnels face à cette problématique, il nous a semblé important de questionner les sages-femmes afin d'effectuer un état des lieux de la prise en charge des patientes vivant un déni de grossesse. En effet, dans une deuxième partie, il nous paraissait essentiel d'analyser les connaissances et les pratiques des sages-femmes, face à un tel problème.

Ainsi nous nous sommes plus particulièrement intéressées à la problématique suivante, que nous formulons sous forme de « question de recherche » :

***« Quelle attitude la sage-femme adopte t-elle en post-partum, dans le processus d'interactions précoces mère-enfant, quand il y a eu déni de grossesse ? »***

De par l'analyse de cette question de recherche, et les connaissances théoriques acquises dans la première partie, nous essayerons, dans une dernière partie, d'en tirer une ligne de conduite pour notre future pratique.

# Deuxième partie

## Chapitre V: Méthodologie générale

### A. Question de recherche

Comme nous venons déjà de l'expliquer, nos motivations nous ont amenées à la question de recherche suivante :

**« Quelle attitude la sage-femme adopte t-elle en post-partum, dans le processus d'interactions précoces mère-enfant, quand il y a eu déni de grossesse? »**

### B. Informations à recueillir

Nous avons choisi de recueillir les connaissances des sages-femmes sur le sujet du déni de grossesse, mais également de les questionner sur leurs attitudes lors de la prise en charge du couple mère-enfant, en post-partum.

De plus, nous aimerions que la sage-femme interrogée puisse nous faire part de ses impressions, de ses ressentis et de ses observations.

Pour cela, il faudrait que notre outil de travail nous permette de recueillir toutes les informations citées ci-dessus.

### C. Choix et présentation de l'outil

Pour évaluer notre question de recherche, nous avons donc choisi d'utiliser un questionnaire par entretien. Cela consiste en l'entretien d'une sage-femme, en tête à tête, mais en utilisant un questionnaire pour guider son déroulement. En effet, étant deux étudiantes à réaliser ces entretiens, il nous a paru indispensable d'avoir le même fil conducteur, afin que toutes les sages-femmes interrogées répondent aux mêmes questions. Cela nous a permis d'effectuer une analyse, la plus objective possible, de leurs réponses. Une deuxième motivation pour utiliser un questionnaire par entretien, est que notre sujet est peu connu et nos questions bien spécifiques. Il nous a donc semblé que notre présence était nécessaire, pour répondre aux questions ou aux incompréhensions des sages-femmes par rapport à notre questionnaire.

Le questionnaire, utilisé pour l'entretien, comprend 33 questions (19 questions fermées, 3 questions ouvertes et 11 questions semi-fermées), et nous avons pu nous en servir, comme support, pour y noter les réponses des sages-femmes.

#### **D. Population et échantillon**

La population que nous avons choisi d'interroger correspondait à toutes les sages-femmes qui ont rencontré au moins un cas de déni de grossesse sur leur carrière.

Nous avons donc rencontré 55 sages-femmes hospitalières, qui ont composé notre échantillon. Ces dernières sont toutes francophones et ont toutes été choisies de manière aléatoire.

Il est aussi important de constater que même si notre sujet porte sur le post-partum, les sages-femmes interrogées travaillaient aussi bien en salle de naissance, qu'à la maternité ou service de grossesses à risques.

De plus, nous avons choisi de ne pas cibler notre étude sur un hôpital en particulier, afin de ne pas influencer et homogénéiser les réponses. C'est pourquoi, nous avons interrogé les sages-femmes issues de nos lieux de stages. Ces derniers nous étant attribués de façon aléatoire et se situant à la fois en Belgique mais aussi en France.

#### **E. Critique de l'outil**

##### **1. Avantages**

- Le fait de réaliser un questionnaire par entretien représente un coût moindre.
- Le fait de questionner par entretien est rapide, dans notre cas, car le nombre de questions fermées est supérieur au nombre de questions ouvertes.
- Du fait que les questionnaires étaient exécutés par entretien, nous avons eu un taux de retour maximum.
- Du fait de notre présence, nous avons pu avoir un contrôle sur les réponses des sages-femmes afin que leur discours soit adapté à la question.
- Du fait de notre présence, nous pouvions reformuler et ré-expliquer les questions, en cas d'incompréhension.
- Nous avons pu avoir un contact direct avec la personne, ce qui nous a permis de recueillir des réponses spontanées et sans réflexion au préalable.

## 2. Inconvénients

- Une des difficultés de réaliser des questionnaires par entretien est qu'il faut être capable d'analyser, à la fois, des questionnaires mais aussi des entretiens. De ce fait, ce travail nous a demandé une « gymnastique d'esprit » importante car il a fallu mettre en corrélation les résultats de l'encodage des questions avec les conclusions des entretiens.
- Le sujet du déni de grossesse est rare, par conséquent, si nous voulions obtenir des réponses claires à nos questions, nous devons cibler les souvenirs des sages-femmes, en leur demandant de nous parler du cas le plus frappant de déni de grossesse qu'elles avaient rencontré. L'avantage est que certaines sages-femmes se rappelaient bien de cette situation et n'avaient pas tellement de difficultés à répondre. En revanche, certaines sages-femmes devaient faire appel à leur souvenir, ce qui pouvait entraîner parfois des narrations confuses du cas qu'elles souhaitaient nous dévoiler.
- L'inconvénient de décrire le cas le plus frappant est que ce n'est pas représentatif du déni de grossesse en général. En effet, les cas les plus frappants font souvent appel aux cas les plus extrêmes ou au dernier cas rencontré. Ce n'est donc pas une représentation très objective du déni de grossesse dans sa globalité.
- Le fait de poser des questions par entretien signifie que nous sommes présentes lors de l'échange avec la sage-femme. Cette présence peut influencer leurs réponses de peur d'être jugées. En effet, souvent les sages-femmes répondent en tant que professionnelles, ce qu'il est « bon » de faire. Or, nous aurions aimé connaître leurs ressentis, leurs sentiments personnels, ce qui n'est pas toujours facile à exprimer face à un interlocuteur inconnu.
- En ce qui concerne le questionnaire, nous nous sommes rendues compte que certaines questions n'étaient pas adaptées ou mal posées, par rapport au sujet de départ et que certaines données nous manquaient :
  - ✓ Nous ne connaissons pas la moyenne d'âge des sages-femmes.
  - ✓ La question n° 2 n'est pas correctement formulée, car au lieu de mettre en évidence une moyenne de cas de dénis rencontrés par an par sage-femme, il aurait fallu plutôt une question qui permettait de mettre en relation le nombre de cas de dénis rencontrés sur leur carrière professionnelle, avec le nombre total de femmes rencontrées. Ceci nous aurait permis d'avoir les mêmes caractéristiques épidémiologiques que la littérature (c'est-à-dire un pourcentage de déni de grossesse pour mille grossesses).

## **F. Déroulement des entretiens**

Chaque entretien a été réalisé en tête-à-tête avec une sage-femme. Le questionnaire a servi de base à l'échange permettant de guider la conversation.

En ce qui concerne les réponses des sages-femmes, nous en avons pris note sur le questionnaire lui-même. En effet, nous avons coché les cases correspondant à leurs réponses, lors d'une question fermée, et nous avons retranscrit leurs « dires » lorsqu'il s'agissait d'une question ouverte ou d'une question semi-fermée.

Ces questionnaires ont ensuite été encodés afin de pouvoir être analysés.

## **G. Mode de dépouillement, d'analyse et d'interprétation des résultats**

Comme décrit ci-dessus, nous avons donc retranscrit les réponses des sages-femmes directement sur le support papier du questionnaire.

Nous avons ensuite procédé à un encodage des réponses et à une analyse statistique pour toutes les questions fermées. Les réponses sont illustrées par des graphiques.

Les questions ouvertes et semi-fermées ont été analysées comme pour une approche qualitative. C'est-à-dire que nous avons résumé les réponses obtenues pour chaque question afin de les synthétiser et d'aboutir à une conclusion. En effet, les sages-femmes avaient recours à ce type de questions pour compléter leurs réponses ou apporter de nouvelles notions. Nous avons donc ensuite, analysé nos résultats en les comparant avec la littérature, et nous avons alors pu tirer nos conclusions sur le sujet.

## **H. Délimitation de l'espace et du temps**

Les entretiens ont été réalisés à partir du mois de juillet 2005 et jusqu'au mois de février 2006, dans toutes les structures hospitalières belges (Clinique la Madeleine à Ath, Clinique Saint Etienne à Bruxelles, Clinique Saint Jean à Bruxelles, Cliniques Universitaires Saint Luc à Bruxelles, Centre Hospitalier Universitaire Saint Pierre à Bruxelles) et françaises (Centre Hospitalier d'Auxerre, Clinique Saint Vincent de Paul à Bourgoin-Jallieu, Centre Hospitalier de Fécamp, Centre Hospitalier Edouard Herriot à Lyon) où nous avons réalisé nos stages.

Voici les conditions dans lesquelles se sont déroulées les interviews :

- Nos questionnaires étant destinés aux sages-femmes, nos entrevues se sont déroulées sur leur lieu de travail. Or elles n'étaient pas toujours disponibles. En effet, la charge de travail est parfois importante et elles n'ont pas toujours envie de faire des heures supplémentaires pour une interview.
- La majorité des entrevues se sont donc déroulées dans le premier local disponible : bureau de l'accoucheuse-chef, salle d'examen gynécologique, petite salle au bloc d'accouchement, en salle d'accouchement, dans la cuisine ou au bureau...
- Du fait du manque de disponibilité des sages-femmes, certaines interviews ont été réalisées la nuit, et d'autres le week-end.

## **Chapitre VI : Analyse des résultats**

Chaque item va être analysé sous forme de statistiques et ces dernières vont être illustrées par un graphique. Deux sortes de graphiques vont être utilisées :

- Des secteurs en 3 dimensions. Ces derniers vont nous permettre de représenter les résultats des questions à réponse unique. La somme des réponses des 55 sages-femmes est donc égale à 100 % puisqu'elles sont obligées de ne cocher qu'une seule réponse.
- Des histogrammes plans. Ceux-ci seront employés pour imager les questions à réponses multiples. Les sages-femmes peuvent donc cocher plusieurs réponses. Chaque item peut donc être coché par les 55 sages-femmes soit 100 % de nos interlocuteurs. C'est-à-dire que chaque réponse possible est donc ramenée à 100 %. Comme il existe plusieurs réponses pour chaque question, la somme des pourcentages de chaque item apparaissant dans les histogrammes, dépasse les 100 %.

### **A. Description de l'échantillon final et ses caractéristiques**

Les 55 sages-femmes hospitalières que nous avons rencontrées ont toutes été confrontées à un ou plusieurs cas de déni de grossesse. En effet, ce dernier paramètre était nécessaire pour pouvoir répondre à nos questionnaires.

Cependant, ce sont les sages-femmes les plus disponibles et intéressées par le sujet qui ont répondu à nos questions.

De même, nous nous sommes rendues compte que les sages-femmes qui nous ont répondu ont majoritairement 10 ans ou plus d'expérience (61,6% des 55 sages-femmes interrogées) (se référer à la figure 3 ci-dessous). En effet, le nombre d'années d'expérience est en moyenne de 13 années et 6 mois et varie de 1 an à 40 ans. Le nombre d'années d'expérience est donc varié.

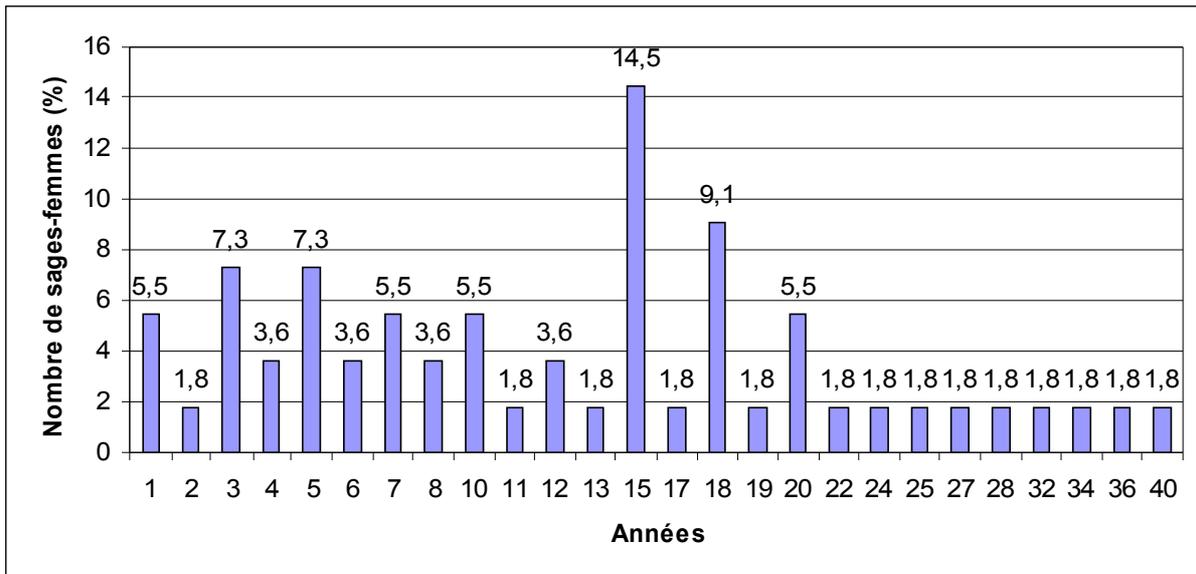


Figure 3 : Classement des sages-femmes en fonction de leurs années d'expérience professionnelle

Nous avons sollicité les connaissances des sages-femmes à deux niveaux. En effet, lors de nos entretiens, les sages-femmes ont dû nous relater le cas le plus frappant de déni de grossesse qu'elles ont rencontré, mais aussi nous décrire leur position par rapport au thème du déni de grossesse.

## **B. Analyse du cas de déni de grossesse le plus frappant, rencontré par chacune des 55 sages-femmes**

### 1. Caractéristiques des cas de déni de grossesse

« Terme de découverte de la grossesse »

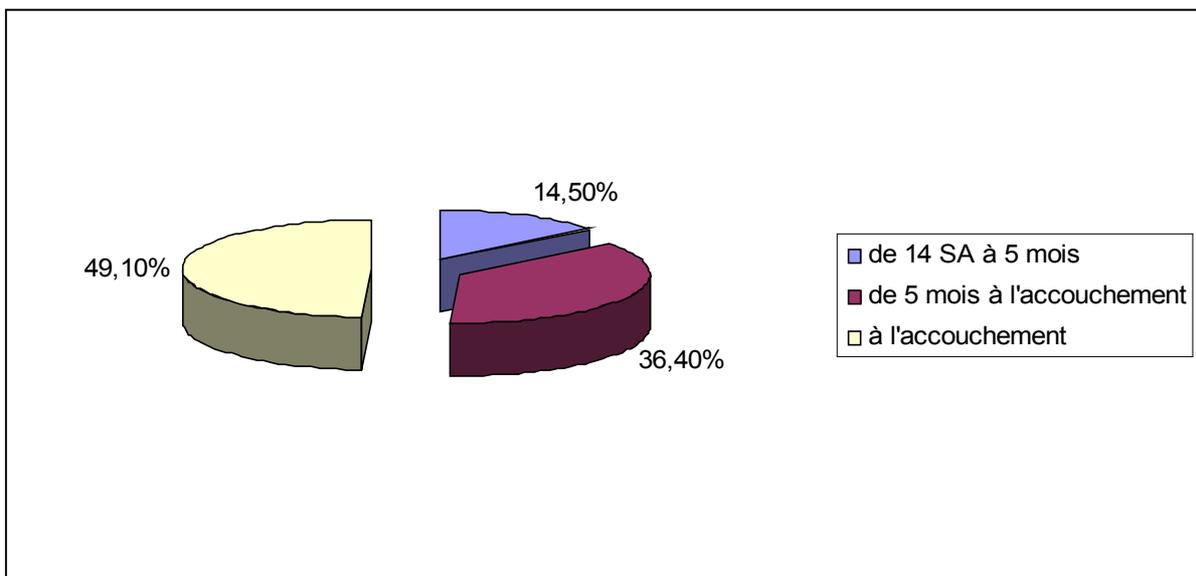
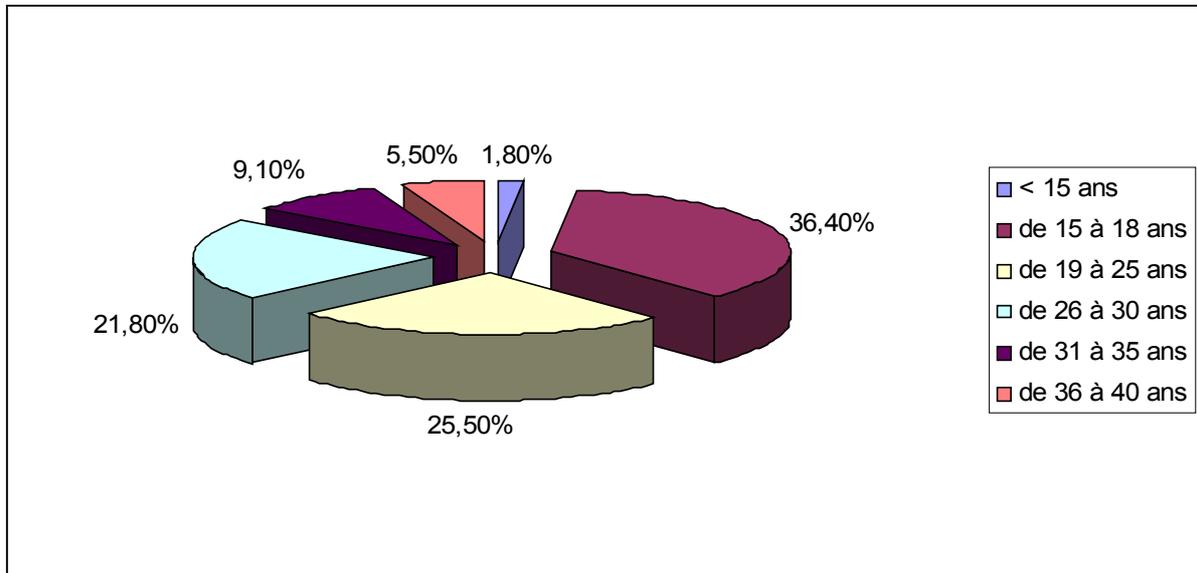


Figure 4 : Terme de découverte de la grossesse

Approximativement, pour la moitié des sages-femmes interrogées (49,10 %), le cas le plus frappant de déni de grossesse qu'elles ont rencontré a été découvert au moment de l'accouchement (se référer à la figure 4).

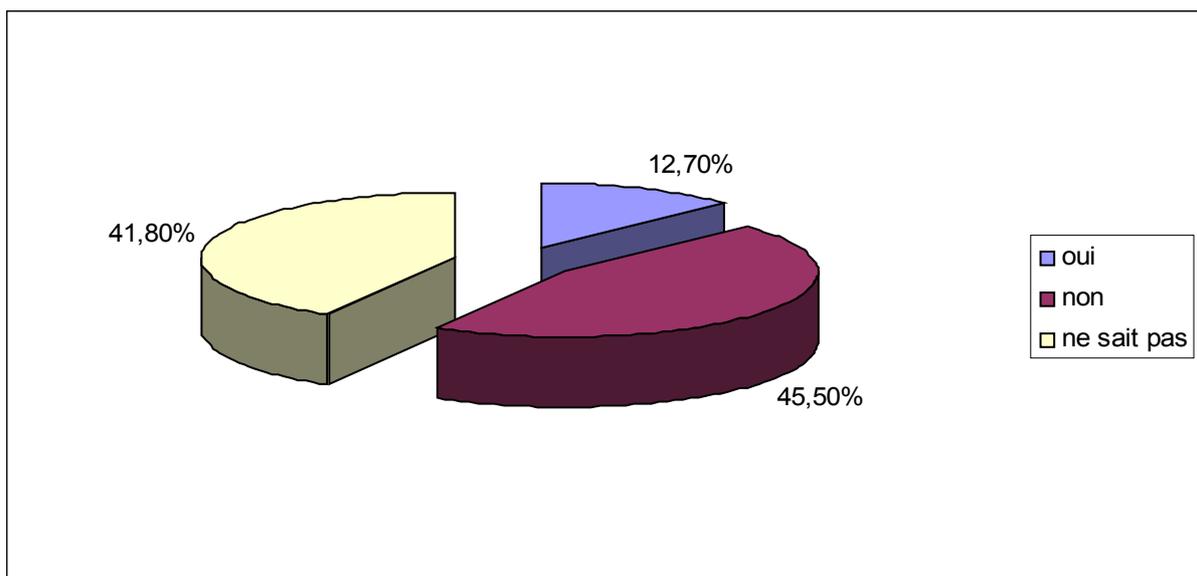
**« Age des patientes »**



**Figure 5 : Age des patientes**

Le jeune âge des patientes semble marquer les sages-femmes. En effet, pour 36,40 % des sages-femmes, le cas de déni de grossesse le plus frappant a été observé chez une patiente qui avait entre 15 et 18 ans (se référer à la figure 5).

**« Recours à une IVG avant la grossesse actuelle »**



**Figure 6 : IVG avant le déni de grossesse**

La majorité des sages-femmes se souvient que la patiente n'a pas eu recours à une IVG avant sa grossesse niée (45,5 %).

En revanche, les sages-femmes qui ne souviennent pas d'un éventuel antécédent d'IVG chez la patiente qui vit un déni de grossesse, restent nombreuses. En effet, elles représentent 41,80 % d'entre elles (se référer à la figure 6 ci-dessus).

### « Parité des patientes »

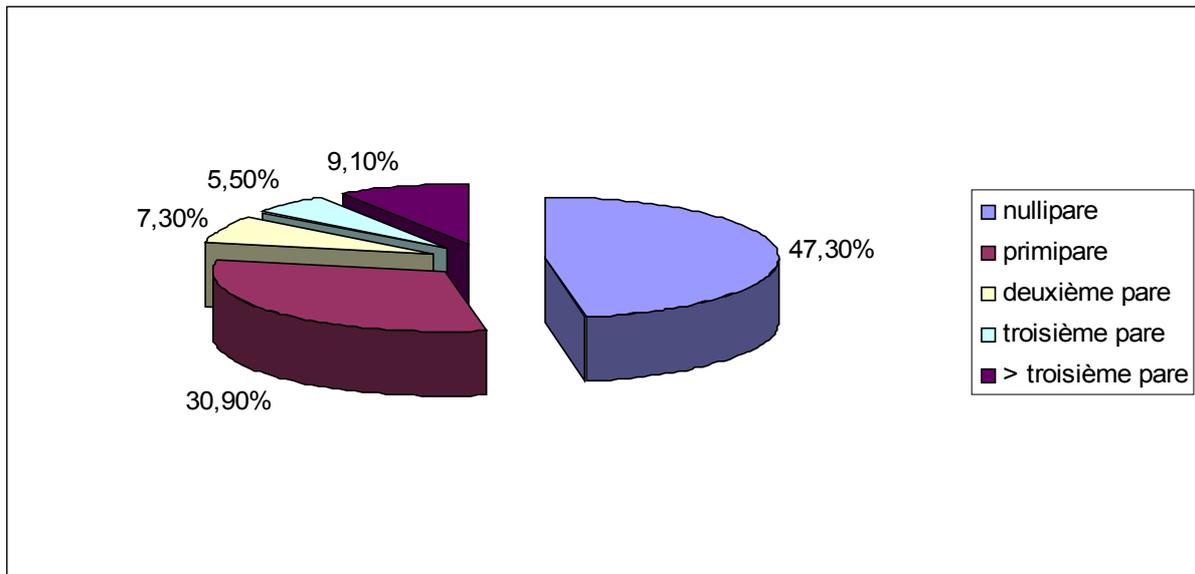


Figure 7 : Parité de la patiente

Selon approximativement la moitié des sages-femmes interrogées (47,3 %), les patientes qui vivent un déni de grossesse, sont généralement nullipares avant d'accoucher. Cependant il est important de noter que, selon 30,9 % des sages-femmes, les patientes sont primipares. De même, 21,9 % des sages-femmes ont rencontré des femmes qui avaient déjà plusieurs enfants (> deuxième pare) (se référer à la figure 7).

### « Mode d'allaitement »

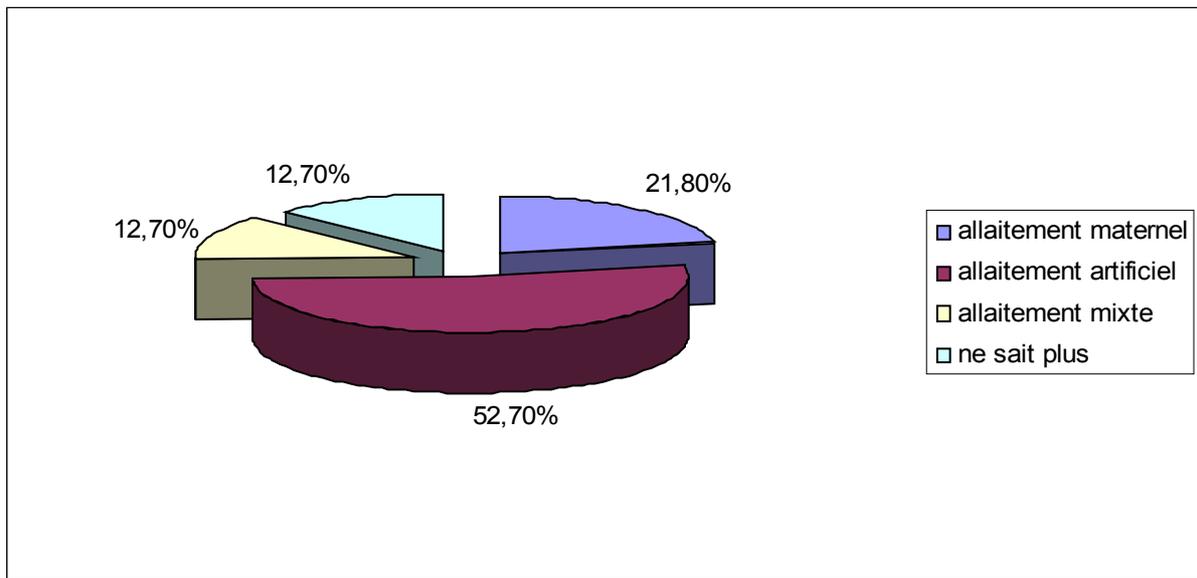


Figure 8 : Mode d'allaitement

L'allaitement artificiel semble être, d'après 52,7 % des sages-femmes, le mode alimentaire choisi par les patientes ayant vécu un déni de grossesse, pour leur bébé. De plus, une sage-femme sur cinq (21,8 %) se souvient que la patiente avait décidé d'allaiter son enfant (se référer à la figure 8).

### « Caractéristiques physiques particulières observées chez la mère »

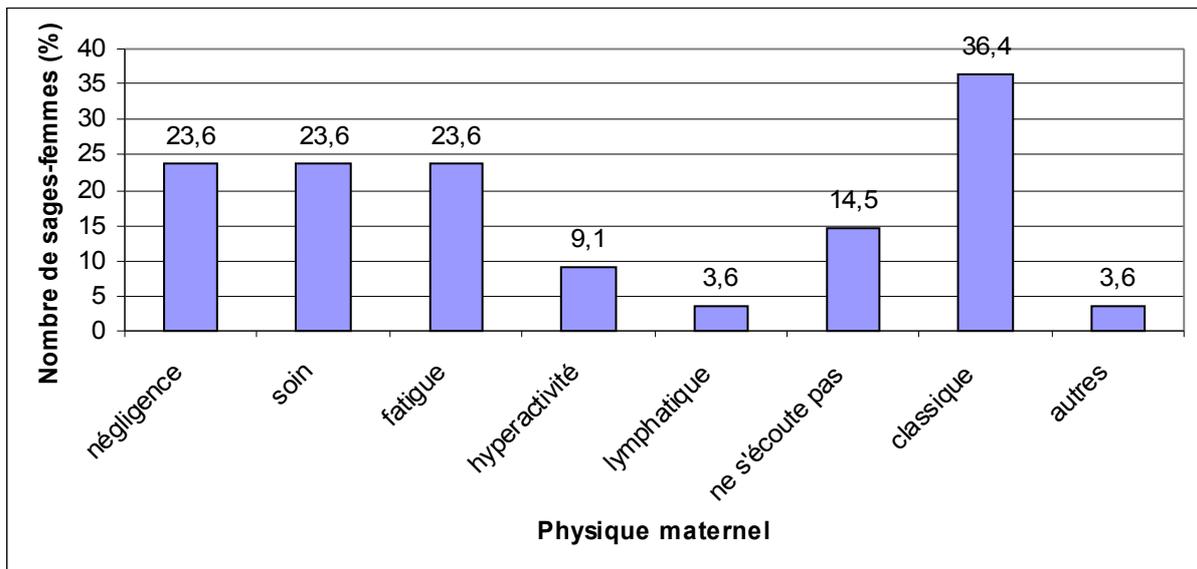


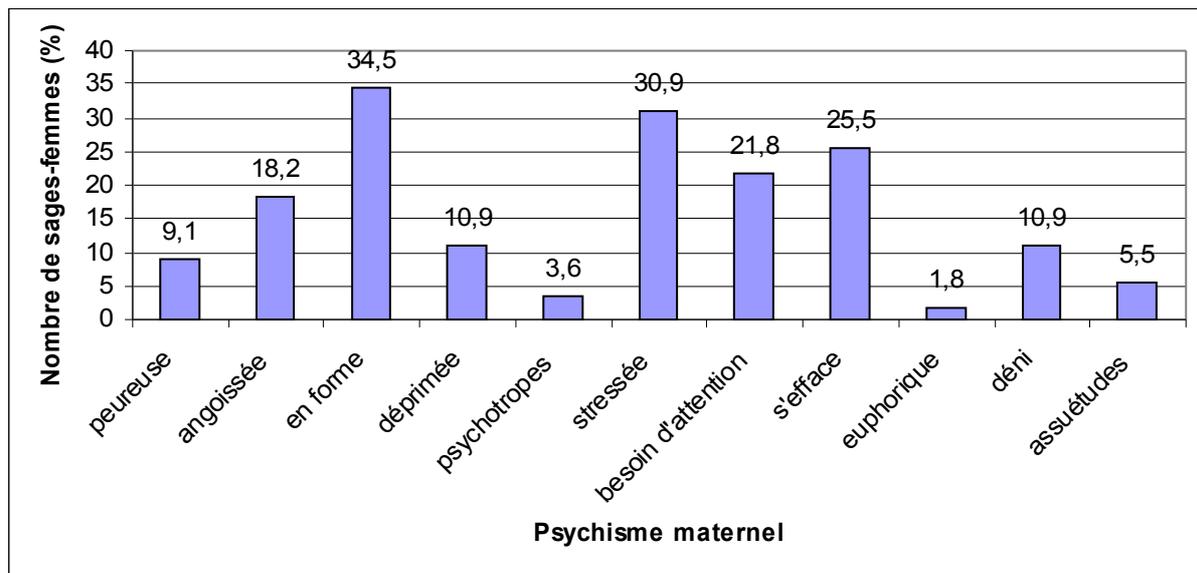
Figure 9 : Caractéristiques physiques maternelles

On peut remarquer sur l'histogramme de la figure 9, que 36,4% des sages-femmes interrogées ont trouvé que la patiente avait une apparence physique classique.

L'item « autres » a été sélectionné par 3,6 % des sages-femmes interrogées, soit deux d'entre elles :

- Une sage-femme affirme qu'elle « ne se rappelle plus » les caractéristiques physiques de la femme.
- L'autre sage-femme avait mentionné « apparence soignée », « apparence classique » et « fatigue » et a complété sa réponse en estimant que la femme était « introvertie ».

**« Caractéristiques psychiques particulières observées chez la mère »**

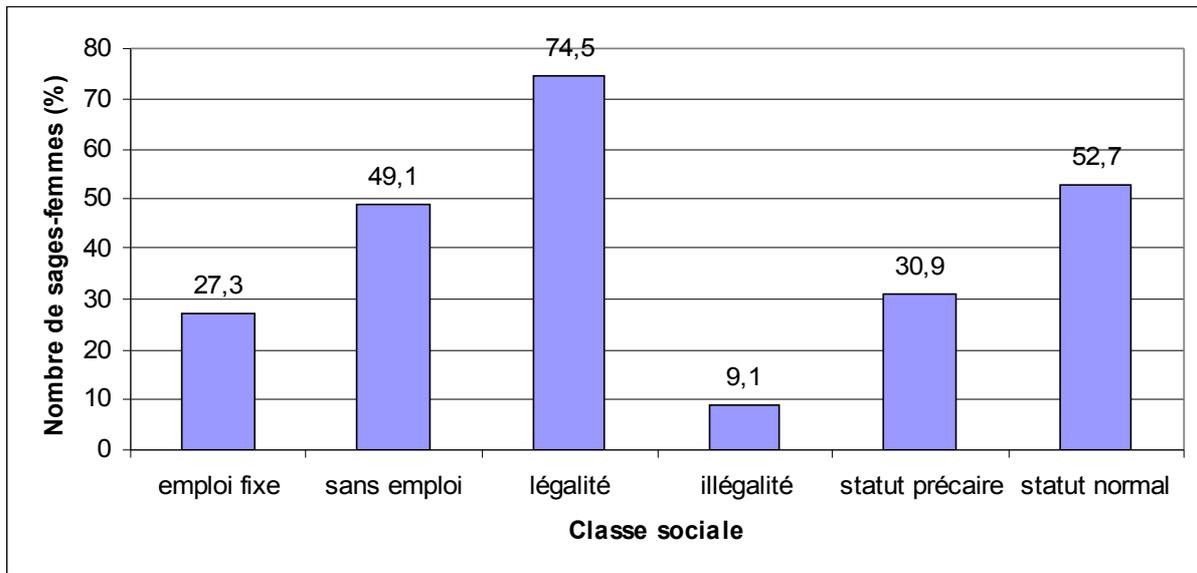


**Figure 10 : Caractéristiques psychiques maternelles**

On peut remarquer que 34,5 % des sages-femmes ont observé que la patiente paraissait en forme.

Mais 30,9 % des sages-femmes ont cependant estimé que les patientes étaient stressées, qu'elles s'effaçaient (25,5 %) et qu'elles avaient besoin d'attention (21,8 %) (se référer à la figure 10).

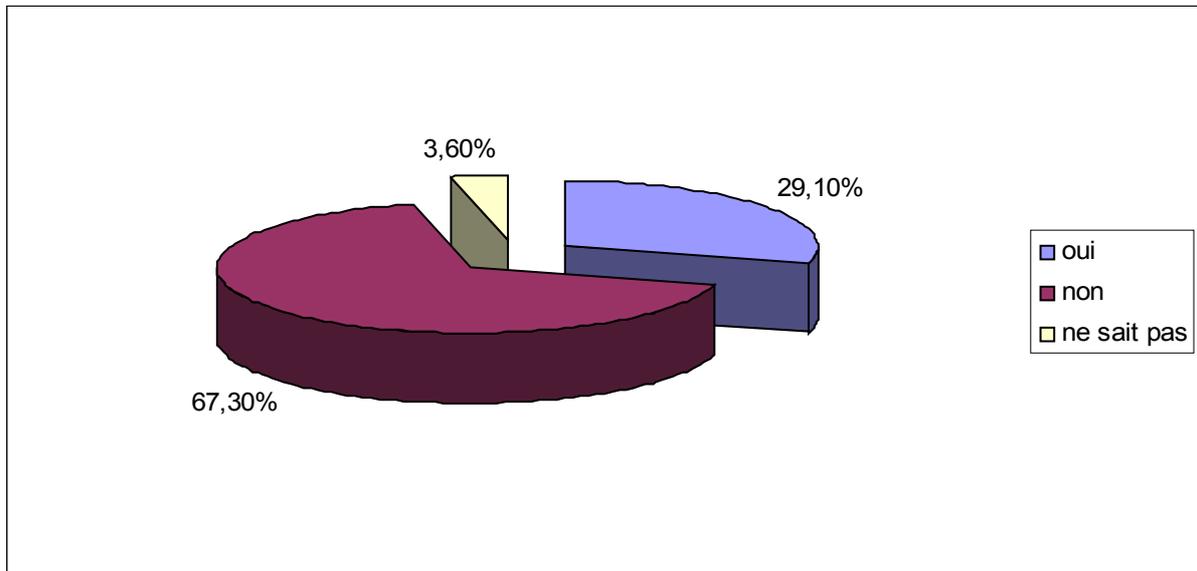
**« Classe sociale touchée »**



**Figure 11 : Caractéristiques de la classe sociale des patientes**

Les femmes vivant un déni de grossesse sont, d’après 74,5 % des sages-femmes, dans la légalité. Selon près d’une sage-femme sur deux (49,1 % des 55 sages-femmes), les patientes rencontrées sont sans emploi. De plus, 52,7 % des sages-femmes ont remarqué que les patientes ont un statut normal (se référer à la figure 11).

**« Présence du géniteur à la maternité »**



**Figure 12 : Présence du géniteur à la maternité**

Dans le cas le plus frappant de déni de grossesse, relaté par chacune des sages-femmes, le géniteur n’était pas présent à la maternité (67,3 %) (se référer à la figure 12).

### « Statut du géniteur »

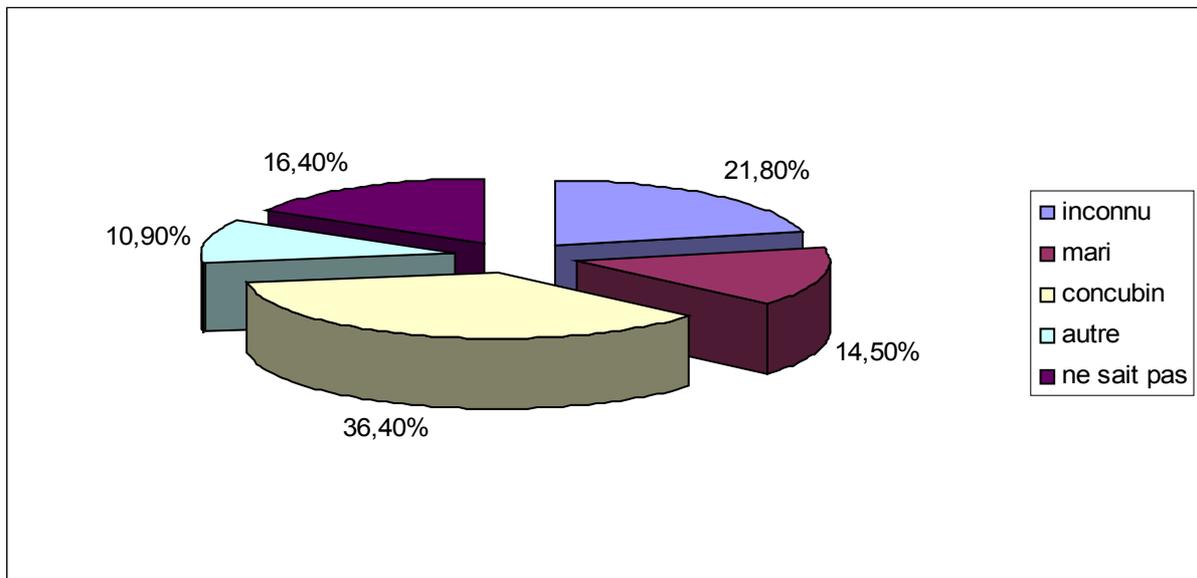


Figure 13 : Statut du géniteur

Les sages-femmes interrogées stipulent que le géniteur était le concubin (36,4 %). Une sage-femme sur cinq se souvient que le géniteur était un inconnu (21,8 %) et 14,50 % des sages-femmes expliquent que le géniteur était le mari (se référer à la figure 13).

L'item « autres » a été sélectionné par 10,9 % des sages-femmes interrogées, soit six d'entre elles :

- Le père biologique était un « violeur » (3x). En particulier, concernant un des cas de déni décrit, la grossesse était issue d'un viol collectif.
- Le géniteur était un « ami » (2x).
- Le père de l'enfant était un « amant occasionnel » (1x).

Cette analyse laisse apparaître clairement que le viol peut être une cause de déni de grossesse.

Il nous a semblé nécessaire de croiser « la présence du géniteur à la maternité » avec « son statut » et nous avons pu remarquer que la  $p$  value est significative car elle est égale à 0,006.

En effet, lorsque le géniteur est présent à la maternité, on peut remarquer qu'il s'agit du mari ou du concubin.

Lorsque le géniteur n'est pas présent à la maternité, il est souvent majoritairement inconnu pour la femme ou est le concubin.

Nous pouvons donc conclure, que lorsque le géniteur est reconnu par la société et a un lien officiel avec la femme (concubin ou mari), il participe à l'accueil du nouveau-né.

En revanche, plus le géniteur n'a pas de relation stable avec la mère, moins il est présent à la naissance de l'enfant.

## 2. Observations et ressentis de la sage-femme

« *Ressenti de la sage-femme au moment de la prise en charge d'une patiente* »

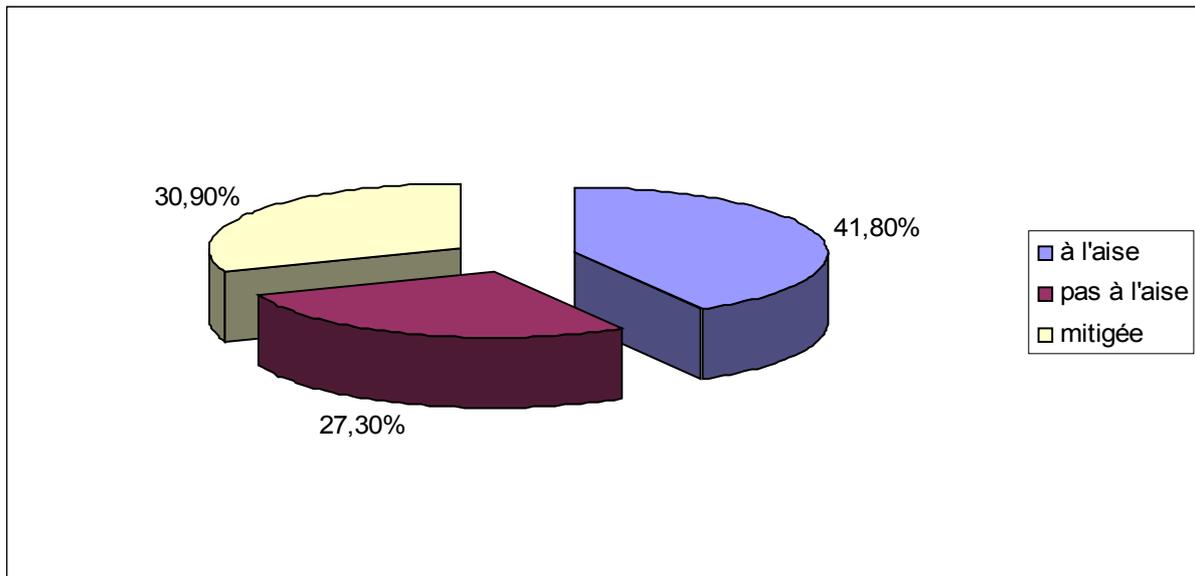


Figure 14 : Ressenti de la sage-femme au moment de la prise en charge de la patiente

La majorité des sages-femmes semble se sentir à l'aise pour la prise en charge de la patiente vivant un déni de grossesse (41,8 %). En revanche, 27,3 % d'entre elles affirment qu'elles ne se sont pas senties à l'aise (se référer à la figure 14).

Cependant ces réponses statistiques ne sont pas représentatives car les 30,9 % des sages-femmes qui se sentent « *mitigées* » pourraient faire basculer les résultats de la question, soit du côté « *à l'aise* », soit du côté « *pas à l'aise* ».

« Premiers ressentis de la sage-femme lors de la prise en charge du couple mère-enfant »

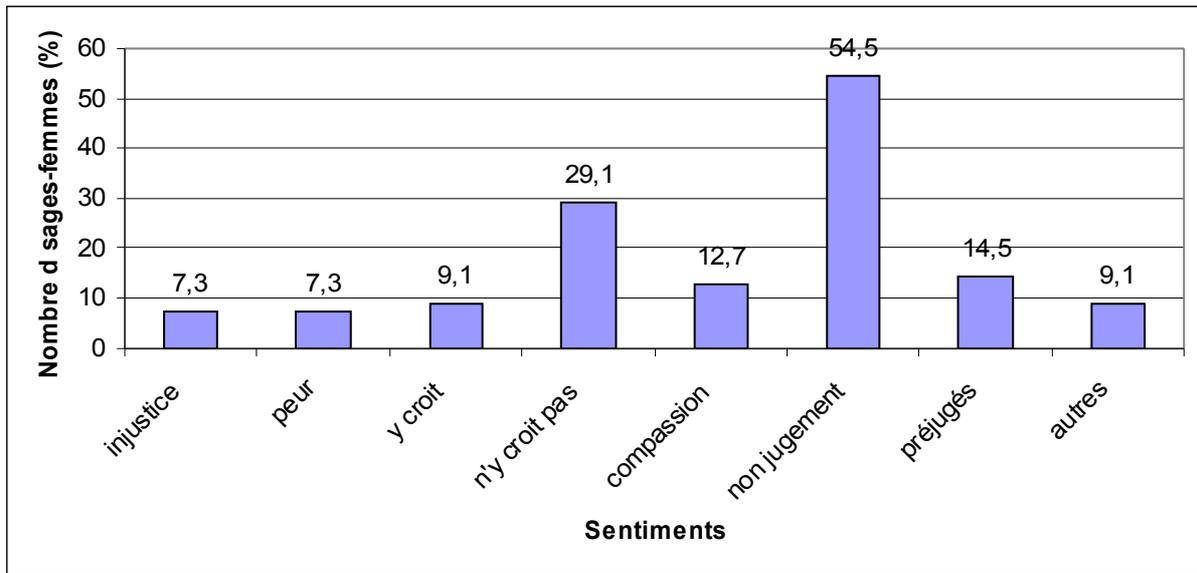


Figure 15 : Premiers ressentis de la sage-femme au moment de la prise en charge du couple mère-enfant en post-partum

Cet histogramme (se référer à la figure 15) met en évidence le ressenti des sages-femmes lors de la prise en charge d'une patiente qui vit un déni de grossesse : 54,5 % des 55 sages-femmes proclament faire preuve de non jugement au départ.

Mais il est important de remarquer que 29,1 % des 55 sages-femmes ne croient pas les femmes qui vivent ces situations de déni de grossesse. Cela représente quand même le deuxième sentiment le plus exprimé par les sages-femmes. En revanche, seulement 9,1 % d'entre elles croient à ce phénomène. Ces deux derniers résultats nous suggèrent donc que 61,8 % des sages-femmes ne se sont pas prononcées quant à l'existence ou non du phénomène.

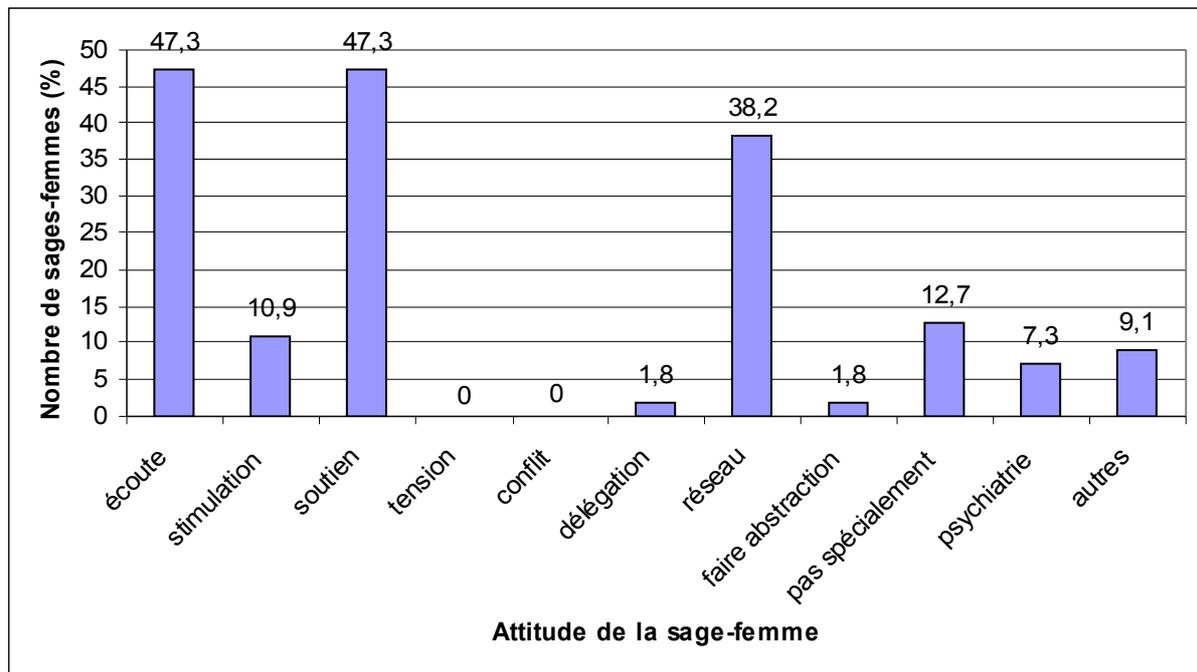
Il ne faut pas négliger non plus les 9,1% des sages-femmes interrogées (soit 5 sages-femmes) qui ont répondu à l'item « autres ».

- Ainsi, quatre de ces sages-femmes ont utilisé l'item « autres » afin de compléter leurs réponses.
  - De ce fait, l'une d'entre elles avait coché « non jugement » et nous dit qu'elle « essaye de comprendre, mais sans insister car elle respecte la femme ». En revanche cette sage-femme avait coché également les items « y croit » et « préjugés ». Cette contradiction d'opinion reflète peut-être une difficulté de se positionner par rapport au déni de grossesse.

- Une autre sage-femme avait sélectionné l'item « *peur* » et exprime aussi qu'elle a ressenti de l'« *inquiétude* », ce qui reflète des sentiments cohérents.
- Une troisième sage-femme sélectionne l'item « *y croit* », pour les primipares, et « *n'y croit pas* », pour les multipares. Cependant, elle précise qu'elle reste toujours « *surprise par ce phénomène* ».
- La dernière sage-femme affirme qu'elle « *n'y croit pas* » en précisant qu'il s'agit forcément d'un « *mensonge* ».
- Enfin, la seule sage-femme qui a coché uniquement l'item « *autres* », nous indique qu'elle a ressenti de la « *colère* ».

Cette dernière analyse laisse apparaître un sentiment plutôt négatif concernant le premier ressenti des sages-femmes. Ceci s'oppose aux résultats de l'histogramme qui met en avant une attitude de « *non jugement* » de la part des sages-femmes. Nous pouvons penser que si cette question avait été totalement ouverte, nous aurions eu certainement plus de ressentis négatifs par rapport aux premiers ressentis des sages-femmes. L'inconvénient de cette question est que les sages-femmes ont peut-être eu peur de se sentir jugées sur leurs ressentis personnels et donc obligées de tenir un discours « socialement ou professionnellement » correct.

**« Attitude particulière, de la sage-femme, prise au début de la prise en charge du couple mère-enfant, en post-partum »**



**Figure 16 : Attitude de la sage-femme au début de la prise en charge en post-partum**

La figure 16 nous permet de mettre en évidence l’attitude que les sages-femmes adoptent au début de la prise en charge du couple mère-enfant, en post-partum ; 47,3 % des 55 sages-femmes pensent être à « l’écoute » et « soutenir » la femme.

Il faut remarquer quand même que 12,7 % des sages-femmes n’adaptent pas spécialement leurs attitudes de départ.

Les items « tension » et « conflit » n’ont pas été repris par les sages-femmes, bien que proposés.

De plus, cinq sages-femmes (soit 9,1 % d’entre elles) ont répondu à l’item « autres » (se référer à la figure 16).

- Ainsi, pour quatre sages-femmes, leur première attitude est de se « questionner par rapport à ce processus ». Toutes ces sages-femmes ont également coché l’item « écoute ». Ainsi, les soignantes, en écoutant les femmes, se questionnent sur le mécanisme du déni de grossesse.
- Une autre sage-femme parle plutôt d’une « démarche éducative auprès des jeunes femmes » grâce à la mise en place d’un « réseau pluridisciplinaire », item qu’elle a également coché.

« Observation de modifications dans les interactions précoces mère-enfant »

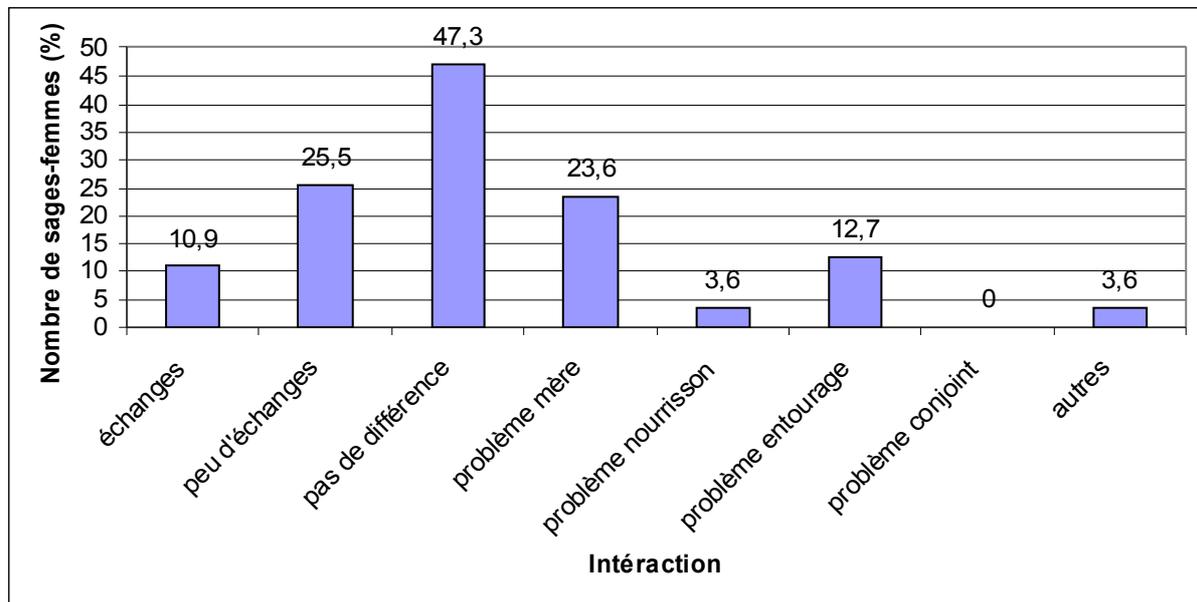


Figure 17 : Types d'interactions précoces mère-enfant en post-partum

Cette figure 17 est très interpellante : en effet, 47,3 % des sages-femmes interrogées ne voient pas de différence dans l'installation des interactions précoces mère-enfant.

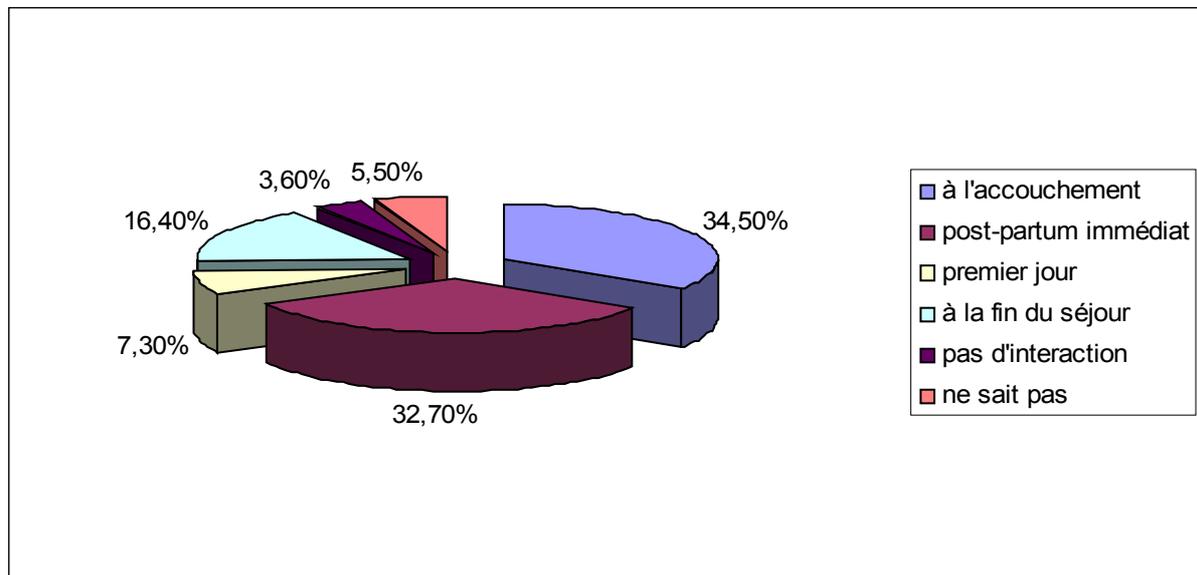
La deuxième remarque est que 25,5 % des 55 sages-femmes observent très peu d'échanges entre la mère et son nourrisson.

L'item « *problème venant du conjoint* » n'est pas mentionné par les sages-femmes.

D'après cet histogramme, 3,6 % des sages-femmes interrogées, soit deux d'entre elles, ont répondu à l'item « *autres* ».

- L'une affirme qu'il n'y a « *pas de différence avec la norme* » dans l'établissement des interactions précoces mère-enfant quand il y a eu un déni de grossesse. Cette sage-femme précise néanmoins, qu'elle « *ne se rappelle plus très bien* ».
- La deuxième sage-femme, en cochant l'item « *autres* », complète sa réponse « *peu d'échange* », en expliquant que « *la femme n'a pas voulu voir son enfant pendant les deux premières heures de vie et qu'ensuite la fusion s'est installée* ».

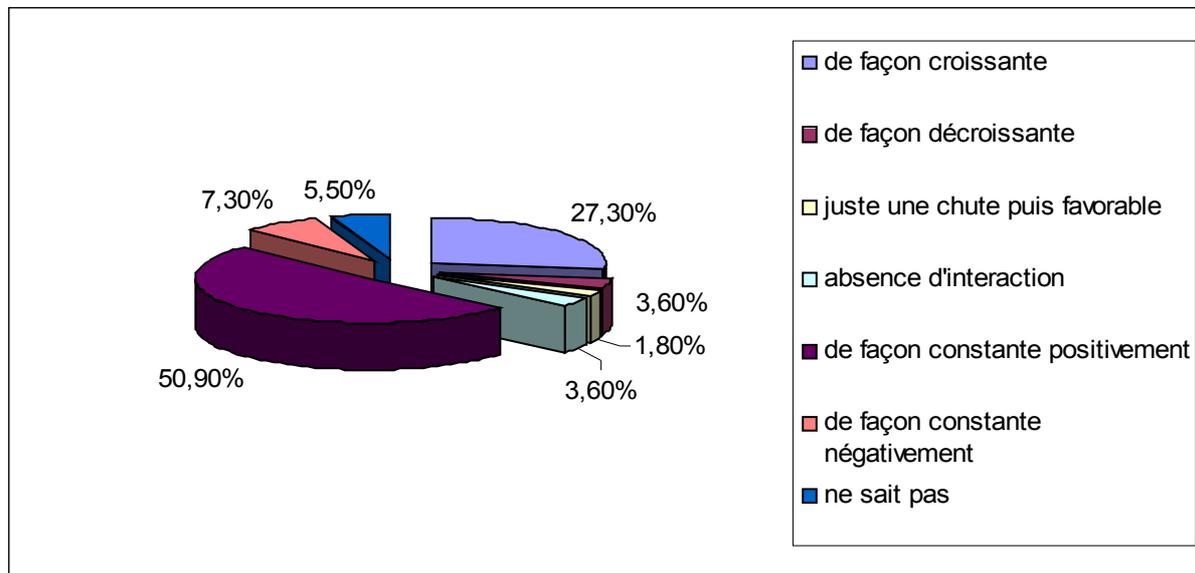
**« Durée nécessaire pour observer les premières interactions mère-enfant »**



**Figure 18 : Période où s'installent les premières interactions mère-enfant**

Le moment où s'installent les premières interactions mère-enfant confirme les remarques effectuées au paragraphe précédent. En effet, la figure 18 nous permet de nous rendre compte de la durée qu'il faut au couple mère-enfant pour que les interactions précoces puissent s'installer. Près d'une sage-femme sur trois observe que les interactions précoces s'installent soit immédiatement au moment même de l'accouchement (34,5 %), soit au cours du post-partum immédiat (32,7 %). Pour 23,7 % des sages-femmes, les interactions ne surviennent qu'au cours du séjour hospitalier (du premier jour à la fin du séjour) et seulement 3,6 % des sages-femmes n'ont pas observé d'interaction.

**« Evolution des interactions mère-enfant, au cours du séjour hospitalier »**



**Figure 19 : Evolution des interactions au cours du séjour hospitalier**

Près d'un sage-femme sur deux (50,9 %) interrogées a observé une évolution des interactions « *de façon constante positivement* » ; 27,3 % des 55 sages-femmes affirment que les interactions mère-enfant se sont développées de façon croissante. Seulement 3,6 % des sages-femmes ont observé une « *absence d'interaction* » mère-enfant (se référer à la figure 19).

Nous avons choisi de mettre en commun « *la durée nécessaire pour observer les premières interactions mère-enfant* » avec « *l'évolution de ces dernières au cours du séjour hospitalier* ». La *p* value est très significative puisqu'elle est égale à 0,000.

En effet, nous nous rendons compte que, lorsque les interactions s'installent immédiatement au moment de l'accouchement, elles évoluent toutes de façon positive.

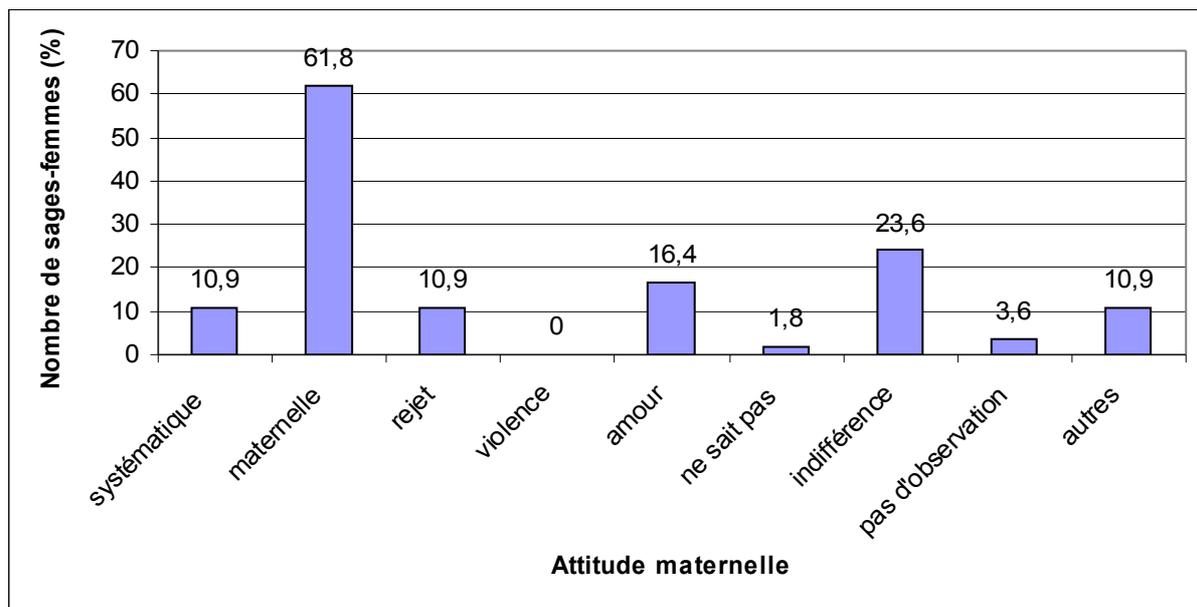
Lorsque ces interactions apparaissent pendant le post-partum immédiat, la majorité d'entre elles évolue de façon positive.

En revanche, lorsque les interactions surviennent au cours du séjour hospitalier (que ce soit le premier jour ou à la fin de ce séjour), la plupart de ces interactions évolue de façon croissante. C'est-à-dire que les interactions mère-enfant progressent de façon graduelle après avoir eu quelques difficultés au démarrage.

Les deux sages-femmes qui ont observé l'absence d'interaction mère-enfant, ont remarqué que, soit aucun lien n'apparaissait au cours du séjour hospitalier, soit il n'y avait jamais d'amélioration dans l'installation de ces contacts mère-nourrisson.

Nous pouvons donc conclure que, plus les interactions mère-enfant se mettent en place rapidement, plus elles ont de chance d'évoluer favorablement.

**« Attitude adoptée par la mère envers son enfant »**



**Figure 20 : Attitudes maternelles adoptées**

La figure 20 est très significative. En effet, elle laisse apparaître que 61,8 % des sages-femmes ont observé, chez la patiente, une attitude maternelle envers son enfant.

Nous remarquons aussi que 23,6 % des sages-femmes ont pu constater une indifférence de la part de la mère pour son enfant.

L'item « violence » n'a été sélectionné par aucune sage-femme.

L'item « autres » a été coché par 10,9 % des sages-femmes interrogées, soit six d'entre elles.

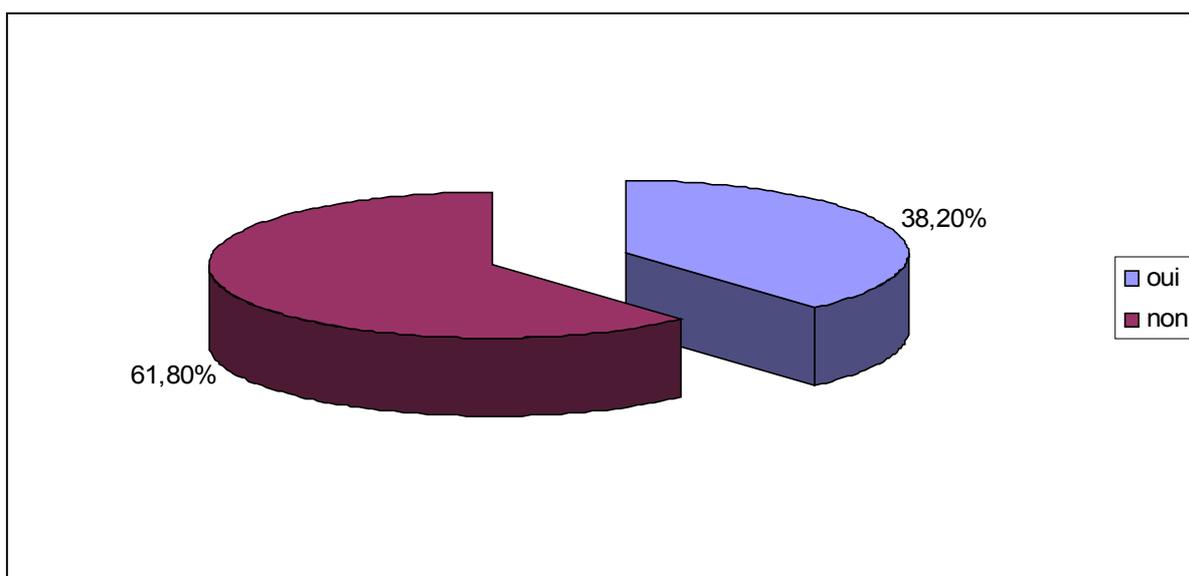
- Une sage-femme explique ses réponses « rejet » et « maternelle » par l'affirmation suivante : « d'abord du rejet puis de l'intérêt et ensuite des gestes maternels ».
- Une sage-femme a sélectionné l'item « amour » en précisant que la patiente a eu la sensation de « découvrir » son enfant.
- Une autre sage-femme affirme que la patiente était « indifférente » en développant également que l'enfant a été « placé en adoption dix jours après l'accouchement ».

- Une sage-femme estime qu'« *au début, la mère a adopté une attitude maternante puis la situation s'est dégradée à cause de l'entourage familial* ». Cette réponse nous suggère que la mère peut être fortement influencée par son entourage.
- Les deux dernières sages-femmes ont eu recours à l'item « *autres* » pour confirmer que la patiente était « *maladroite* » :
  - ✓ L'une a coché également que la mère était à la fois « *maternelle* » mais aussi qu'elle adoptait des « *gestes systématiques* ». Cette réponse nous suggère toute l'ambiguïté de l'attitude de la mère envers son enfant.
  - ✓ L'autre a mentionné que la mère « *rejetait* » son enfant. Nous pouvons donc penser que sa maladresse est une forme d'expression du rejet qu'elle éprouve envers son enfant.

Après cette analyse, nous nous apercevons que la mère peut être fortement influencée par son entourage. De plus, une sage-femme met en avant l'ambiguïté importante de l'attitude de la mère face à son enfant. Cette donnée doit nous interpeller dans le sens où, même si la mère semble avoir une attitude « normale » envers son enfant, elle peut parfois simultanément adopter un comportement inadéquat.

Nous pouvons donc conclure que majoritairement, la mère adopte une attitude « *maternelle* » envers son enfant (61,8 %) et nous estimons qu'il s'agit d'une attitude positive. Il nous a donc paru important d'analyser le comportement des sages-femmes face à cette réaction maternelle « d'apparence normale ».

**« *Modification de l'attitude de la sage-femme en fonction du comportement de la mère envers son enfant* »**



**Figure 21 : Nombre de sages-femmes ayant modifié leur attitude initiale suite aux comportements maternels adoptés**

Près de deux sages-femmes sur trois (61,8 %) avouent ne pas modifier leur attitude initiale en fonction du comportement maternel.

Seulement 38,2 % des sages-femmes interrogées (soit 21 sages-femmes) disent qu'elles adaptent leur attitude initiale selon le comportement de la mère (se référer à la figure 21). Les sages-femmes avaient alors la possibilité de détailler leur réponse :

- « *Stimulation de la mère pour entrer en contact avec son enfant, en lui expliquant les besoins de son bébé* » (7x).
- « *Soutien de la mère, par la présence du personnel soignant, en l'accompagnant, en étant attentif à ses besoins et en lui apportant une aide pluridisciplinaire* » (7x).
- « *Valorisation du rôle de la mère, en lui faisant prendre conscience de ses responsabilités, dans le but de lui donner confiance* » (3x).
- « *Essai de créer l'interaction entre la mère et son enfant* » (2x).
- Dans un cas particulier de grossesses rapprochées, « *aider la femme à faire la différence entre ses deux enfants, dans le but que la mère accepte son nouvel enfant* » (1x).
- « *Hospitalisation de la mère dans un service de psychiatrie* » (1x).

Une analyse trop hâtive entre « l'attitude adoptée par la mère envers son enfant » et « les modifications de l'attitude des sages-femmes », pourrait nous donner l'impression que les sages-femmes réagissent adéquatement.

Pour justifier cette supposition, nous avons réalisé une analyse plus approfondie du croisement de ces deux items. Ainsi, 50 % des affirmations des sages-femmes sont significatives (c'est-à-dire que la  $p$  value est  $< 0,05$ ) contre 50 % qui ne le sont pas ( $p$  value  $> 0,05$ ). Ceci suggère que la moitié des sages-femmes n'adopte pas une attitude cohérente par rapport au comportement des patientes.

En ce qui concerne les 34 sages-femmes qui affirment ne pas modifier leur attitude envers la mère, huit d'entre elles (soit 23,5 %) n'ont pas une réponse cohérente. En effet, elles ne modifient pas leur attitude alors qu'elles ont sélectionné les items suivants :

- « *indifférence* » de la mère (3x).
- « *pas d'observation faite* » (2x).
- « *gestes systématiques* » (1x).
- « *ne sait pas* » (1x).
- « *autres* » : « *attitude maternelle puis dégradation de la situation* » (1x).

Tous ces items ont une connotation négative concernant l'attitude de la mère ou l'observation de la sage-femme. Malgré cela, ces huit sages-femmes ne modifient pas leur attitude initiale. Nous pouvons donc nous questionner par rapport à la réaction de certaines sages-femmes.

#### « Attitudes et réactions observées chez le nourrisson »

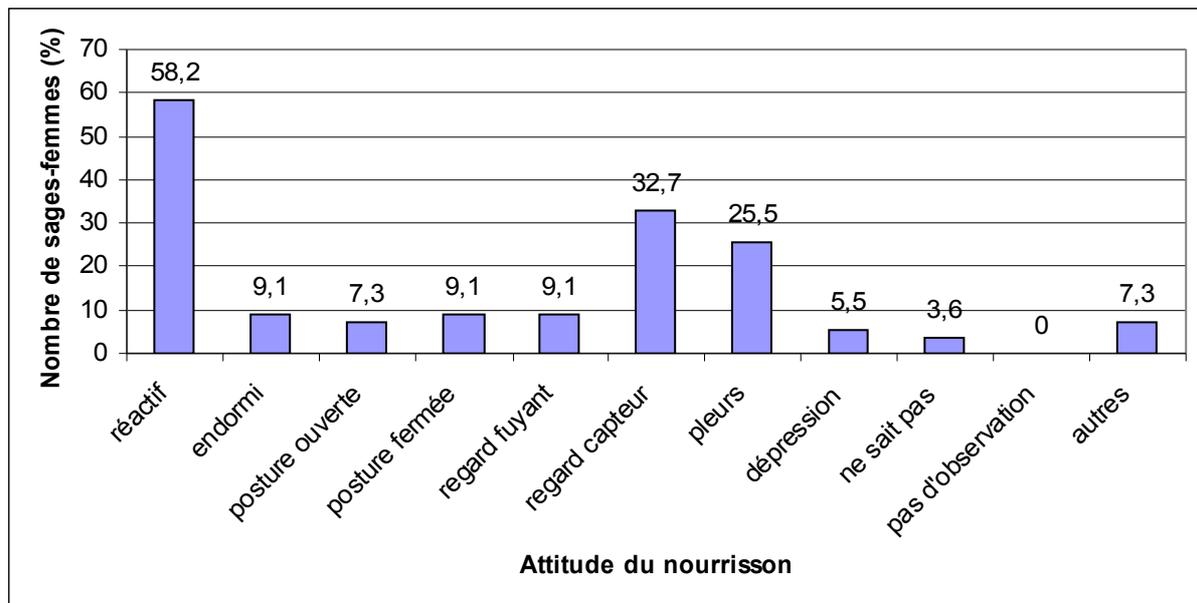


Figure 22 : Attitudes et réactions du nourrisson

Le nouveau-né paraît réactif pour 58,2 % des 55 sages-femmes interrogées. Et 32,7 % de ces dernières affirment avoir observé un regard capteur chez le nourrisson (se référer à la figure 22).

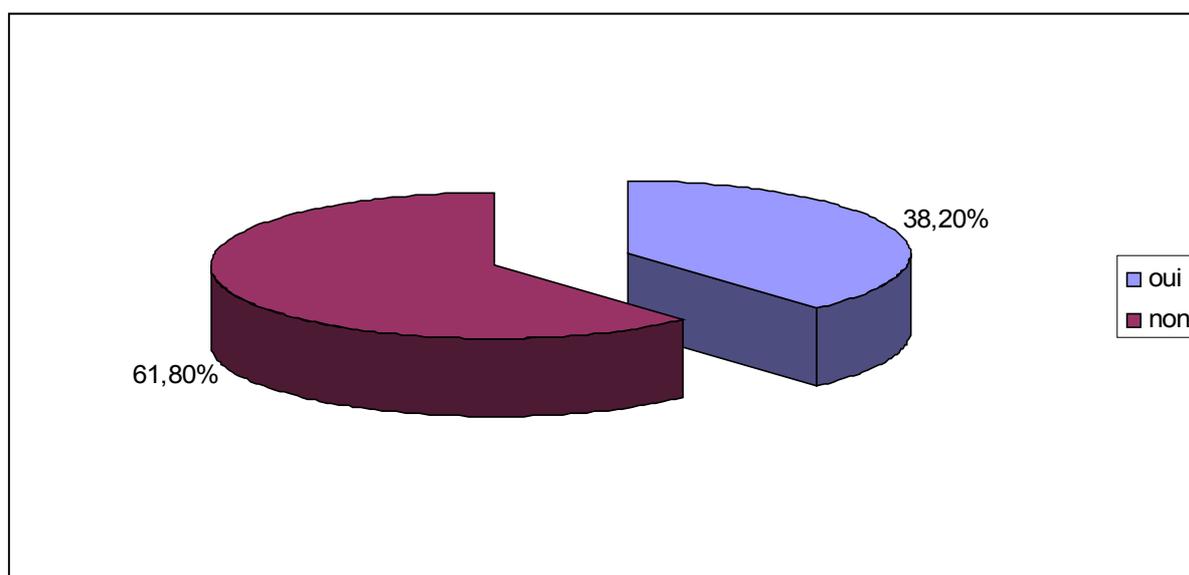
L'item « *pas d'observation* » n'a pas été mentionné par les sages-femmes.

L'item « *autres* » a été choisi par 7,3 % des sages-femmes interrogées, soit quatre d'entre elles, afin d'apporter une description personnelle du comportement du nouveau-né :

- « *s'efface* » (3x).
- « *calme* » (1x).

Nous pouvons donc conclure que majoritairement, le nouveau-né est réactif (58,2 %) et nous estimons qu'il s'agit d'une attitude positive. Il nous a donc paru important d'analyser le comportement des sages-femmes face à cette réaction du nouveau-né « d'apparence normale ».

#### **« *Modification de l'attitude des sages-femmes envers l'enfant en fonction de ses réactions* »**



**Figure 23 : Nombre de sages-femmes ayant modifié leur attitude initiale suite aux comportements et réactions du nourrisson**

Près de deux sages-femmes sur trois (61,8 %) avouent ne pas modifier leur attitude initiale en fonction du comportement du nouveau-né.

Seulement 38,2 % des sages-femmes interrogées (soit 21 sages-femmes) disent qu'elles la modifient selon l'attitude du nouveau-né (se référer à la figure 23). Les sages-femmes avaient alors la possibilité de détailler leur réponse :

- « *Le fait de cajoler le nouveau-né en le berçant, en le câlinant, en le prenant dans les bras et en lui donnant le biberon* » (7x).
- « *Présence* » auprès de l'enfant pour lui parler, lui expliquer la situation et le rassurer (5x).
- Favoriser le lien mère-enfant en encourageant le « *peau à peau* » (3x).
- « *Compassion* » envers l'enfant (2x).
- « *Le fait de favoriser le maternage* » pour encourager le lien mère-enfant (2x).
- Attitude « *maternelle* » envers le nouveau-né (1x).
- Sentiment « *protecteur* » auprès des enfants (1x).

Une analyse trop hâtive entre « l'attitude et les réaction du nouveau-né » et « les modifications de l'attitude des sages-femmes », pourrait nous donner l'impression que les sages-femmes réagissent adéquatement.

Pour justifier cette supposition, nous avons réalisé une analyse plus approfondie du croisement de ces deux items. Ainsi, 50 % des affirmations des sages-femmes sont significatives (c'est-à-dire que la  $p$  value est  $<$  à 0,05) contre 50 % qui ne le sont pas ( $p$  value  $>$  à 0,05). Ceci suggère que la moitié des sages-femmes n'adopte pas une attitude cohérente par rapport au comportement des nourrissons.

En ce qui concerne les 34 sages-femmes qui affirment ne pas modifier leur attitude envers le nourrisson, sept d'entre elles (soit 20,6 %) n'ont pas une réponse cohérente. En effet, elles ne modifient pas leur attitude alors qu'elles ont sélectionné les items suivants :

- « *ne sais pas* » (2x).
- « *regard fuyant* » (2x).
- « *pleurs* » (1x).
- « *regard fuyant* » et « *dépression* » (1x).
- « *autres* » : « *s'efface* » (1x).

Tous ces items ont une connotation négative concernant l'attitude du nouveau-né ou l'observation de la sage-femme. Malgré cela, ces sept sages-femmes ne modifient pas leur attitude initiale.

Nous pouvons donc nous questionner par rapport à l'attitude de certaines sages-femmes.

### C. Situations de déni de grossesse rencontrées

« *Nombre de situations de déni de grossesse rencontrées par an, en moyenne, par sage-femme* »

Moyenne de cas de déni rencontrés par an, pour l'ensemble des sages-femmes interrogées : 1,6 / an (sur leur carrière).

« *Conditions de découverte des grossesses niées* »

Nous avons décidé d'analyser ces conditions de découverte de deux façons différentes.

Tout d'abord, un graphique sous forme de secteur (se référer à la figure 24 ci-dessous) va nous permettre d'analyser la première des conditions de découverte des grossesses niées, rencontrée par les sages-femmes.

Ensuite, nous avons choisi d'utiliser un histogramme (se référer à la figure 25 ci-dessous) afin de mettre en évidence tous les cas de conditions de découverte de la grossesse que chaque sage-femme a rencontrés au cours de sa carrière. Chaque sage-femme pouvait donc cocher plusieurs items. Ceci nous permet d'obtenir les conditions de découverte des grossesses niées, les plus couramment rencontrées.

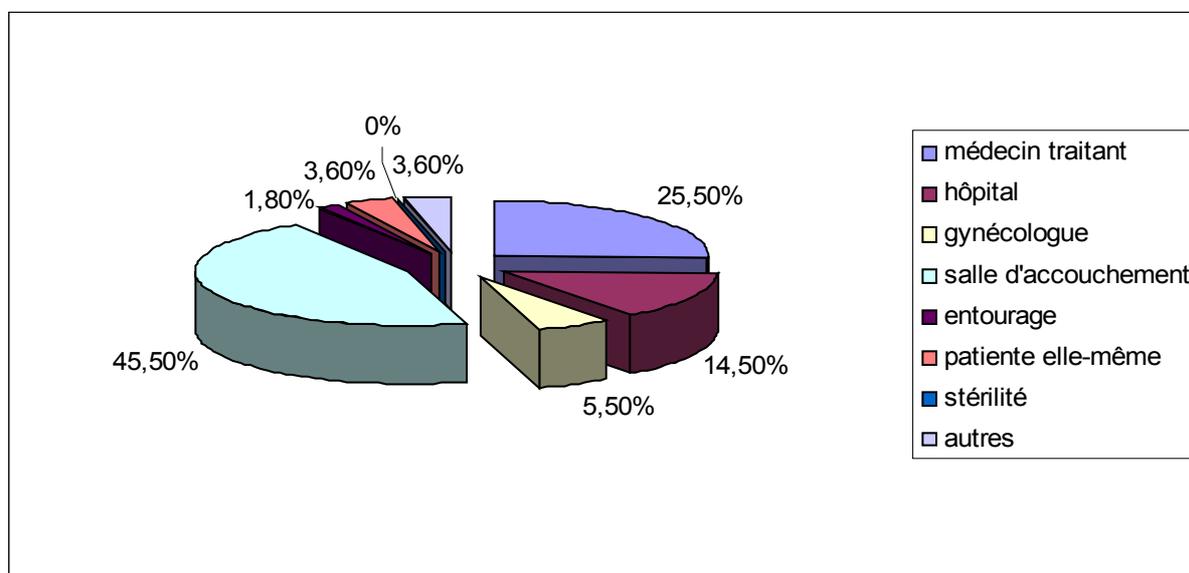


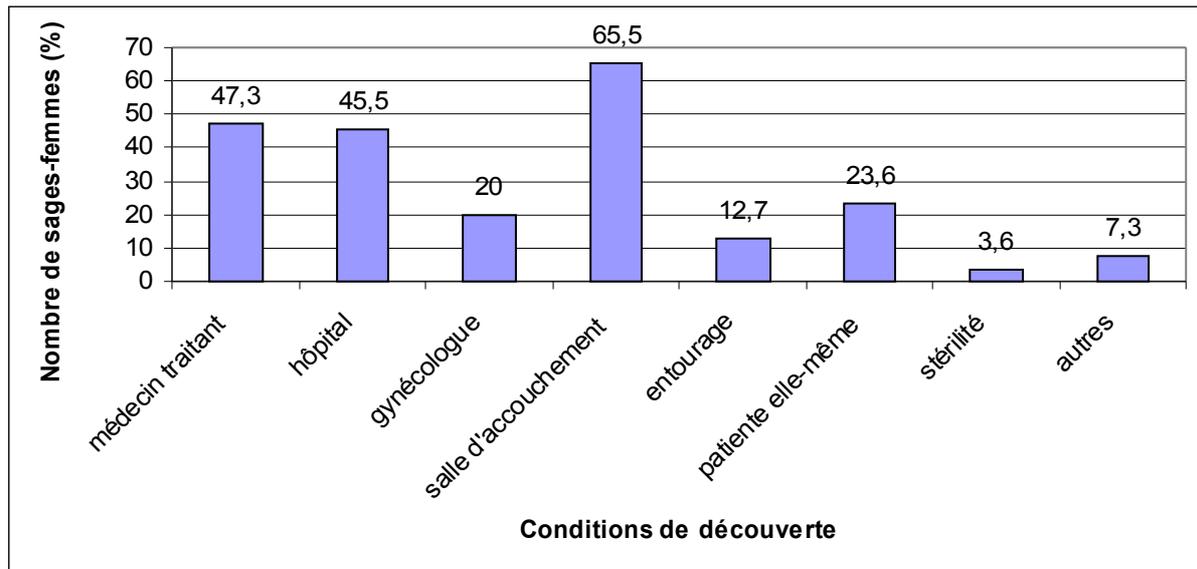
Figure 24 : Conditions les plus fréquentes de découverte de la grossesse

Pour cet item, nous avons pris en compte la première réponse de chaque sage-femme (c'est-à-dire la fréquence n° 1).

Près d'une sage-femme sur deux (45,5 % des 55 sages-femmes) déclare que les cas de déni de grossesse qu'elle a rencontré le plus fréquemment ont été découverts en salle d'accouchement.

La stérilité n'est jamais citée en première cause dans les conditions de découverte de la grossesse niée.

L'item « autres » (3,6 %) correspond à deux sages-femmes « *qui ne savent pas* ».



**Figure 25 : Nombre de sages-femmes confrontées à des patientes ayant découvert leur grossesse, suite à un déni, dans une de ces conditions**

Pour cet histogramme (se référer à la figure 25 ci-dessus), nous avons pris en compte toutes les réponses des sages-femmes quant aux conditions de découverte des grossesses niées.

Deux sages-femmes sur trois (65,5 % des 55 sages-femmes) affirment avoir pris en charge des patientes dont la grossesse a été découverte en salle d'accouchement.

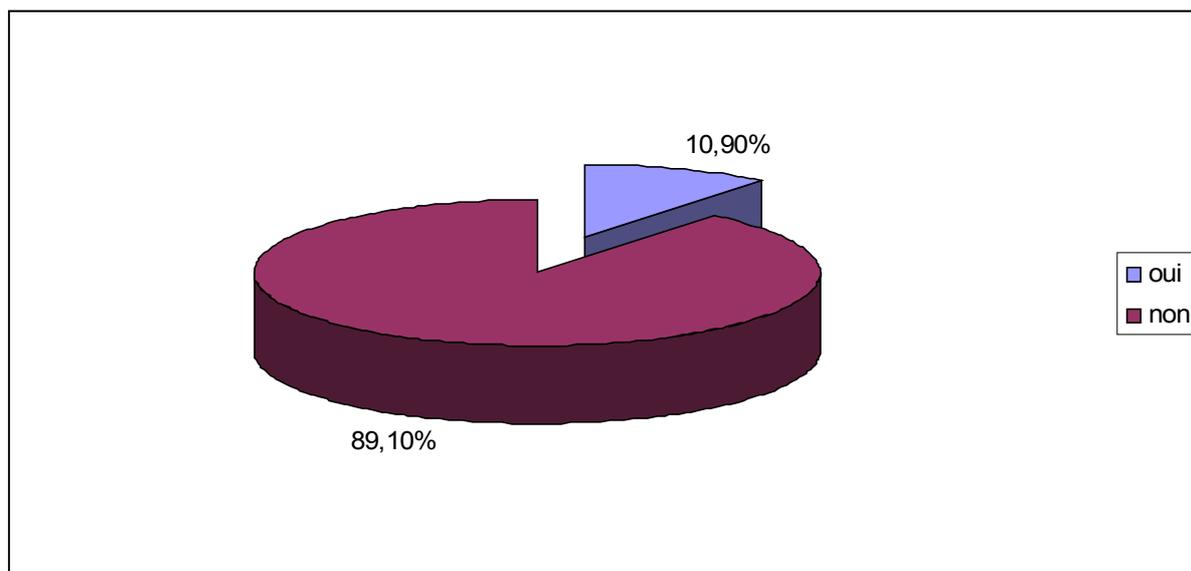
Ce graphique, laisse apparaître que 3,6 % des sages-femmes déclarent avoir suivi une patiente qui a pris conscience de sa grossesse, tardivement, suite à une stérilité, alors que ce dernier cas ne représente pas une des premières conditions de découverte des grossesses niées.

L'item « autres » (7,3 %) correspond ici aux réponses suivantes :

- « *ne sait pas* » (3x).
- « *accouchement à domicile* » (1x).

Cet item « autres » nous apprend donc que l'accouchement à domicile est également une condition de découverte de la grossesse niée.

*« Aide systématique pour les patiente au sein de la structure hospitalière »*

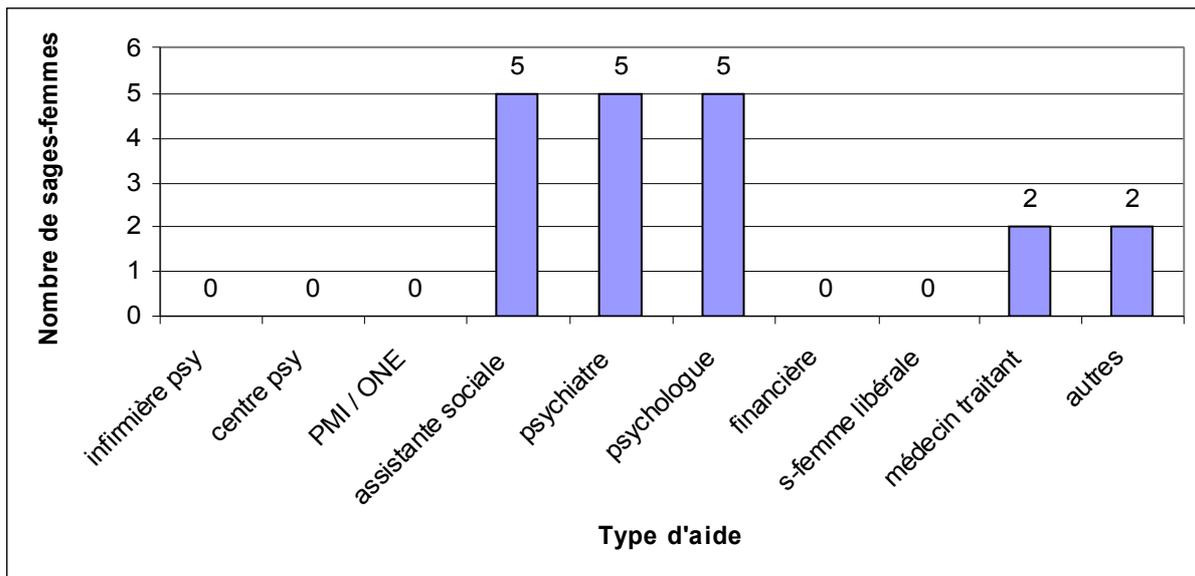


**Figure 26 : Aide systématique, pour les patientes, dans les structures hospitalière**

Un nombre minoritaire de sages-femmes interrogées (10,9 %) affirme travailler dans une structure hospitalière au sein de laquelle une aide est mise en place systématiquement pour les femmes qui vivent un déni de grossesse. En revanche, 89,10 % des sages-femmes ont répondu qu'il n'y avait pas d'aide systématique pour ces femmes (se référer à la figure 26).

En ce qui concerne les sages-femmes qui affirment l'existence d'une aide systématique, elles avaient la possibilité de développer leur propos en détaillant le type d'aide mis en place.

L'histogramme suivant (se référer à la figure 27) met donc en évidence les aides systématiques citées par les 10,9 % de sages-femmes (6 sages-femmes) qui certifient la présence d'une aide.



**Figure 27 : Type d'aide systématique, pour les patientes, dans les structures hospitalières**  
 « L'assistante sociale, le psychiatre et le psychologue » sont, pour cinq des six sages-femmes, les aides qui existent systématiquement au sein de la structure hospitalière dans laquelle elles travaillent. « Le médecin traitant » correspondrait à l'aide systématique pour deux des six sages-femmes (se référer à la figure 27).

Les items « infirmière psychiatrique », « centre médico-psychiatrique », « PMI/ONE », « financière » et « sage-femme libérale » n'ont jamais été mentionnés par les sages femmes.

L'item « autres » a été coché par deux sages-femmes qui affirment que l'aide systématique est une « infirmière pédiatrique ».

Cette dernière réponse peut paraître surprenante, mais rappelons que nous interrogeons les sages-femmes sur le cas le plus frappant de déni de grossesse qu'elles ont rencontré. Ainsi, si l'enfant a été transféré en néonatalogie, il est concevable que l'infirmière pédiatrique soit intégrée au réseau pluridisciplinaire mis en place.

**« Type d'aide proposée en cas d'absence d'aide systématique »**

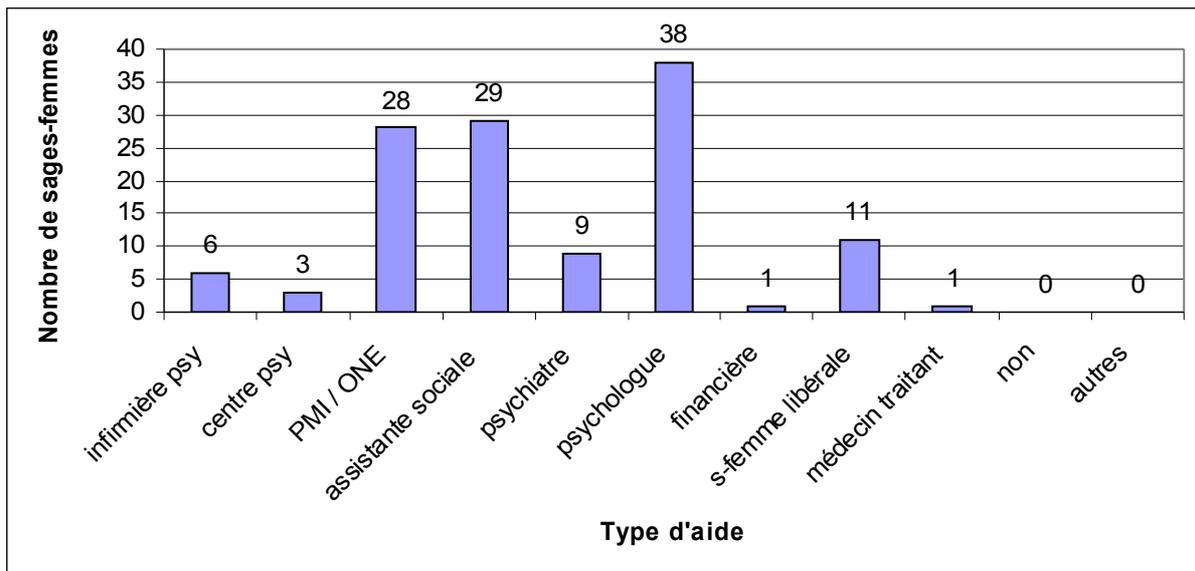


Figure 28 : Type d'aide proposé dans les structures hospitalières

Nous venons de voir ci-dessus que 89,10 % des sages-femmes interrogées affirment travailler dans une structure hospitalière au sein de laquelle aucune aide n'est mise en place systématiquement pour les femmes qui vivent un déni de grossesse (se référer à la figure 26).

Ces sages-femmes ont donc eu la possibilité de développer leur affirmation en détaillant le type d'aide qu'elles proposaient en compensation.

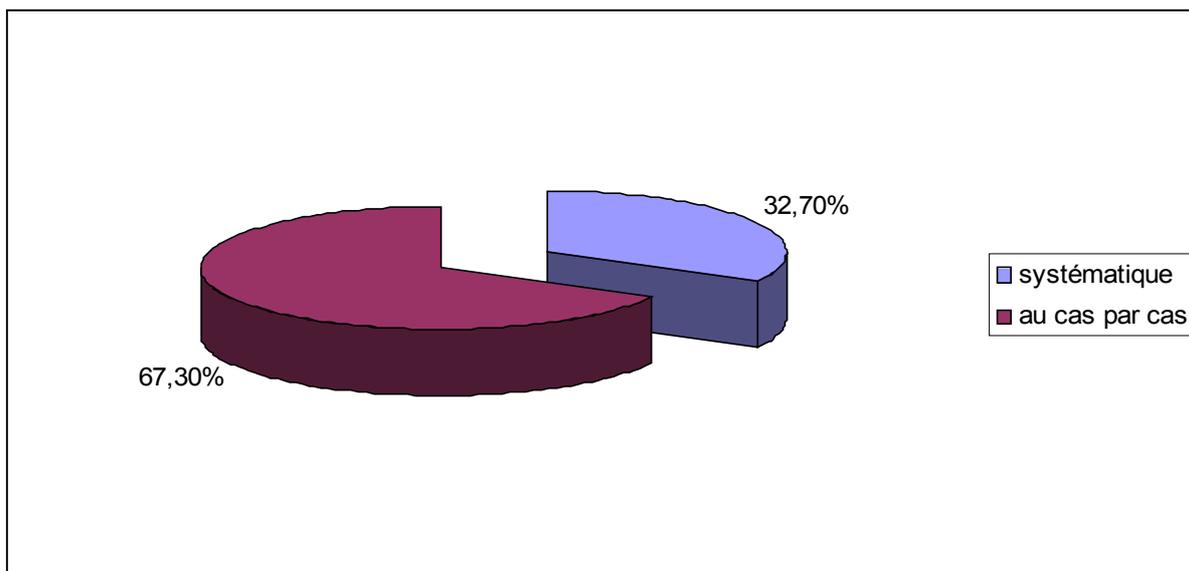
L'histogramme ci-dessus (se référer à la figure 28) met donc en évidence les différents types d'aides proposés par les 89,10 % de sages-femmes, lorsqu'il n'y a pas d'aide systématique.

Les principales aides proposées sont donc :

- « *psychologue* » (38x).
- « *assistante sociale* » (29x).
- « *PMI/ONE* » (28x).
- « *sage-femme libérale* » (11x).

Les items « *autres* » et « *non* » ne sont pas mentionnés par les sages-femmes.

**« Façon de proposer une aide lorsqu'il n'y a pas d'aide systématique au sein de la structure hospitalière »**



**Figure 29 : Façon de proposer une aide dans les structures hospitalières**

Les sages-femmes qui proposent une aide (89,1 %), la proposent principalement au cas par cas, c'est à dire dans 67,3 % des situations. Seulement 32,7 % de ces sages-femmes la proposent de façon systématique (se référer à la figure 29).

*« Mise en place d'une organisation différente dans le service afin de stimuler le lien mère-enfant »*

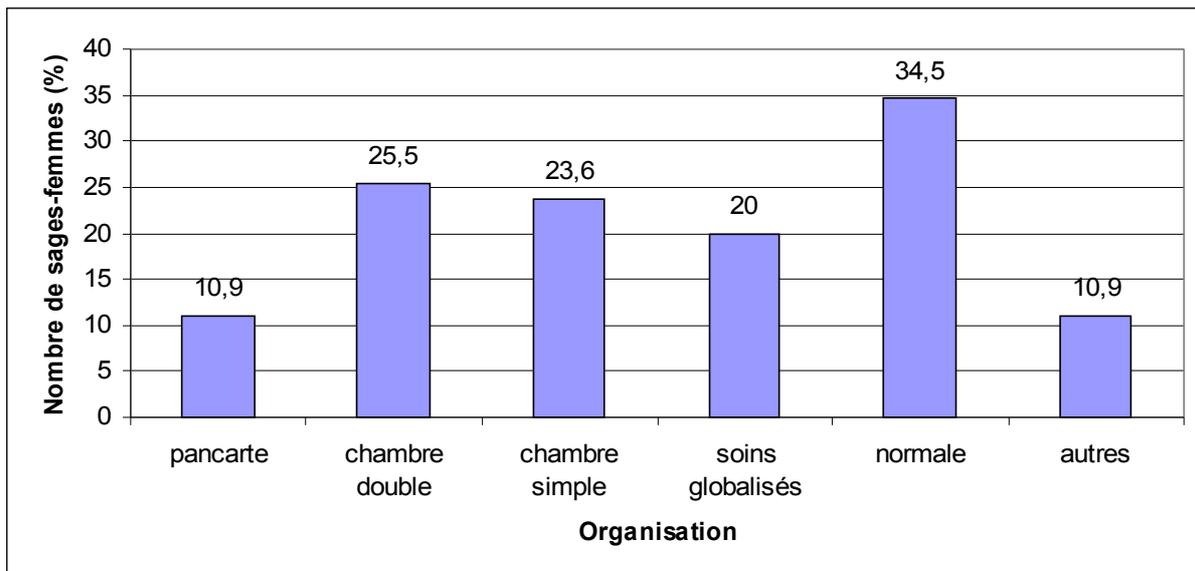


Figure 30 : Organisation du service mise en place pour stimuler le lien mère-enfant

Près d'une sage-femme sur trois (34,5 %) « *ne change pas l'organisation* » du service de post-partum, pour la prise en charge d'une patiente qui a fait un déni de grossesse.

La patiente est installée dans une « *chambre double* » par 25,5 % des sages-femmes, afin d'entraîner une stimulation des soins grâce à la voisine. En revanche, 23,6 % des sages-femmes préfèrent l'installer en « *chambre simple* » afin de pouvoir prendre plus de temps pour les soins, pour que la patiente découvre seule son bébé et enfin pour permettre aux intervenants du réseau pluridisciplinaire de prendre en charge la patiente en tête à tête. Une sage-femme sur cinq effectue des « *soins globalisés* » et 10,9 % d'entre elles mettent une « *pancarte* » sur la porte, pour réguler les visites, afin de respecter le rythme d'évolution de la relation mère-enfant (se référer à la figure 30).

L'item « *autres* » a été sélectionné par 10,9 % des sages-femmes interrogées, soit six d'entre elles :

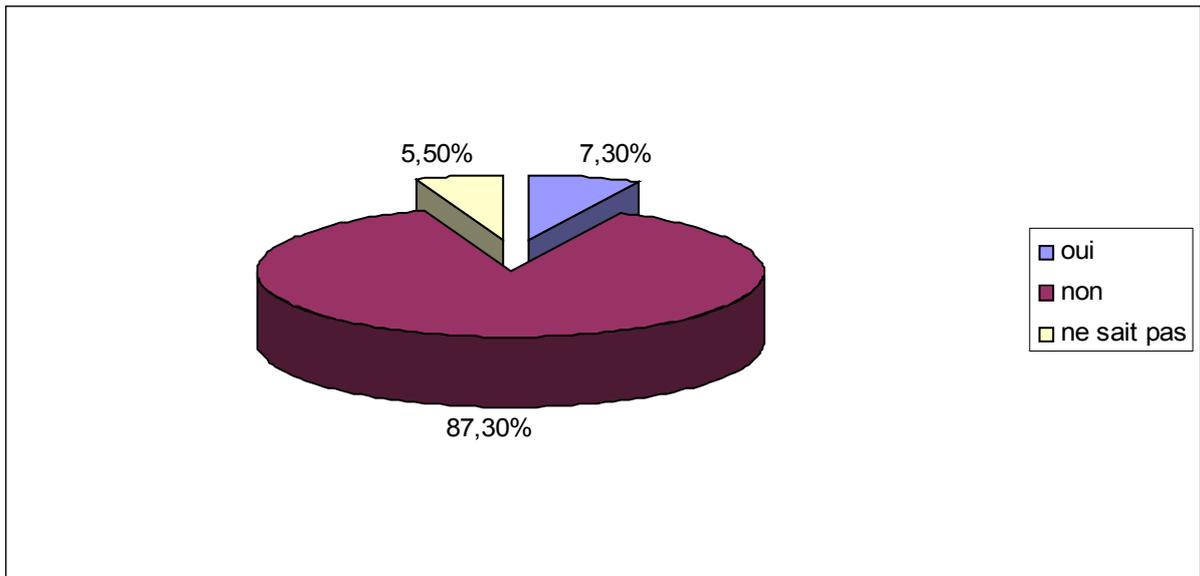
- Quatre sages-femmes ont choisi alors de compléter leur propos :
  - Une des sages-femmes pense qu'il faut « *s'adapter à ce que la femme désire* », tout en précisant le type de chambre qu'elle lui attribue préférentiellement (ici « *chambre double* »).
  - Une des sages-femmes justifie le fait d'avoir coché l'item « *chambre simple* » en précisant que « *le bébé était placé en néonatalogie* » et que la mère devait être plus entourée et devait bénéficier de tranquillité lorsqu'elle se trouvait dans sa chambre.

- Une des sages-femmes précise que « *le personnel doit être plus attentif à l'établissement du lien mère-enfant* ». Néanmoins, cette sage-femme pense également que, très souvent, l'organisation du service reste « normale » et qu'il n'y a « *pas d'attention particulière* » portée à ces femmes.
- Une autre sage-femme explique qu'elle apporte un « *encadrement plus soutenu* », ce qui justifie, pour cette sage-femme, la nécessité d'installer le couple mère enfant dans une « *chambre double* ». Ceci dans le but que la femme qui n'a pas vécu de déni de grossesse stimule indirectement la relation mère-enfant chez la femme qui a eu un déni de grossesse.
- Les deux dernières sages-femmes ont coché uniquement l'item « *autres* » pour affirmer qu'en cas de déni de grossesse « *le personnel soignant apporte une attention particulière au lien mère-enfant* ». De même, une de ces deux sages-femmes nous explique que, dans son cas particulier de déni de grossesse, où l'enfant avait été admis en néonatalogie, son rôle avait été de « *conduire la mère dans le centre néonatal* ».

L'analyse de cette question laisse apparaître deux points principaux concernant la prise en charge d'une femme ayant vécu un déni de grossesse. En effet, lorsque les enfants sont conduits en néonatalogie, l'organisation du service doit s'y adapter en permettant à la femme de pouvoir aller voir son enfant quand elle le désire. Plus particulièrement, dans ce cas, il semblerait nécessaire que les soignants conduisent eux-mêmes la mère dans le service de néonatalogie, afin de soutenir cette femme qui ne s'imaginait pas devenir mère et encore moins la mère d'un enfant « malade ».

De plus, cette analyse nous permet de nous rendre compte que la mise en place d'une organisation différente dans le service, afin de stimuler le lien mère-enfant, ne se fait pas uniquement par des moyens matériels. En effet, nous n'avons proposé aux sages-femmes que des solutions matérielles telles que le recours à une « *pancarte* », ou encore la possibilité d'installer le couple mère-enfant dans une « *chambre simple ou double* », mais aussi de « *globaliser les soins* ». De par leurs réponses, les sages-femmes nous ont soumis l'idée que « *l'attitude du personnel pouvait également stimuler le lien mère enfant* ». Cette donnée nous paraît évidemment tout à fait appropriée et primordiale.

**« Existence d'un protocole pour la prise en charge de ces patientes »**

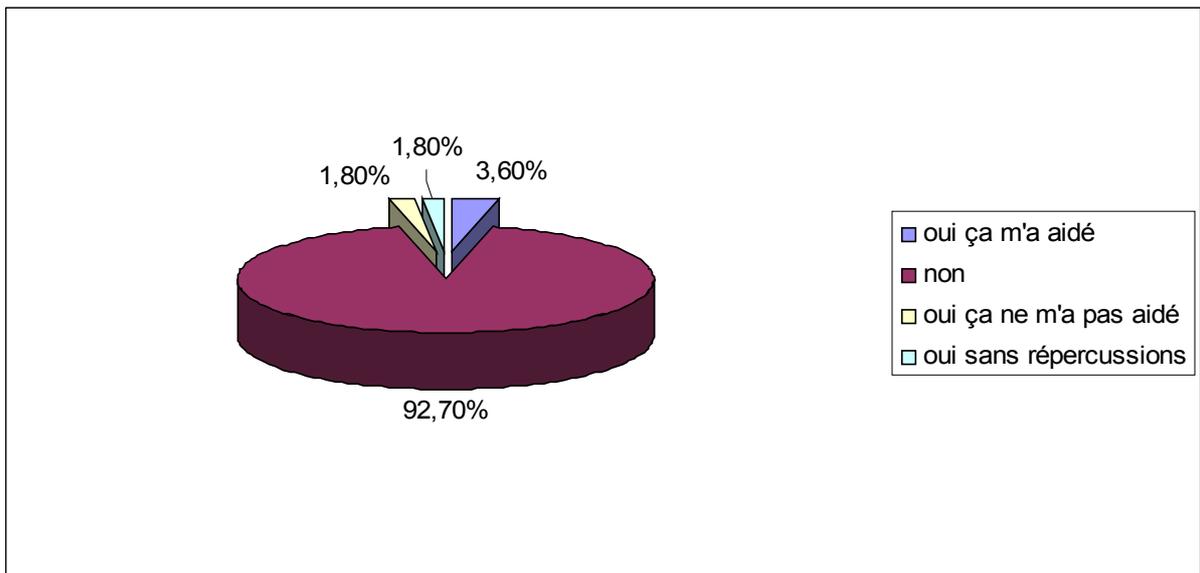


**Figure 31 : Présence d'un protocole dans les structures hospitalières**

La plupart des sages-femmes interrogées (87,3 %) admettent qu'il n'y a pas de protocole, au sein de leur structure hospitalière, pour la prise en charge des patientes qui ont vécu un déni de grossesse.

Seulement 7,30 % des sages-femmes répondent qu'il existe un protocole de prise en charge, au sein de leur structure hospitalière (se référer à la figure 31).

**« Formation sur le déni de grossesse »**



**Figure 32 : Formation sur le déni de grossesse**

Presque la totalité des sages-femmes interrogées (92,7 %) n'a pas eu de formation sur le déni de grossesse. Seulement 3,6 % d'entre elles ont suivi une formation qui les a aidées lors de la prise en charge des patientes (se référer à la figure 32).

### « Information sur le déni de grossesse »

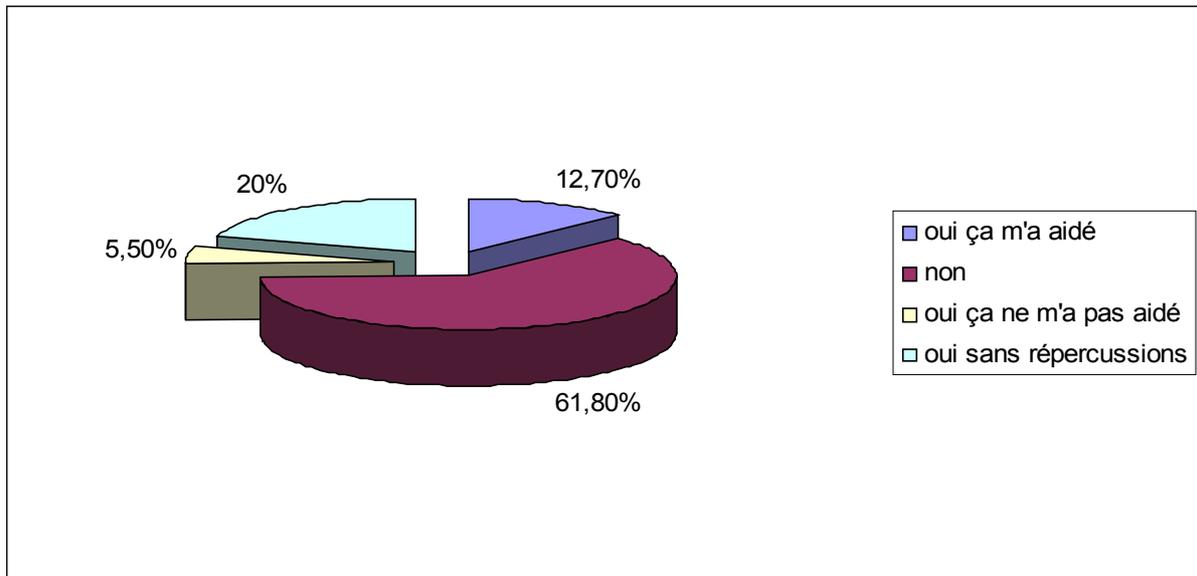
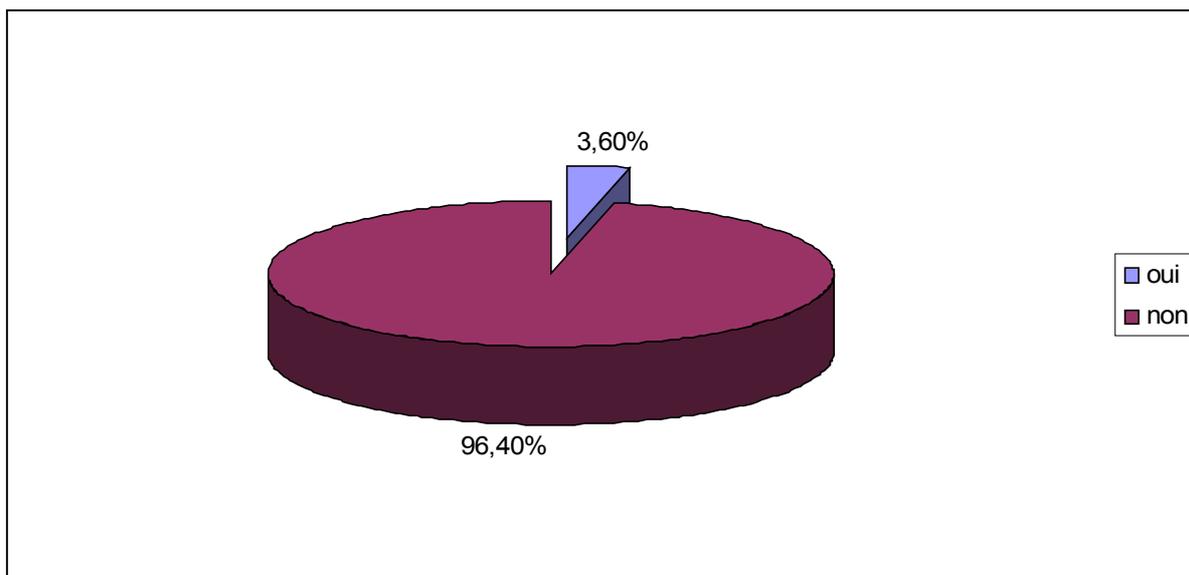


Figure 33 : Information sur le déni de grossesse

Près de deux sages-femmes sur trois (61,8 %) n'ont pas eu de séance d'information sur le déni de grossesse. En revanche, 12,70 % d'entre elles ont été informées sur le déni de grossesse, ce qui les a aidées à comprendre le phénomène et à se sentir plus à l'aise dans la prise en charge. Une sage-femme sur cinq (20 %) estime cependant que l'information qu'elle a reçue n'a pas eu de « *répercussion* » sur la prise en charge des patientes qui vivent un déni de grossesse (se référer à la figure 33).

### « Cas de déni de grossesse vécu dans l'entourage de la sage-femme »



**Figure 34 : Cas de déni de grossesse vécu dans l'entourage**

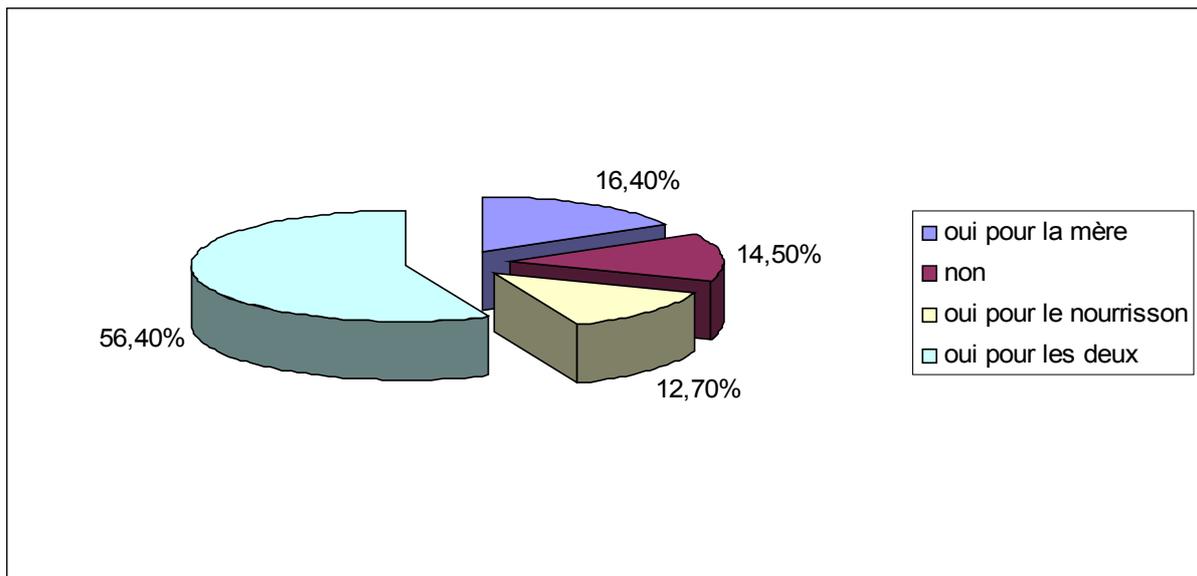
Seulement deux des 55 sages-femmes interrogées (3,6 %) avouent avoir vécu un cas de déni de grossesse dans leur entourage proche (se référer à la figure 34).

***« Vécu de la prise en charge d'une patiente qui vit un déni de grossesse, lorsque la sage-femme a connu un cas similaire dans son entourage »***

Toutes les sages-femmes qui ont répondu qu'elles avaient vécu un cas de déni de grossesse dans leur entourage proche (c'est-à-dire deux sages-femmes), affirment qu'elles se sentent « *plus sensibilisées* » par le sujet du déni de grossesse.

Les autres items « *saturation* », « *ni l'un, ni l'autre* » et « *ne sait pas* » n'ont donc pas été cochés par les sages-femmes.

***« Risques du déni de grossesse pour la mère et l'enfant »***



**Figure 35 : Risques du déni de grossesse**

Près d'une sage-femme sur deux (56,4 %) pense que le déni de grossesse a des conséquences pour le nourrisson et sa mère. Selon 16,40 % des 55 sage-femmes interrogées, il n'existe que des risques pour la mère alors que 12,70 % d'entre elles estiment qu'il n'y a des risques que pour le nourrisson. En revanche, 14,50 % des sage-femmes croient qu'il n'y a aucun risque, ni pour la mère, ni pour le nourrisson (se référer à la figure 35).

L'analyse va se diviser en deux sous parties : d'un côté, les risques cités par les sage-femmes pour la mère et de l'autre côté, ceux pour le nouveau-né.

✓ Risques pour la mère :

La majorité des sage-femmes (72,6 %), pense qu'il existe un risque pour la mère (« *oui pour la mère* » et « *oui pour les deux* »). Ces sage-femmes énoncent les risques suivants :

- « *rejeter son enfant* » (12x).
- « *un risque de dépression* » (10x).
- « *violence* » (4x).
- « *culpabilité* » (3x).
- « *des problème pour fonder une famille* » (2x).
- « *ne se sente pas mère* » (2x).
- « *perturbations psychologiques* » (1x).
- « *humiliation au sein de la société* » (1x).
- « *problèmes obstétricaux liés au non suivi de la grossesse* » (1x).
- « *négligence* » (1x).

- « *manque de patience* » (1x).
- « *manque de connaissance et par conséquent un risque d'irresponsabilité* » (1x).
- « *grande fatigue maternelle, et de gestes systématiques envers son enfant* » (1x).

✓ Risques pour le nouveau-né :

Près de deux sages-femmes sur trois (67,3 %) pensent qu'il existe un risque pour le nouveau-né (« *oui pour le nourrisson* » et « *oui pour les deux* »). Ces sages-femmes énoncent les risques suivants :

- « *manquer d'amour* » (9x).
- « *déprime, se laisse mourir* » (7x).
- « *problèmes pour instaurer des relations stables avec son entourage* » (4x).
- « *maltraitance* » (3x).
- « *infanticide* » (3x).
- « *un problème dans le développement psychomoteur* » (2x).
- « *le père biologique demande la garde ce qui séparerait le couple mère-enfant* » (1x).
- « *complications liées à la prématurité* » (1x).
- « *problèmes sociaux* » (1x).
- « *pleurs récurrents* » (1x).

L'existence de problèmes dans l'installation et l'évolution de la relation mère-enfant est exposée par six sages-femmes, soit 10,9 % d'entre elles. Cette notion peut être développée dans les deux sous parties que nous venons de décrire.

# Troisième partie



## Chapitre VII : Discussion

### A. Discussion des résultats

Au préalable, nous tenions à préciser que l'accouchement sous X peut être une conséquence du déni de grossesse. Mais nous avons décidé de ne pas aborder ce sujet dans nos questionnaires car, dans ces cas bien précis, la rencontre mère-enfant n'aura pas lieu. Or c'est sur ce dernier point que notre étude est portée. Il était donc préférable de ne pas aborder l'accouchement sous X, ce qui nous a permis de pouvoir interviewer les sages-femmes françaises au même titre que les sages-femmes belges. En effet, nous n'aurions pas pu interviewer les sages-femmes françaises, si nous n'avions pas exclu l'accouchement sous X de leurs réponses, car ce mode d'accouchement est autorisé en France mais pas en Belgique.

Du fait de la rareté du déni de grossesse, les sages-femmes sont souvent peut sensibilisées et, par conséquent, quand elles affirment ne pas avoir rencontré de cas de déni, nous nous demandons plutôt si ce n'est pas parce qu'elles n'ont pas su identifier ces cas. Il s'agit peut-être ici d'un « déni du déni ». En effet, en tant qu'élève, nous avons déjà rencontré chacune environ trois cas de déni en deux ans.

De ce fait, lors de nos interviews, nous avons été confrontées à de nombreuses sages-femmes qui n'avaient pas rencontré de cas de déni sur leurs carrières professionnelles. Est-ce pour la raison citée ci-dessus ? En tout cas, cela a entraîné un nombre réduit de sages-femmes interrogées.

Concernant certains de nos résultats comparables à la littérature, nous n'observons qu'un seul critère où nos statistiques ne rejoignent pas celles de la littérature.

En effet, il s'agit de l'âge moyen des patientes qui vivent un déni de grossesse. Dans la littérature, d'après les études de COLASSON I. (1995), LAHAYE E. (2004) et PIERRONNE C. et al. (2002), l'âge moyen de la patiente se situe aux environs de 25 ans. En revanche, dans notre analyse, nous avons observé que l'âge moyen des patientes qui vivent un déni de grossesse se situe entre 15 et 18 ans. Cette différence de valeur peut s'expliquer par le fait que nous avons interrogé les sages-femmes sur le cas le plus frappant de déni de grossesse qu'elles avaient rencontré. Il s'agit souvent, par conséquent, dans le cas de notre travail, de

cas extrêmes, touchant de très jeunes femmes, alors que les études de la littérature prennent en compte tous les cas de déni de grossesse.

Afin d'espérer obtenir des résultats concordant avec la littérature, concernant l'âge des patientes, il serait peut-être préférable de réaliser une analyse sur base de dossiers obstétricaux de femmes ayant vécu un déni de grossesse. Le fait d'étudier ces documents médicaux permettrait certainement d'obtenir une représentation plus objective du déni de grossesse car tous les cas de déni de grossesses sont pris en compte.

En revanche, les statistiques superposables entre notre étude et celles de la littérature (BONNET C., 1990 ; COLASSON I., 1995 ; DAYAN J. et al., 1999 ; LAHAYE E., 2004 ; MASSARI B., 2002 ; PIERRONNE C. et al., 2002), touchent les paramètres suivants :

- Les patientes n'ont majoritairement pas eu recours à une IVG avant la grossesse niée.
- Le déni de grossesse touche souvent des primigestes.
- Le terme de découverte de la grossesse niée se situe, dans la plupart des cas, au moment de l'accouchement.
- Les interactions mère-enfant, au cours du séjour en post-partum, évoluent fréquemment d'une manière satisfaisante.
- Généralement, le type d'allaitement choisi par ces femmes est l'allaitement artificiel.
- Le géniteur semble être absent dans de nombreux cas.

Par rapport aux deux questions qui traitent de la formation et de l'information données aux sages-femmes, sur le déni de grossesse, nous formulons deux remarques :

- Les sages-femmes sont peu nombreuses à avoir suivi une formation complémentaire, abordant entre autre le déni de grossesse, mais les deux sages-femmes qui y ont eu recours estiment que cela les a aidées afin de se sentir plus à l'aise dans la prise en charge d'une femme ayant vécu un déni de grossesse.

Il semble donc intéressant que les sages-femmes puissent accéder à une formation basée sur la dimension émotionnelle, au cours de leurs études ou en formation continue, afin d'être plus qualifiées dès le début de leur carrière.

- En revanche, 32,7 % des sages-femmes qui ont reçu une information semblent ne pas être satisfaites. En effet, les notions abordées ne les ont pas aidées pour prendre en charge le couple mère-enfant en cas de déni de grossesse.

A propos des attitudes des sages-femmes lors de la prise en charge du couple mère-enfant, en post-partum, nous constatons certaines contradictions. En effet, les réponses des sages-femmes sont interpellantes. Elles nous avouent majoritairement ne pas changer la prise en charge du couple mère-enfant, alors que le cas qu'elles décrivent correspond souvent à un déni total et que les conséquences peuvent être nombreuses. A ce sujet, 85,5 % des 55 sages-femmes interrogées estiment qu'il existe des risques pour la mère et/ou l'enfant suite à un déni de grossesse.

Ainsi, suite à l'analyse de nos résultats nous nous apercevons que les sages-femmes ont des notions concernant les risques du déni de grossesse mais qu'elles n'en tiennent pas compte pour la prise en charge de la dyade mère-enfant. Près de deux sages-femmes sur trois (soit 34 des 55 sages-femmes) tiennent un propos qui mérite réflexion, car elles énumèrent des risques pour la mère et/ou le nouveau-né et elles ne modifient pas leur attitude en conséquence. L'une d'entre elles précise même qu'il n'existe pas de risque pour la mère et son enfant alors qu'elle change son attitude en fonction du comportement maternel.

Nous pouvons émettre une hypothèse au sujet de l'incohérence des réponses de certaines sages-femmes. En effet, nous pensons que le fait d'interroger les sages-femmes sur d'éventuels conséquences du déni de grossesse, a pu influencer leurs « dires » car c'est aussi leur soumettre qu'il existe des risques et elles ont donc cherché à en développer certains.

Cette dernière remarque souligne le fait que les sages-femmes auraient besoin d'une formation plus adaptée pour se sentir à l'aise avec le sujet du déni de grossesse.

Nous avons volontairement placé cette question en dernière position pour être certaines de ne pas orienter le reste de leurs réponses. Avec du recul nous constatons que nous avons bien fait d'organiser le questionnaire de cette façon car cela nous a permis de mettre en évidence l'ambiguïté de l'attitude des sages-femmes.

## **B. Discussion de la méthode**

Nous sommes persuadées que les conditions dans lesquelles se sont déroulées certaines interviews influencent grandement les réponses reçues. En effet, nous n'étions pas toujours dans des lieux isolés pour interroger les sages-femmes, et ces dernières n'étaient pas totalement libres car leurs réponses pouvaient être entendues par leurs collègues et se sentaient donc obligées de donner un discours « socialement et professionnellement » correct.

De plus, nous avons été dépendantes de l'organisation du service et de la disponibilité de chaque sage-femme. Nous nous demandons alors si les réponses des sages-femmes auraient été différentes si nous avions effectué notre étude par questionnaire ou grâce à des interviews plus approfondies ou simplement au cours d'observations.

Lors de nos entretiens, nous avons pu remarquer que certaines sages-femmes ont eu des difficultés à discerner le « déni de grossesse », de la « dissimulation » ou de la « dénégation ». Cela représente un obstacle car cela nous a demandé de prendre du temps pour expliquer les différences entre ces termes, et que cela par conséquent aurait pu influencer leurs réponses. Cette dernière donnée souligne également la nécessité pour les sages-femmes, d'avoir recours à une formation abordant le déni de grossesse.

Nous avons été deux à effectuer ces interviews et nous avons donc séparé le travail. Malgré le questionnaire pré-établi, nous avons inmanquablement posé nos questions différemment du fait du contexte, de la personne en face de nous.

L'analyse des résultats dépend de notre interprétation personnelle mais s'est voulue néanmoins la plus rigoureuse objective et possible. Cette analyse est donc influencée par notre propre perception des « dires » des sages-femmes, qui ne sont d'ailleurs pas irréfutables comme des chiffres.

Il serait donc intéressant de pouvoir réitérer cette étude à un autre moment afin de pouvoir valider ou non les résultats obtenus.

De surcroît, gardons à l'esprit qu'un échantillon de 55 personnes interrogées ne peut être représentatif de toutes les sages-femmes qui ont rencontré des cas de déni de grossesse. Nos résultats ne peuvent pas être généralisés pour le déni de grossesse ni par rapport aux cas les plus frappants de déni que chaque sage-femme a rencontré.

C'est pourquoi cette étude présentant des premières tendances, mériterait d'être reconduite pour confirmer ces premiers résultats. Nous pourrions alors axer notre étude auprès de gynécologues, de pédiatres, de pédopsychiatres ou de sages-femmes libérales.

Nos résultats ont mis en évidence un manque d'information des sages-femmes sur le déni de grossesse, mais aussi un problème de « déni du déni ». C'est pourquoi il nous semble nécessaire de développer des pistes de réflexion pour notre future pratique.

## **Chapitre VIII : Pistes de réflexion concernant notre pratique**

### **A. Signes révélateurs du déni de grossesse**

En général, le déni de grossesse concerne toutes les femmes en âge de procréer avec une prédominance chez les jeunes femmes.

La découverte de la grossesse se fait le plus souvent de façon surprenante au cours des deuxième et troisième trimestres.

Toute découverte tardive de grossesse est l'expression même d'une grossesse niée. Cette reconnaissance de la grossesse peut se faire lors d'une consultation médicale pour un symptôme quelconque (douleurs abdominales, aménorrhées...) : elle est donc fortuite ou peut se faire par la femme elle-même.

De leur côté, les déclarations tardives de grossesse peuvent être signes de grossesse non désirée et expriment le refus de voir la réalité et la difficulté à accepter la grossesse.

Il s'agit souvent d'une dénégation car la plupart des femmes savent qu'elles sont enceintes depuis le début, mais elles ont fait « comme si » elles ne l'étaient pas. (COLASSON I., 1995)

Ainsi, tout retard de déclaration de grossesse, toute demande tardive d'interruption volontaire de grossesse et tout retard mis à l'officialisation administrative de la grossesse, devraient conduire à la recherche d'un déni de grossesse et à la mise en place si nécessaire, de mesures de prévention. (LAHAYE E., 2004 ainsi que MASSARI B., 2002)

### **B. Rôle de la sage-femme**

L'action préventive est rendue difficile car les grossesses sont déclarées souvent très tardivement et le personnel de santé se sent souvent très démuni pour accompagner ces femmes qui présentent un déni de grossesse. En effet, les soignants sont généralement en rupture avec leur propre milieu et se trouvent maladroits lorsqu'ils ne disposent d'aucune connaissance de la situation.

Le tableau clinique des négations de grossesse nous montre l'importance de la relation mère-enfant pendant la grossesse et la complexité du processus psychique de reconnaissance d'autrui en soi.

Ainsi, il est indispensable de savoir poser le diagnostic de déni de grossesse dès que possible afin d'établir un suivi de grossesse et de prévoir les conditions d'accouchement dans le but de protéger l'enfant.

La sage-femme est souvent l'une des premières intervenantes que rencontre la femme, dès la découverte de la grossesse ou juste après. La première rencontre entre la femme enceinte et le personnel soignant est primordiale afin de prévenir la détresse maternelle sociale et psychique, conduisant la femme à une négligence, responsable de l'augmentation des risques de santé pour l'enfant.

Une fois le déni dévoilé, il faut parler de la grossesse avec la future mère car il s'agit d'un moment d'extrême fragilité psychique. En effet, la découverte tardive de la grossesse est traumatique et il est donc essentiel de ne pas quitter la femme à ce moment là. La sage-femme doit être capable de mettre des mots sur les émotions, les sentiments, les pensées qui ont accompagné l'effacement du déni, afin d'aider ces patientes à briser le silence. Le fait de réaliser qu'elles ne sont pas les seules à découvrir tardivement leur grossesse, diminue leur sentiment d'isolement. Il ne faut pas oublier de les déculpabiliser sur le fait qu'elles découvrent leur grossesse tardivement et que ce phénomène peut survenir chez n'importe quelle femme, à tout moment de la vie. La prise en charge de cette femme doit être adaptée et réalisée en fonction du rythme de son travail psychique. En effet, ce n'est pas à partir du moment où l'on nommera et expliquera le symptôme du déni, que la femme débutera sa démarche psychologique. Il n'est pas approprié de parler de l'enfant lors de premières entrevues, car il faut laisser la femme en parler elle-même. Ceci dans le but qu'elle se dirige spontanément et volontairement vers son bébé, sans que le personnel soignant lui impose.

Ces femmes doivent se sentir reconnues, écoutées et soutenues dans les choix et la manière dont elles vont rentrer en contact avec leur enfant. De plus, il est nécessaire d'établir une relation de confiance entre le personnel médical et la patiente afin de faire accepter à cette dernière une prise en charge adaptée à son histoire. Pour cela, il est important de rassurer ces femmes, de répondre à leurs questions, de les informer sur leurs droits et d'envisager les solutions en fonction de leur situation et leurs désirs.

Il paraît important d'évaluer la situation obstétricale, sociale et professionnelle de la patiente, la place du père, l'entourage affectif, le contexte dans lequel survient la grossesse et les facteurs de vulnérabilité préalables. Cette anamnèse doit être adaptée à la situation et réalisée

au moment le plus opportun, afin de ne pas culpabiliser la mère.

Ainsi, dès l'annonce de la grossesse un suivi interdisciplinaire doit être instauré. En effet, une collaboration étroite entre l'assistante sociale, le pédopsychiatre ou le psychologue, l'équipe obstétricale de la maternité, l'équipe de néonatalogie, la sage-femme et le service de PMI / ONE, s'impose.

Afin que la grossesse se poursuive dans les meilleures conditions, un suivi régulier de la grossesse à la maternité et/ou à la PMI / ONE, en fonction des souhaits des patientes est de rigueur.

La notion de « grossesse découverte tardivement » devra être reportée sur le dossier obstétrical, afin que toute personne intervenant auprès de la patiente, connaisse le contexte de cette grossesse et adapte ainsi sa prise en charge.

Le suivi médiocre d'une grossesse est un indice défavorable pour l'avenir du maternage. La grossesse peu ou mal suivie concerne statistiquement une frange défavorisée de femmes, touchées par une précarité sociale (jeunes, multipares, isolées). Ces dernières sont souvent stigmatisées par un réseau social dont la fonction est parfois assimilée par ces femmes à un contrôle auquel elles tentent d'échapper plus qu'à une aide sur laquelle s'appuyer. Pour que le réseau puisse constituer une ressource, la confiance est donc à construire pas à pas. Cela n'est pas facile, car les situations de négligence prénatale génèrent des représentations négatives, rendant encore plus difficile la communication avec la femme, mais aussi entre les professionnels. L'équipe risque de se sentir disqualifiée et de réaffirmer son autorité par une prise de décision cassante à l'encontre de telles patientes. Il faut donc établir une confiance relationnelle avec la patiente, pour assurer un véritable suivi et l'articuler à un réseau constructif.

Sur le plan psychologique, un suivi doit être proposé systématiquement mais de façon progressive, adéquate et positive, aussi bien pour les femmes découvrant leur grossesse tardivement que pour celles ne découvrant leur état qu'à l'accouchement. Or, trop souvent, ce symptôme est banalisé et aucun suivi psychologique n'est proposé car ces femmes sont trop souvent prises pour des menteuses ou des simulatrices.

Ainsi, une véritable psychothérapie, liant passé douloureux et drame présent permettrait un avenir possible pour un autre bébé.

Le fait de nommer et d'expliquer le symptôme du déni, comme un mécanisme de défense que chaque personne peut utiliser à un moment de sa vie pour se protéger d'émotions, de sentiments et de pensées complexes, ouvre aux patientes l'accès à un travail psychique. Il faut les amener à accepter que cette grossesse n'a pas d'autre issue que la naissance d'un enfant. Mieux vaut anticiper que mettre sa vie en danger.

Le dépistage des femmes en difficulté lors de la grossesse ou dans le post-partum précoce, notamment des femmes anxieuses ou déprimées, permet parfois, dans un cadre adapté, l'expression d'affects hostiles envers la grossesse ou le nouveau-né. Le soutien apporté à la mère peut permettre une certaine prévention des comportements maltraitants. Ainsi, la sage-femme doit être en mesure de « ressentir » les risques de dépression maternelle, de difficultés dans les relations précoces mère-enfant, de maltraitance, voire de néonaticide.

Cependant, même s'il est important de savoir que ces grossesses ont un potentiel de violence, il est impossible de prédire, avant la naissance, la qualité de la relation mère-enfant.

Au moment de la découverte de la grossesse ou lors de l'accouchement, il est nécessaire de ne pas influencer la décision de la femme, de ne pas la forcer à créer un lien ou lui recommander une séparation afin de préserver son avenir et celui de son enfant. Si la mère « s'éloigne » spontanément de son enfant, il est important de ne pas vouloir la remplacer mais plutôt de la suppléer dans ses fonctions. Cependant aider la mère à se construire, quitte à ce qu'elle s'éloigne de son enfant, ne peut qu'être bénéfique pour l'enfant à long terme car les besoins de la mère et de l'enfant ne se situent pas dans le même registre. Relation ne signifie pas proximité. Au contraire, la construction d'un lien nécessite bien souvent une mise à distance qui permet de décoller les affects liés à l'histoire maternelle de la réalité d'un enfant lui-même source d'émotions.

Le chemin à franchir pour accéder à la « mutualité » nécessaire entre la mère et l'enfant passe parfois par une distance matérialisée qui seule permettra la mise en place des processus de reconnaissance. Il n'est pas question de supprimer la douleur d'une séparation, mais de lui donner un sens et des modalités d'intégration qui ne seront pas identiques pour l'enfant et pour la mère. Dans certains cas, mettre l'enfant à l'abri, c'est protéger la mère du risque de maltraitance. Maltraiter un enfant issu de soi-même équivaut à se maltraiter soi-même quelle que soit la sensation d'étrangeté, voire de haine, que suscite cet enfant dans l'instant.

Au moment de l'accouchement et dans le cas où la jeune femme semble désespérée et ne

semble pas rechercher le contact avec son enfant, la sage-femme doit respecter cette attitude. En expliquant que la rencontre se fera en temps voulu, la sage-femme aide la mère à mieux vivre les premiers instants, et à ne pas se culpabiliser.

En suites de couches, un soutien et une attention particulière sont à établir, ainsi qu'une vigilance des signes de détresse psychologique. De plus, les femmes dont le déni de grossesse a perduré jusqu'à l'accouchement et qui n'ont pas pu bénéficier d'entretiens psychologiques, qui ont été forcées par l'entourage de garder le bébé, qui s'en sont séparé puis se sont rétractées, ou dont l'ambivalence envers l'enfant se maintient malgré l'écoute attentive, risquent davantage de problèmes psychologiques.

Si l'enfant reste auprès de sa mère, il est essentiel d'évaluer sérieusement avec l'ensemble du personnel de santé la qualité de l'investissement affectif de cet enfant, de rester à l'écoute des signaux émis par le bébé et de repérer l'ambivalence et la façon dont la mère l'élabore.

La sage-femme doit également savoir reconnaître les mamans « déprimées », victimes du « baby-blues ». Si certaines femmes sont plus ou moins sensibles à ce dernier phénomène, certaines en revanche se sentiront dépassées. La sage-femme, par une attitude empathique et disponible, peut aider la jeune mère à passer ce cap difficile. Il ne faut pas oublier que les femmes ayant vécu un déni de grossesse sont plus sujettes aux « dépressions » au cours du post-partum.

Il semble donc nécessaire que les professionnels de santé soient sensibilisés et informés sur cette question, afin d'obtenir une meilleure connaissance du symptôme, dans le but d'apporter un soutien efficace à ces femmes en situation de grande vulnérabilité. Trop souvent le personnel ne voit que le risque de perturbation relationnelle et n'a que sa propre affectivité, son bon sens parfois, pour trouver les mots adaptés. La création de groupes de paroles parmi les soignants pourrait permettre aussi de mieux appréhender et encadrer ces situations difficiles.

Il est nécessaire de favoriser la relation mère-enfant en aidant la femme à devenir la mère de cet enfant qu'elle n'a pas imaginé. Ainsi, l'allaitement maternel peut être conseillé et suffisamment de temps devra être laissé pour que ce lien puisse se mettre en place à la maternité. De plus, une aide personnalisée et soutenue paraît nécessaire afin d'encourager et

de permettre le maintien de cet allaitement.

Il est également important de connaître le positionnement du père et de la famille quant à cet événement et la place qui sera faite à l'enfant au sein de cette même famille. De cette évaluation, résultera un suivi adapté en post-partum.

Lorsque des troubles de la relation mère-enfant apparaissent, il faut savoir qu'il existe des lieux spécifiques pour accompagner ces difficultés. En effet, la création d'unités mère-enfant est une avancée importante. Dans ces unités, les thérapeutes (sages-femmes et équipe psychiatrique) tentent de traiter les troubles affectant la parentalité. Néanmoins, ces services sont encore peu développés.

De plus, lors du retour de la femme et de son enfant à domicile, un relais d'accompagnement devrait être établi par les services de PMI / ONE. Ce suivi, à distance de l'accouchement, permettrait de porter une attention particulière au développement psychoaffectif de l'enfant.

Avant que ces mères ne sortent de la maternité, la question de la contraception doit être abordée, comme pour toutes les femmes. Il est indispensable que ces femmes soient informées sur leur fécondité et que les différentes méthodes contraceptives soient exposées. Les patientes devraient quitter le service de maternité avec la prescription d'une contraception efficace et la plus adaptée possible.

Cette prise en charge idéale reste limitée, parce que certaines femmes n'acceptent pas ces interventions et/ou sont trop dans la culpabilité. Pour éviter qu'elles n'échappent très rapidement à tout accompagnement et pour augmenter les chances de garder contact avec elles, il est important que la prise en charge soit établie par de multiples intervenants appartenant à des champs d'activités diversifiés. Cependant rappelons que la multiplicité des intervenants risque de diluer les capacités d'attachement de la mère. Il est donc nécessaire que les professionnels soient cohérents et compétents dans la prise en charge de ces grossesses et puissent instaurer une relation de confiance avec la patiente. Ces derniers ne doivent pas vouloir contrôler la situation mais plutôt se positionner en tant qu'aide pour la patiente.

# Conclusion générale

Il n'existe pas de définition consensuelle du déni de grossesse et beaucoup d'interrogations sur sa psychopathologie persistent encore.

Ce phénomène apparaît néanmoins comme un mécanisme de défense psychique contre l'angoisse et l'émergence des pulsions agressives générées par la grossesse, chez des femmes indemnes, la plupart du temps, de pathologies psychiatriques.

Néanmoins, ces situations interpellantes ne doivent pas être banalisées même dans le cas des dénis partiels parce qu'elles correspondent à une réelle détresse maternelle.

Certaines femmes pourraient être qualifiées dès avant la naissance de « mère à risque ». Peut-on prévoir précisément le potentiel qu'aura une mère à s'adapter à son enfant dont la plupart des caractéristiques s'avèrent encore imprévisibles en cours de grossesse ?

Dépister ou reconnaître plus précocement ces situations reste très difficile. La prévention des complications inhérentes au déni de grossesse semble être un enjeu de santé publique non négligeable, compte tenu du risque vital et psychologique pour l'enfant.

Une sensibilisation des équipes médicales à cette situation semble nécessaire et une prise en charge par une équipe interdisciplinaire travaillant en réseau doit s'organiser. Les sages-femmes sont particulièrement concernées par cette prise en charge ; elles ont un rôle de soutien, d'accompagnement, d'information auprès de ces patientes et d'intermédiaire avec les autres intervenants.

Après cette étude, nous nous apercevons qu'il serait nécessaire d'élargir l'observation de l'évolution des liens mère-enfant une fois que la femme est rentrée à domicile avec son enfant. En effet, de nombreuses sages-femmes observent que les interactions mère-nourrisson sont de bonne qualité pendant le séjour hospitalier. Cependant n'existe-t-il pas un risque de décompensation lors du retour à domicile lorsque la femme se retrouve seule avec son enfant ? Ne serait-ce pas, en prenant en charge « normalement » le couple mère-enfant qui ne semble pas avoir besoin d'aide, que la sage-femme participe au risque de décompensation à domicile ? En effet, si la sage-femme ne se base que sur l'aspect extérieur d'une « bonne »

relation mère-enfant, elle risque de ne pas penser à adapter ses attitudes et alors de ne pas prévenir le risque secondaire d'une décompensation, lorsque la patiente ne sera plus accompagnée chez elle.

## Bibliographie



- **ASSOCIATION POUR LA RECONNAISSANCE DU DENI DE GROSSESSE**, « le déni de grossesse », <http://denidegrossesse.iffrance.com/denidegrossesse/> , 2005.
- **BAYLE B.**, « L'embryon sur le divan : psychopathologie de la conception humaine », édition Masson, Paris, 2003, 168 pages.
- **BENHAIM M.**, « La folie des mères. J'ai tué mon enfant », Edition Imago, 1991, 143 pages.
- **BERGERET- AMSELEK C.**, « Le mystère des mères », 4<sup>ème</sup> édition, Edition Desclée de Brouwer, Paris, 1997, page 28.
- **BERRY-BRAZELTON T., CRAMER B.**, «Les premiers liens : l'attachement parents-bébé vu par un pédiatre et un psychiatre », Edition Livre de Poche, 1991, Paris, 372 pages.
- **BONNET C.**, « Geste d'amour, l'accouchement sous X », Edition Odile Jacob, 1990, 237 pages.
- **BOUCHET C.**, « Devenir mère ou la prise en charge des difficultés psychologiques maternelles », Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, Ecole de Bourg en Bresse, 2002, 58 pages.
- **BOWLBY J.** « La théorie de l'attachement », in **LEBOVICI S., WEIL-HALPERN F.**, Psychopathologie du bébé, Edition PUF, Paris, 1989, 877 pages
- **BUN C., GILBELT V., JOUINOT P.**, « La Périnatalité », Edition Bréal, Paris, 2003, pages 46 à 48.
- **BUSNEL M-C., GRANIER-DEFERRE C., LECANUET J-P., LEHMANN A-G.**, « La sensorialité foetale », in **LEBOVICI S., WEIL-HALPERN F.**, Psychopathologie du bébé, Edition PUF, Paris, 1989, 877 pages.
- **BYDLOWSKI M.**, « Des interventions psychothérapeutiques à la maternité », Des mères et leur nouveau-né, Edition ESF, Paris, 2002, pages 15 à 28.
- **BYDLOWSKI M.**, « Désir d'enfant, désir de grossesse, évolution des pratiques de procréation », in **LEBOVICI S., WEIL-HALPERN F.**, Psychopathologie du bébé, Edition PUF, Paris, 1989, 877 pages.
- **BYDLOWSKI M.**, « Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de la maternité », Editions Odile Jacob, Paris, 2000, 187 pages.
- **BYDLOWSKI M.**, « Transparence psychique de la grossesse et dette de vie », in **DUGNAT M.**, « Devenir père, devenir mère. Naissance et parentalité », Edition Erés, Toulouse, 1999, 168 pages.
- **CHATEL M-M.**, « Malaise dans la procréation », Edition Albin Michel, 1993, pages 22 à 35.

- **CHUPIN-ROUSSEL M-P.**, « Chapitre 1 : Créer des liens », in PACCOUD G., Organiser des soins de qualité en maternité, Edition Arnette, Reims, 1992, 302 pages.
- **CHUPIN-ROUSSEL M-P.**, « Chapitre 3 : Compétences et rythmes naturels du nouveau-né », in PACCOUD G., Organiser des soins de qualité en maternité, Edition Arnette, Reims, 1992, 302 pages.
- **CHUPIN-ROUSSEL M-P.**, « Chapitre 4 : Premières expériences de la vie avec un bébé », in PACCOUD G., Organiser des soins de qualité en maternité, Edition Arnette, Reims, 1992, 302 pages.
- **CHUPIN-ROUSSEL M-P.**, « Chapitre 5 : Moments privilégiés », in PACCOUD G., Organiser des soins de qualité en maternité, Edition Arnette, Reims, 1992, 302 pages.
- **COLASSON I.**, « Leur maternité est impensable. De la grossesse niée au déni de grossesse », mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, école de Poitiers, 1995, 59 pages.
- **CYRULNIK B.**, « Sous le signe du lien, une histoire naturelle de l'attachement », Edition Hachette, Collection Pluriel, novembre 1993, 319 pages.
- **DAYAN J., ANDRO G., DUGNAT M.**, « Psychopathologie de la périnatalité », Edition Masson, Paris, 1999, 544 pages.
- **DELASSUS J-M.**, « Le génie du fœtus. Vie prénatale et origine de l'homme », Paris, Edition Dunod, février 2001, 190 pages.
- **DELASSUS J-M.**, « Le sens de la maternité. Cycle du don et de la genèse », Edition Dunod, Paris, 1995, Enfances Initiations, 209 pages.
- **FLORENTIN M.**, « L'échographie, sa responsabilité dans les représentations maternelles du fœtus et les interactions précoces pendant la grossesse », Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, Ecole de Lyon, 2001.
- **GAUTHIER Y.**, « Facteurs de protection dans la transmission de l'attachement », in DUGNAT M., « Devenir père, devenir mère. Naissance et parentalité », Edition Erès, Toulouse, 1999, 168 pages.
- **GOUTALAND A.**, « Les relations précoces mère-enfant (La grossesse, l'accouchement et les premiers jours) », Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, Ecole de Lyon, 1995.
- **GRANGAUD N.**, « Déni de grossesse, essai de compréhension psychopathologique », Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine, Paris, 2001, 133 pages.
- **GUILLAUMONT C.**, « Psychologie de la femme enceinte », Soins Pédiatrie Puériculture, n°177, juillet 1997, pages 9 à 12.

- **GUILLIN J.**, « de l'oubli à la mémoire. Un autre regard sur l'abandon », édition Stock, Paris, 1996, 226 pages.
- **HERBINET E., BUSNEL MC.**, « L'aube des sens », Les cahiers du nouveau-né n° 5, Edition Stock, 1981.
- **HUBIN-GAYTE M., FOSSEY L., CANDILIS-HUISMAN D.**, « Violences des mères ? Violences des bébés ? », in BYDLOWSKI M., Des mères et leur nouveau-né, Edition ESF, 2002, 213 pages.
- **JOUBERT A-L.**, « Les déclarations tardives de grossesse », Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, Ecole de Lyon, 1996, 59 pages.
- **KREISLER L.**, « La dépression du nourrisson », in LEBOVICI S., WEIL-HALPERN F., Psychopathologie du bébé, Edition PUF, Paris, 1989, 877 pages.
- **KREISLER L.**, « Le nouvel enfant du désordre psychosomatique », Edition Privat, Toulouse, 1987, 345 pages.
- **LAHAYE E.**, « Passager clandestin », Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, Ecole de Caen, 2004, 61 pages.
- **LAMOUR M.**, « Les nourrissons de parents psychotiques », in LEBOVICI S., WEIL-HALPERN F., Psychopathologie du bébé, Edition PUF, Paris, 1989, 877 pages.
- **LAMOUR M.**, « Souffrance autour du berceau », Edition Gaëtan Morin, 1998, 277 pages.
- **LAPLANCHE J., PONTALIS J-B.**, « Vocabulaire de la psychanalyse », Edition PUF, Paris, 1967, pages 112 à 115.
- **LEBOVICI S.**, « La mère », in LEBOVICI S., WEIL-HALPERN F., Psychopathologie du bébé, Edition PUF, Paris, 1989, 877 pages.
- **LEBOVICI S.**, « La psychiatrie du nourrisson et la pathologie des interactions précoces », in LEBOVICI S., WEIL-HALPERN F., Psychopathologie du bébé, Edition PUF, Paris, 1989, 877 pages.
- **LEBOVICI S.**, « Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces », Edition Paidos, Le Centurion, Vendôme, 1983, 373 pages.
- **MARINOPOULOS S.**, « Accouchement et abandon », Gynécologie Obstétrique, N°455-456, juin-juillet 2002, pages 26-27.
- **MASSARI B.**, « Le déni de grossesse », Perspectives psy, volume 41, n°3, juin-juillet 2002.
- **MISSONNIER S., GOLSE B., SOULE M.**, « La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité », Edition PUF, Paris, 2004, 734 pages.

- **MOLENAT F.**, « Ces mères vulnérables », Edition Laurence Pernoud, 1992, 340 pages.
- **NADEL D.**, « La naissance maltraitée, être ou ne pas naître », Les Dossiers de l'obstétrique, n°269, février 1999, pages 3 à 7.
- **NEGRI R.**, « Symptômes d'alarme chez le nouveau-né », traduit par SQUIRES C., in BYDLOWSKI M., Des mères et leur nouveau-né, Edition ESF, 2002, Paris, 213 pages.
- **ODENT M.**, « L'amour scientifié, les mécanismes de l'amour », Edition Jouvence, Paris, 2001, pages 39 à 41.
- **PELLARIN V.**, « Accouchement sous X, prise en charge de la femme et de l'enfant », Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, Ecole de Lyon, 1996, 49 pages.
- **PIERREHUMBERT B., MILJKOVITCH DE HEREDIA R., AFLON O.**, « Théorie de l'attachement et de la parentalité », in DUGNAT M., « Devenir père, devenir mère. Naissance et parentalité », Edition Erès, Toulouse, 1999, 168 pages.
- **PIERROU C., DELANNOY M-A., FLOREQUIN C., LIBERT M.**, « Le déni de grossesse à propos de 56 cas observés en maternité », Perspectives psychiatriques, juillet 2002, volume 41, pages 182-188.
- **PITANGE M-A.**, « Les troubles psychiques du post-partum, regard de la sage-femme », Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, Ecole de Lyon, 1995, 58 pages.
- **POTTECK S.**, « Les unités mères-nourrissons en psychiatrie », Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, Ecole de Lyon, 1998, 41 pages.
- **RAPHAEL-LEFF J.**, « Psychothérapie périnatale », traduit par CANDILIS-HUISMAN D., in BYDLOWSKI M., Des mères et leur nouveau-né, Edition ESF, 2002, Paris, 213 pages.
- **RELIER J-P.**, « L'aimer avant qu'il naisse, le lien mère-enfant avant la naissance », Edition Robert Laffont, Collection Réponses, avril 1993, 206 pages.
- **RIGHETTI P-L.**, « la vie psychique et émotionnelle du fœtus », Les Recherches de Carnet Psy, <http://www.carnetpsy.com/Archives/Recherches/Items/p50.htm>, 2000, pages 1 à 7.
- **ROBERT P.**, « le Petit Robert », édition Dictionnaire Le Robert, Paris, 1972, 1970 pages.
- **ROEGIERS L.**, « La grossesse incertaine », Edition PUF-fil rouge, Bruxelles, 2003, 331 pages.

- **SOUBIEUX M-J., SOULE M.**, « La psychiatrie fœtale », Collection Que Sais-Je ?, Edition PUF, Paris, 2005, 127 pages.
- **STERN D.**, « La naissance d'une mère », Edition Odile Jacob, Paris, 1998, 238 pages.
- **STERN D.**, « Les interactions affectives », in **LEBOVICI S., WEIL-HALPERN F.**, Psychopathologie du bébé, Edition PUF, Paris, 1989, 877 pages.
- **STOLERU S.**, « La parentification et ses troubles », in **LEBOVICI S., WEIL-HALPERN F.**, Psychopathologie du bébé, Edition PUF, Paris, 1989, 877 pages.
- **STRYCKMAN N.**, « Désir d'enfant », in **CHEMANA R.**, Dictionnaire de la psychanalyse, Larousse, Paris, 1995, pages 78 à 79.
- **DE VALORS M-H.**, « Le versant psychique de l'accouchement », Les Dossiers de l'Obstétrique, n° 289, décembre 2000, pages 17 à 22.
- **DE VALORS M-H.**, « Le versant psychique de la grossesse », Les Dossiers de l'Obstétrique, n° 287, 2000, pages 30 à 37.
- **VERNY T.**, « La vie secrète de l'enfant avant sa naissance », Edition Grasset, Paris 1982, 270 pages.
- **WOLFF-QUENOT M-J.**, « In utero. Mythes, croyances et cultures », Edition Masson, Paris, 2001, pages 192 à 193.

# Annexes

## ❖ ANNEXE 1 : VOCABULAIRE DE LA PSYCHANALYSE

**Accomplissement de désir** : « *Formation psychologique dans laquelle le désir est imaginativement présenté comme réalisé. Les productions de l'inconscient (rêve, symptôme et par excellence le fantasme) sont des accomplissements de désir où le désir s'exprime sous une forme plus ou moins déguisée* » (LAPLANCHE J. et al., 1967).

**Blues du post-partum** : « *La cause du blues est complexe. Il cumule la fin du stress de la grossesse et de l'accouchement, avec des conditions hormonales nouvelles. Mais le blues serait surtout la traduction émotionnelle d'une sorte de dénudation psychique permettant à la mère de se mettre en phase avec son nouveau-né.*

*Les jeunes mères se plaignent d'une tristesse inexplicée, d'irritabilité, de fatigue et même de déception devant le nouveau-né. L'entourage souvent ne sait répondre à cette tristesse que par la banalisation* » (BYDLOWSKI M., 2002).

**Clivage du moi** : « *Terme employé par Freud pour désigner un phénomène bien particulier qu'il voit à l'œuvre surtout dans le fétichisme et les psychoses : la coexistence, au sein du moi, de deux attitudes psychiques à l'endroit de la réalité extérieure en tant que celle-ci vient contrarier une exigence pulsionnelle : l'une tient compte de la réalité, l'autre dénie la réalité en cause et met à sa place une production du désir. Ces deux attitudes persistent côte à côte sans s'influencer réciproquement* » (LAPLANCHE J. et al., 1967).

**La compétence du nouveau-né** : « *Désigne à la fois les aptitudes et initiatives du nouveau-né à percevoir et à réagir par tous ses sens. L'embryon réagit au son et à la lumière et le nouveau-né reconnaît rapidement l'odeur de sa mère et sa voix* » (KREISLER L., 1987).

**Complexe d'oedipe** : « *Ensemble organisé de désirs amoureux et hostiles que l'enfant éprouve à l'égard de ses parents. Sous sa forme dite positive, le complexe se présente comme dans l'histoire d'Œdipe-Roi : désir de la mort de ce rival qu'est le personnage du même sexe et désir sexuel pour le personnage de sexe opposé. Sous sa forme négative, il se présente à l'inverse : amour pour le parent du même sexe et haine jalouse du parent du sexe opposé. En fait ces deux formes se retrouvent à des degrés divers dans la forme dite complète du complexe d'oedipe. Selon Freud, le complexe d'oedipe est vécu dans sa période d'acmé entre*

*trois et cinq ans, lors de la phase phallique ; son déclin marque l'entrée dans la période de latence. Il connaît à la puberté une reviviscence et est surmonté avec plus ou moins de succès dans un type particulier de choix d'objet. Le complexe d'oedipe joue un rôle fondamental dans la structuration de la personnalité et dans l'orientation du désir humain. Les psychanalystes en font l'axe de référence majeur de la psychopathologie, cherchant pour chaque type pathologique à déterminer les modes de sa position et de sa résolution. L'anthropologie psychanalytique s'attache à retrouver la structure triangulaire du complexe d'oedipe, dont elle affirme l'universalité, dans les cultures les plus diverses et pas seulement dans celles où prédomine la famille conjugale » (LAPLANCHE J. et al., 1967).*

**Dénégation** : *« Procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulé, continue à s'en défendre en niant qu'il lui appartienne » (LAPLANCHE J. et al., 1967).*

**Déni** : *« Terme employé par Freud dans un sens spécifique : mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, essentiellement celle de l'absence de pénis chez la femme. Ce mécanisme est particulièrement invoqué par Freud pour rendre compte du fétichisme et des psychoses » (LAPLANCHE J. et al., 1967).*

**Dépression post-natale** : *« Lorsque le blues est particulièrement sévère et durable, il est souvent le précurseur d'une authentique dépression postnatale. Il faut considérer cette situation comme pathologique. Cette pathologie touche au moins 10% des accouchées. Cette dépression dure sans amélioration spontanée et, non soignée, elle transforme en épreuve douloureuse la première année de vie commune avec l'enfant. Elle risque même d'entraver le premier développement de celui-ci, car le partage quotidien joyeux avec une jeune mère heureuse est un ciment vital acquis pour toujours » (BYDŁOWSKI M., 2002).*

**Désir** : *« Dans la conception dynamique freudienne, un des pôles du conflit défensif : le désir inconscient tend à s'accomplir en rétablissant, selon les lois du processus primaire, les signes liés aux premières expériences de satisfaction. La psychanalyse a montré, sur le modèle du rêve, comment le désir se retrouve dans les symptômes sous la forme de compromis » (LAPLANCHE J. et al., 1967).*

**Etats du Moi :** « Parties d'expérience présente et passée ; pendant la grossesse le fœtus est toujours intéressé par des expériences qui renforcent son moi : les stimulations, les émotions, les relations avec le monde interne (intra-utérin) et externe, sont des forces dynamiques impliquées dans le processus d'origine et de maturation psychique » (RIGHETTI P-L., 2000).

**Inconscient :** « Au sens « topique », inconscient désigne un des systèmes définis par Freud dans le cadre de sa première théorie de l'appareil psychique : il est constitué de contenus refoulés qui se sont vu refuser l'accès au système préconscient-conscient par l'action du refoulement » (LAPLANCHE J. et al., 1967).

**Interactions :** « Comportements mis en jeu par le nouveau-né pour s'assurer le contact de sa mère. Il s'agit de manifestations innées comme les pleurs, le sourire, la succion, l'agrippement...auxquelles la mère répond et devient ainsi la cible privilégiée de l'enfant » (Bowlby, 1969).

**Maltraitance :** « La maltraitance englobe habituellement la notion de négligence et la notion d'abus. La négligence se définit comme une forme de mauvais traitement caractérisé par un manque chronique de soins sur les plans de santé, de l'hygiène corporelle, de l'alimentation, de la surveillance, de l'éducation, ou des besoins affectifs. Par contre, l'abus désigne les actes volontaires ou involontaires, d'assauts et d'agressions physiques ou émotifs envers l'enfant » (HUBIN GAYTE M. et al., 2002).

**Maternage :** « Technique de psychothérapie des psychoses, particulièrement de la schizophrénie, qui vise à établir entre le thérapeute et le patient, sur un mode à la fois symbolique et réel, une relation analogue à celle qui existerait entre une « bonne mère » et son enfant » (LAPLANCHE J. et al., 1967).

**Mécanisme de défense :** « Différents types d'opérations dans lesquelles peut se spécifier la défense. Les mécanismes prévalents sont différents selon le type d'affection envisagée, selon l'étape génétique considérée, selon le degré d'élaboration du conflit défensif, etc. On s'accorde à dire que les mécanismes de défense sont utilisés par le moi, la question théorique restant ouverte de savoir si leur mise en jeu présuppose toujours l'existence d'un moi organisé qui en soit le support » (LAPLANCHE J. et al., 1967).

**Moi :** « *Le Moi est le résultat de l'expérience : dès qu'un individu possède des caractéristiques physiques e biologiques qui lui permettent d'être en interaction, de répondre à des stimuli et à percevoir, le Moi peut ainsi apparaître. Quand un individu a l'expérience de son existence corporelle et physique, alors il peut dire que son Moi existe (RIGHETTI P-L., 2000).*

*Du point de vue dynamique, le moi représente éminemment dans le conflit névrotique le pôle défensif de la personnalité ; il met en jeu une série de mécanismes de défense, ceux-ci étant motivés par la perception d'un affect déplaisant » (LAPLANCHE J. et al., 1967).*

**Parentalisation :** « *Il s'agit de l'influence positive (création ou renforcement) exercée par une personne (le bébé par exemple) sur le sentiment qu'a un adulte (la mère par exemple) d'être parent. Elle fait donc référence au vécu de l'« identité parentale » et aussi au sentiment de compétence. La paternalisation est la parentalisation appliquée au père, la maternalisation à la mère » (LAMOUR M., 1998).*

**Parentalité :** « *Ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents. C'est un processus maturatif qui permet de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) à trois niveaux :*

- *le corps (les soins nourriciers)*
- *La vie affective*
- *La vie psychique » (LAMOUR M., 1998).*

**Traumatisme psychique :** « *Événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations (LAPLANCHE J. et al., 1967) ».*

## ❖ ANNEXE 2 : CAPACITES SENSORIELLES DU FOETUS

**Capacité tactile** : le développement anatomique des récepteurs cutanés s'établit dès la septième semaine de développement embryonnaire, notamment dans la région péribuccale avant de s'étendre à l'ensemble du corps vers 13-14 semaines de gestation (DELASSUS J-M., 2001). « *Les voies somesthésiques afférentes sont fonctionnelles jusqu'au cortex primaire à 25 semaines de gestation* » (MISSONNIER S. et al., 2004). Concernant la réactivité du fœtus à la douleur, ces auteurs précisent que les voies nerveuses et les médiateurs de la nociception sont présents dès le dernier trimestre de la gestation. De ce fait, le fœtus *in utero* serait aussi sensible à la douleur. De plus, Le système proprioceptif fœtal peut être activé à la fois par les mouvements fœtaux et par toutes sources de pressions sur le corps fœtal. Cependant, il est probable que le liquide amniotique atténue l'impact des mouvements maternels sur le fœtus.

**Capacité gustative** : le goût provient des papilles de la langue, du voile du palais et de la partie haute du pharynx, dont les bourgeons apparaissent à la 12<sup>ème</sup> semaine de développement embryonnaire et dont le nombre croît jusqu'à la naissance (DELASSUS J-M., 2001 et MISSONNIER S. et al., 2004).

**Capacité olfactive** : Les récepteurs olfactifs commencent à se différencier très tôt, entre 5 et 9 semaines de gestation (DELASSUS J-M., 2001). On observe un début de leur activité vers la 11<sup>ème</sup> semaine avec un état pleinement fonctionnel au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre de gestation : « *l'ensemble des structures chimiosensorielles du nez apparaît prêt à entrer en fonction* » (MISSONNIER S. et al., 2004). Ainsi d'après BUSNEL M-C. et al. (1989) les bulbes olfactifs, qui constituent le système olfactif primaire, sont bien développés à 6 mois de gestation. Ils paraissent en mesure de détecter les molécules odorantes en milieu liquidien (*in utero*), mieux peut-être qu'en milieu aérien.

**Capacité auditive** : Les structures de l'oreille se dessinent à partir du 24<sup>ème</sup> jour de la gestation et la cochlée, partie de l'oreille interne qui reçoit les terminaisons du nerf auditif, apparaît à la 6<sup>ème</sup> semaine et atteint sa taille adulte et entre en fonction à 20 semaines (DELASSUS J-M., 2001). La maturation des cellules réceptrices cochléaires (cellules ciliées) s'achèverait vers 28-30 semaines d'âge gestationnel (BUSNEL M-C. et al., 1989 et MISSONNIER S. et al., 2004). « *L'appareil vestibulaire, de même origine embryologique*

*que l'appareil auditif, se différencie en parallèle du tractus auditif avec 2-3 semaines d'avance » (MISSONNIER S. et al., 2004).*

**Capacité visuelle :** Le système visuel est le dernier système sensoriel à se développer et est encore très inachevé à la naissance. Il permet néanmoins au nouveau-né de détecter, fixer, poursuivre et explorer la forme d'un stimulus dans des conditions favorables à leur expression. *« Les événements principaux de morphogenèse rétinienne et le développement du nerf optique apparaissent progressivement entre 2 et 4 mois de gestation. L'ouverture des paupières peut se faire dès la 20<sup>ème</sup> semaine de grossesse » (MISSONNIER S. et al. 2004).*

Nous joignons un tableau récapitulatif de l'acquisition des « sensorialités fœtales » extrait du livre Le génie du fœtus de DELASSUS J-M. (2001) afin d'illustrer les notions ci-dessus. Cet auteur s'appuie sur les études de trois publications à savoir : Mélen M. (1999), Relier J-P. (1993) et Lecanuet J-P. et al. (1992) (se référer à la figure 36 ci-dessous).

FONCTION SENSORIELLE	MÉLEN (1999)	RELIER (1993)	LECANUET <i>et al.</i> (1992)	Moyenne
TACT	7 s. – début du développement dans la région péribuccale 14 s. – réponses du corps entier sauf dos et partie supérieure de la tête 20 s. – développement achevé	7 s. – début du développement dans la région péribuccale 11 s. – visage, paumes des mains et plantes des pieds 20 s. – le reste de la peau et les muqueuses	7 s. – début du développement des récepteurs tactiles dans la région péribuccale 11 s. – visage, paumes des mains et plantes des pieds. 15 s. – tronc et parties proximales des membres 20 s. – le reste de la peau et les muqueuses	Début : 7 semaines AG Moyen : 12 semaines AG Achévé : 20 semaines AG
ÉQUILIBRATION	7,5 s. – début du développement du labyrinthe 14 s. – achèvement du labyrinthe 21 s. – neurones vestibulaires fonctionnels	8 s. – début de l'innervation de l'oreille interne 20 s. – maturation achevée	7,5 s. – début de la formation des canaux semi-circulaires, etc. 9 s. – Réflexes vestibulaires (Humphrey) 14 s. – système labyrinthique mature 21 s. – neurones des noyaux vestibulaires fonctionnels	Début : 8 semaines AG Moyen : 12 semaines AG Achévé : 20 semaines AG
GOÛT	7-9 s. – début des bourgeons gustatifs 13-15 s. – sont apparents	12 s. – début des bourgeons gustatifs	12 s. – début des bourgeons gustatifs 13 s. – maturité des bourgeons 18 s. – le bulbe olfactif a sa structure adulte	Début : 8 semaines AG Moyen : 12 semaines AG Achévé : 18 semaines AG
ODORAT	5 s. – début de différenciation des récepteurs olfactifs 25 s. – pleinement fonctionnels	8-9 s. – bulbes olfactifs repérables 11 s. – premiers récepteurs olfactifs organe voméro-nasal présent de 5 à 13 s.	6-7 s. – ébauches des récepteurs olfactifs 13 s. – cellules réceptrices ciliées organe voméro-nasal 5-8 s. – ébauche 20 s. – plein développement et régression	Début : 7 semaines AG Moyen : 11-12 semaines AG Achévé : 25 semaines AG
AUDITION	10 s. – cochlée achevée 20 s. – cochlée adulte et fonctionnelle 8 s. – début développement Organe de Corti 11 s. – cellules ciliées visibles 14 s. – positionnement final de l'O. de Corti 28 s. – ensemble auditif fonctionnel	10 s. – cochlée achevée 20 s. – cochlée adulte et fonctionnelle 18-20 s. – entrée en fonction de l'Organe de Corti 28 s. – le fœtus réagit à des sons extérieurs	8 s. – début du développement 10 s. – cochlée achevée mais seuils de fonctionnement élevés 18-20 s. – développement de l'Organe de Corti 20 s. – fonctionnement de la cochlée	Début : 8 semaines AG Moyen : 20 semaines AG Achévé : 28 semaines AG
VISION	20 s. – ouverture/fermeture des paupières 25 s. – début de la maturation du système visuel 25 s. – début des mouvements oculaires	– le système visuel est fonctionnel dès la naissance	20 s. – début du fonctionnement des paupières	22 s. – Potentiels évoqués visuels (Verley)

Figure 36 : Fonctionnalités sensorielles du fœtus

### ❖ **ANNEXE 3 : PRINCIPE DE L'ETAT DE VIGILANCE DU NOUVEAU-NE**

Les états de vigilance du nouveau-né sont décrits par LEBIVICI S. (1983) :

L'état 1 : sommeil profond, yeux fermés, aucun mouvement oculaire, respiration régulière, pas d'activité motrice, excepté des mouvements fins et brusques des doigts, des lèvres, des paupières, visage immobile, pas de grimaces ni de mouvements buccaux, la peau est rosée, le tonus musculaire est relâché.

L'état 2 : sommeil léger, paupières fermées, mouvements oculaires rapides survenant par bouffées, que l'on peut distinguer facilement sous les paupières, respirations irrégulières et plus rapides, de temps à autres quelques mouvements des membres ou bien du corps tout entier, mouvements faciaux de type grimaces, sourires, froncements des sourcils, mouvements bucco-labiaux intermittents; tonus musculaire plus élevé ainsi que le montre la palpation; la peau est rosée et rougit par intermittence.

L'état 3 : le nourrisson paraît somnolent, les paupières pouvant être ouvertes ou fermées; quand les paupières sont ouvertes, les yeux ont un aspect vitreux, ils ne fixent aucun objet; souvent elles « papillonnent », ou elles sont mi-closes; activité motrice faible, intermédiaire entre celle de l'état 1 et de l'état 2. La respiration est le plus souvent régulière.

L'état 4: le nourrisson a les yeux grand ouverts, brillants; il semble attentif à son environnement; il paraît s'intéresser à ce et/ou ceux qui l'entourent, son activité motrice est suspendue, la respiration est le plus souvent régulière; le visage est immobile, sans grimace. Les yeux parfois décrivent des mouvements conjugués dans différentes directions.

L'état 5 : le nouveau-né est éveillé, a une importante activité motrice généralisée, les membres, le tronc, la tête sont en mouvement; il peut parfois geindre, grogner, ou ébaucher des cris. Le visage peut être détendu ou grimaçant. Les yeux sont ouverts, mais moins brillants que dans l'état 4; la peau rougit par intermittence, quand le nouveau-né s'agite; respiration très irrégulière.

L'état 6: le nourrisson pleure et crie vigoureusement. Activité motrice diffuse. Visage grimaçant et rouge. Yeux fermés ou légèrement ouverts. Dans quelques cas, des larmes peuvent être remarquées.

Il existe d'importantes différences individuelles d'un nouveau-né à l'autre en ce qui concerne l'organisation des états et leur importance relative.

Du point de vue interactionnel, les états paraissent représenter des communications extrêmement archaïques entre le bébé et sa mère. L'état du bébé communique à la mère une certaine impression quant à l'expérience affective vécue par le nouveau-né: attention pour l'extérieur (état 4), excitation et/ou tension (état 5), détresse (état 6); l'état du bébé communique aussi à la mère la disposition du nouveau-né vis-à-vis de l'interaction : recherche de l'interaction (états 4, 5, 6), repli sur lui-même (états 1 et 2); l'état 3 pouvant représenter un lieu de passage variable selon que le bébé tend à s'endormir ou à s'éveiller, selon que sa somnolence l'amène à s'endormir ou représente une étape vers son réveil.

Les états du nouveau-né constituent aussi une communication de la part du nouveau-né, car la mère peut les mettre en relation avec le type de soins qu'elle a prodigués au bébé. Ainsi, elle considérera que le bébé dans l'état 6 qui s'apaise, puis s'endort lorsqu'elle le berce et lui parle, passe dans l'état 1 en réponse aux communications confortantes qu'elle lui a adressées. Un nouveau-né qui passe de l'état 3 à l'état 4 quand sa mère lui sourit ou le caresse transmet une information à sa mère que celle-ci interprétera probablement comme : « les caresses et les sourires m'incitent à être pleinement éveillé et attentif à toi ». Réciproquement, le bébé a l'expérience de soins différents selon le type d'état où il se trouve et les premiers mois de sa vie lui permettent de créer des liens entre ses états et le type de soins que sa mère ou son père lui apportent.

L'état 4 a des caractéristiques tout à fait particulières, car c'est alors que le bébé est pleinement attentif et disponible pour l'interaction. On peut même dire que les interactions pendant les autres états d'éveil visent souvent en grande partie à amener le bébé à l'état 4.

Un autre facteur qui influence de manière déterminante l'état d'éveil calme et attentif, c'est le « handling » (prendre le bébé, le manipuler) et le « holding » (le tenir), au sens concret de ces termes. Nous pouvons supposer que les mères auront des vécus extrêmement différents selon la fréquence et la durée des états d'éveil calmes et attentifs de leurs bébés. Mais nous devons aussi remarquer que le comportement des mères (handling, holding) influence à son tour très probablement la fréquence et la durée avec lesquelles leur nouveau-né adopte un état d'éveil calme et attentif.

## ❖ **ANNEXE 4 : PRINCIPES DE LA MATRICE INTERACTIVE PARENTS-NOURRISSON**

Selon BERRY-BRAZELTON T. et al. (1991), il existe cinq principes dans l'établissement de l'interaction précoce parents-nourrisson :

### ✓ **La synchronie :**

Les parents peuvent synchroniser leurs propres états d'attention ou d'inattention avec ceux du bébé.

C'est à travers la synchronie que le nouveau-né considère sa mère comme un être fiable et sensible.

### ✓ **La symétrie :**

Les capacités d'attention du bébé, son style, ses préférences pour la réception des signaux, influencent l'interaction. C'est ce qu'on appelle la symétrie de l'interaction.

### ✓ **La contingence :**

L'effet des signaux d'un parent est contingent sur l'état d'attention du bébé, tout comme les propres signaux du bébé.

### ✓ **L'entraînement :**

L'adulte et l'enfant qui peuvent parvenir à la synchronie de signal et de réponse commencent à ajouter une nouvelle dimension à leur dialogue.

Ils se mettent à anticiper leurs réponses l'un et l'autre dans de longues séquences.

### ✓ **L'autonomie et la flexibilité :**

La reconnaissance par le bébé de ses capacités de contrôle, le mène à l'autonomie. A mesure que la synchronie, les réponses contingentes des parents et l'entraînement renforcent les différentes capacités, le bébé vient à réaliser qu'il peut contrôler les interactions.

L'autonomie se développe à partir du moment où il est sûr d'obtenir des réponses prévisibles de la part de ses parents.

## ❖ ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE POUR L'ELABORATION DE NOTRE TFE

*Sujet : Quelle attitude la sage-femme adopte-t-elle en Post-Partum, dans le processus d'interactions précoces mère-enfant, quand il y a eu déni de grossesse ?*

**Déni de grossesse** : phénomène de déni appliqué au fait d'être enceinte ainsi que tout ce qui se rattache à la grossesse. C'est un symptôme psychique dont toutes les manifestations visent à nier la perception de la grossesse et l'existence du fœtus. Ce processus est alors inconscient et peut aller jusqu'au déni profond. Il peut survenir en dehors de toute pathologie psychiatrique patente.

1. Depuis combien d'années exercez-vous votre profession ? .....
2. Nombre de situations de déni de grossesse rencontrées par an en moyenne ?  
 0    1 à 5    6 à 10    11 à 15    16 à 20    21 à 25    26 à 30  
 autre : .....
3. Dans quelles conditions ces grossesses ont-elles été découvertes ? (classez par ordre de fréquence)  
 consultation chez le médecin traitant pour un autre problème  
 dans une structure hospitalière (urgences...)  
 chez le gynécologue pour une consultation de routine ou un autre problème  
 en salle d'accouchement  
 par l'entourage (famille, amis, conjoint...)  
 par la patiente elle-même mais après 14 SA  
 stérilité  
 autres : .....

**Pour toutes les questions suivantes, souvenez-vous d'une seule situation marquante :**

4. A quel terme a été découverte la grossesse dans le cas le plus frappant de déni ?  
 de 14 SA à 4 mois et 3 sem    de 5 mois à l'accouchement (partiel)    à l'accouchement (total)
5. Quel était l'âge de cette patiente ?  
 < 15 ans    15 ans à 18 ans    19 ans à 25 ans    26 ans à 30 ans    31 ans à 35 ans  
 36 ans à 40 ans    > 40 ans
6. Est-ce que la patiente a eu recours à une IVG avant cette grossesse ?  
 oui    non    ne sais pas
7. Quelle était la parité de cette patiente ?  
 0    1    2    3    > 3
8. Vous êtes vous sentie à l'aise dans cette situation ?  
 oui    non    mitigée
9. Quels ont été vos premiers ressentis dans la prise en charge de ce couple mère-enfant ?  
 injustice    peur    y croit    y croit pas    compassion    non jugement  
 préjugés (sociaux, économiques, moraux, religieux...)    autres : .....

10. Avez-vous adopté une attitude particulière au départ ?  
 écoute    stimulation    accompagnement plus soutenu    tension    conflit  
 délégation à une collègue    mise en place d'un réseau multidisciplinaire  
 faire abstraction de ce déni    pas spécialement    délégation à une équipe psychiatrique  
 autres : .....

11. Avez-vous observé des modifications dans les interactions précoces mère-enfant ?  
 échanges nombreux    très peu d'échanges    pas de différence avec « la norme »  
 problème maternel    problème venant du nourrisson    problème venant de l'entourage  
 problème venant du conjoint    autres : .....

12. Quelle durée vous a-t-il semblé nécessaire pour observer les **premières interactions** précoces mère-enfant ?

**Interactions : Perception d'échanges entre la mère et son enfant. Il ne suffit pas d'avoir son bébé dans les bras pour qu'il y ait une interaction.**

- immédiatement, à l'accouchement    quelques heures après, pendant le post-partum immédiat  
 1<sup>er</sup> jour    à la fin du séjour    pas d'interaction    ne sais pas

13. Comment les interactions ont-elles évoluées au cours du séjour hospitalier ?  
 de façon croissante    de façon décroissante    juste une chute puis favorable  
 absence d'interactions    de façon constante positivement  
 de façon constante négativement    ne sais pas

14. Quel a été le mode d'allaitement dans ce cas ci ?  
 allaitement maternel    allaitement artificiel    allaitement mixte    ne sais plus

15. Quelle attitude la mère a-t-elle adoptée envers son enfant ?  
 geste systématique    maternelle    rejet    violence    amour    ne sais pas  
 indifférence    pas d'observation de faite    autres : .....

16. Avez-vous modifié votre attitude initiale en fonction de l'attitude de la mère envers son enfant ?  
 oui et comment ? (expliquez en quelques mots)

.....  
 .....  
 .....  
 non

17. Quelles ont été les caractéristiques physiques particulières observées chez la mère ?  
 apparence négligée    apparence soignée    fatigue    hyperactivité    lymphatique  
 ne s'écoute pas    apparence classique    autres : .....

18. Quelles sont les caractéristiques psychiques particulières observées chez la mère ?  
 peureuse    angoissée    en forme    déprimée    prend des psychotropes  
 stressée    nécessite beaucoup d'attention de la part du personnel    s'efface  
 euphorique    déni    assuétudes

19. Quelles ont été les attitudes et réactions observées chez le Nourrisson ?  
 réactif    endormi    posture ouverte    posture fermée    regard fuyant    regard capteur  
 pleurs    dépression    ne sais pas    pas d'observation    autres : .....

20. Avez-vous modifié votre attitude envers l'enfant en fonction de ses réactions ?  
 oui et comment ? (expliquez en quelques mots)  
.....  
.....  
.....  
 non
21. Quelle a été la classe sociale touchée dans ce cas ci ?  
 emploi fixe     sans emploi     légalité     illégalité     statut précaire     statut normal
22. Le géniteur était-il présent à la maternité ?  
 oui     non     ne sais pas
23. Le géniteur était-il :  
 inconnu     le mari     le concubin     autre (viol, amant, inceste...) : .....  
 ne sais pas
24. Existe-t-il une aide systématique pour les patientes au sein de la structure hospitalière ?  
 infirmière psychiatrique     centre médico-psychiatrique     PMI/ONE     assistante sociale  
 psychiatre     psychologue     financière     sage-femme libérale     médecin traitant  
 autres : .....     non (→ si cette aide est systématique, passer à la question 26)
25. Si non, proposez-vous en une parmi celles-là ?  
 infirmière psychiatrique     centre médico-psychiatrique     PMI/ONE     assistante sociale  
 psychiatre     psychologue     financière     sage-femme libérale     médecin traitant  
 autres : .....     non
26. Cette proposition est-elle ? :  
 systématique     au cas par cas
27. Mettez-vous en place une organisation différente dans le service pour stimuler le lien mère-enfant ?  
 pancarte sur la porte     chambre double     chambre particulière     soins globalisés  
 pas d'attention particulières     autres : .....
28. Existe-t-il un protocole pour la prise en charge de ces patientes ?  
 oui     non     ne sais pas
29. Avez-vous suivi une formation sur le déni et cela vous a-t-il aidé ?  
 non     oui ça m'a aidé     oui ça ne m'a pas aidé     oui sans répercussions
30. Avez-vous reçu une information sur le déni et cela vous a-t-il aidé ?  
 non     oui ça m'a aidé     oui ça ne m'a pas aidé     oui sans répercussions
31. Avez-vous vécu un cas similaire dans votre entourage ?  
 oui     non
32. Si oui, comment vivez-vous cette situation lors de votre pratique ?  
 plus sensibilisé     saturation     ni l'un ni l'autre     ne sais pas
33. Pensez-vous qu'il y ait des risques dans ces situations, par rapport à la mère et/ou l'enfant ?  
 non  
 oui pour la mère et lesquels ? .....  
 oui pour le nourrisson et lesquels ? .....  
 oui pour les deux à la fois et lesquels ? .....