



HAL
open science

Le déni de grossesse : les représentations des sages-femmes influencent-elles la prise en charge des femmes ?

Lucile Héraud

► To cite this version:

Lucile Héraud. Le déni de grossesse : les représentations des sages-femmes influencent-elles la prise en charge des femmes ?. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-02415563

HAL Id: dumas-02415563

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02415563>

Submitted on 17 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

LUCILE HERAUD

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de Sage-Femme**

**LE DENI DE GROSSESSE : LES REPRESENTATIONS
DES SAGES-FEMMES INFLUENCENT-ELLES LA PRISE
EN CHARGE DES FEMMES ?**

Soutenu : Juin 2018

Directeur de mémoire : Sophie BAUMANN

Numéro national d'étudiant : 21106686

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Je tiens, tout d'abord, à remercier particulièrement ma directrice de mémoire, Sophie Baumann, qui m'a aidée et soutenue dans la réalisation de ce mémoire. Merci pour sa présence, sa bienveillance et sa gentillesse.

Je souhaiterais ensuite remercier toutes les sages-femmes qui ont accepté de répondre à cet entretien et de me consacrer de leur temps personnel. Elles ont été vraiment remarquables et sans elles ce mémoire n'aurait jamais pu être rédigé. Chaque entretien était réellement intéressant et enrichissant. Chaque sage-femme s'est livrée à sa façon et je leur en suis vraiment reconnaissante. Ce fut un plaisir d'échanger avec elles sur le sujet du déni de grossesse et de partager leurs histoires et leurs vécus.

Enfin, qui dit mémoire dit aussi fin des études, je pense donc aussi à Elodie Prot, Anne Rousseau, Sophie Prudhomme, Rui Lourenco et les autres professeurs de l'école de maïeutique de l'université des sciences de la santé Simone Veil, qui ont toujours su me soutenir dans les moments difficiles et qui ont réussi à me faire comprendre que le métier de sage-femme était en effet le plus « beau métier du monde ».

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIÈRES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES ANNEXES	IX
LEXIQUE	X
LE DÉNI DE GROSSESSE : LES REPRÉSENTATIONS DES SAGES-FEMMES INFLUENCENT-ELLES LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES?	XI
INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE	2
1.1 Généralités sur le déni de grossesse	2
1.1.1 Origine du déni de grossesse	2
1.1.2 Une définition non consensuelle	3
1.1.3 Épidémiologie	4
1.2 Le fonctionnement du déni de grossesse	5
1.2.1 Les mécanismes psychiques d'une grossesse	5
1.2.2 Les « manifestations » du déni de grossesse	5

1.2.3	Les mécanismes de défense	7
1.3	Un phénomène incompris de tous	10
1.3.1	La contagion du déni	10
1.3.2	La médiatisation du déni de grossesse	11
1.3.3	Les professionnels de santé face au déni de grossesse	11
1.3.4	Et les sages-femmes dans tout cela ?	13
2	MATÉRIEL ET MÉTHODES	14
2.1	Objectifs	14
2.1.1	Introduction de l'étude : sujet et problématique	14
2.1.2	Les hypothèses	14
2.2	Déroulement de l'étude	15
2.2.1	Type d'étude	15
2.2.2	Population	16
2.2.3	Thèmes abordés	16
2.3	Stratégie d'analyse	17
2.4	Obligations éthiques et réglementaires	18
3	RÉSULTATS	19
3.1	Description de la population	19
3.2	Les représentations du déni de grossesse par les sages-femmes	20
3.2.1	Les champs lexicaux	20
3.2.2	Les définitions	24
3.2.3	La population « type » touchée par le déni de grossesse	25
3.2.4	Le vécu professionnel du déni de grossesse par les sages-femmes	27
3.2.5	Le vécu personnel du déni de grossesse par les sages-femmes	28
3.2.6	Quelques histoires de dénis de grossesse racontées par les sages-femmes	29
3.3	Les vignettes cliniques	30
3.3.1	La vignette clinique A	30
3.3.2	La vignette clinique B	32

3.3.3	La vignette clinique C	33
3.3.4	La vignette clinique D	34
4	DISCUSSION	36
4.1	Analyse et discussion des résultats	36
4.1.1	Les hypothèses théoriques	36
4.1.2	Les hypothèses opérationnelles	43
4.2	Points forts de l'étude	47
4.3	Limites de l'étude	47
4.4	Perspectives et implication	48
	CONCLUSION	50
5	BIBLIOGRAPHIE	51
	ANNEXES	54

Liste des tableaux

Tableau 1 : Liste des différentes définitions données par les sages-femmes	25
Tableau 2 : Description de la population "type" touchée par le déni de grossesse selon les sages-femmes	26

Liste des figures

Figure 1: Nombre de sages-femmes interrogées dans les différentes classes d'âge.....	19
Figure 2 : Nuage de mots de l'entretien n°1	22
Figure 3 : Nuage de mots de l'entretien n°8	23
Figure 4 : Nuage de mots de l'entretien n°10	23

Liste des annexes

Annexe I : Trame des entretiens semi-directifs	55
Annexe II : Vécu professionnel des sages-femmes face au déni de grossesse	57
Annexe III : Vécu personnel des sages-femmes face au déni de grossesse	60
Annexe IV : Tableau représentant les dénis rencontrés par les sages-femmes au cours de leur carrière	63
Annexe V : Extrait de l'entretien n°1	64
Annexe VI : Extrait de l'entretien n°6	66
Annexe VII : Extrait de l'entretien n°7	70
Annexe VIII : Extrait de l'entretien n°9	72
Annexe IX : Entretien n°5 dans sa totalité.....	74

Lexique

MAF : mouvements actifs fœtaux

Patho : diminutif de pathologique

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

SF : Sage-femme

SDN : Salle de Naissances

SDC : Suites de Couches `

SA : Semaines d'aménorrhée

Le déni de grossesse : les représentations des sages-femmes influencent-elles la prise en charge des femmes?

Objectifs

Les objectifs de cette étude étaient de montrer que les représentations du déni de grossesse étaient différentes d'une sage-femme à une autre, et que celles-ci pouvaient influencer leur prise en charge par la mobilisation d'affects violents et la mise en place de mécanismes de défense.

Matériel et méthodes

Le type d'étude est une étude qualitative basée sur dix entretiens semi-directifs menés auprès de sages-femmes hospitalières et/ou libérales. Ces entretiens sont composés de deux parties : une première avec des questions ouvertes et une seconde composée de quatre vignettes cliniques.

Résultats

Les résultats de cette étude nous ont montré que les représentations des sages-femmes sur le déni de grossesse n'étaient pas uniformes. De plus, l'analyse des champs lexicaux et les réponses sur le ressenti personnel et professionnel face au déni semblent nous montrer la création d'affects violents, eux-mêmes entraînant la mise en place de mécanismes de défense comme l'identification projective, l'altruisme ou le recours à l'humour. Enfin, les vignettes cliniques nous ont permis de confirmer que la prise en charge de ces patientes était modifiée, notamment avec la sollicitation beaucoup plus fréquente des psychologues.

Conclusion

Le déni de grossesse est un phénomène marquant pour les sages-femmes impliquant la mise en place de mécanismes de défense qui sont d'autant plus importants que la découverte du déni est tardive. Ce processus étonnant fait également ressentir le besoin de ne pas être seules dans cette prise en charge, en faisant appel notamment à des psychologues.

Mots-clés : sage-femme, déni de grossesse, représentations, mécanismes de défense, psychologue

Denial of pregnancy : do midwives' representations influence their care of these women?

Objective

The objectives of this study were to show that the representations of the denial of pregnancy were different from one midwife to another, and that these influenced their care (especially in psychology) by the mobilization of violent affects and the setting up of defense mechanisms.

Methods

The type of study is a qualitative study based on ten semi-structured interviews with hospital or liberal midwives. These interviews consist of two parts: a part with free questions and a part composed of four clinical cases.

Results

The results of this study showed us that the representations of midwives on the denial of pregnancy were not at all uniform. In addition, the analysis of lexical fields and responses to personal and professional feelings about denial prove us that the denial of pregnancy produce well and truly violent affects, which also led to the establishment of defense mechanisms such as projective identification, altruism or humor. Finally, the clinical cases allowed us to confirm that the care of these patients was modified, especially in the psychological care, with more frequent use of psychologists for example.

Conclusion

The denial of pregnancy is a significant phenomenon midwives, implying the establishment of defense mechanisms, which are more important if the discovery of the denial is late.. This intriguing and surprising phenomenon also makes it necessary for midwives not to be alone in this care, especially with the help of psychologists.

Keywords : midwives, denial of pregnancy, representations, defense mechanisms, psychologists

Introduction

Le déni de grossesse est la non reconnaissance par une femme de son état de grossesse avant la fin du premier trimestre. Il s'agit d'un phénomène connu et reconnu mais peu commun, par sa fréquence, mais aussi par les processus physiques et psychiques étonnants qui en résultent chez une femme. En effet, il est difficile et même incompréhensible pour certains, d'admettre qu'une grossesse puisse passer totalement inaperçue jusqu'à son terme voire jusque l'accouchement.

Souvent, le déni de grossesse est malheureusement associé aux affaires de néonaticides. En effet, nous connaissons pour la plupart ces histoires qui ont eu lieu à la suite de déni de grossesse. Certaines ont été très médiatisées et ont fait couler beaucoup d'encre. Elles ont donc probablement aidé à donner une image du déni de grossesse plus forte, peut-être même plus péjorative et ont également probablement renforcé l'incompréhension générale de ce phénomène déjà surprenant.

Le métier de sage-femme, principalement centré sur l'obstétrique, offre la possibilité de rencontrer des patientes enceintes à différents stades de leur grossesse (suivi de grossesse, consultations aux urgences gynécologiques et obstétricales, accouchement ou même dans le post-partum). Les sages-femmes sont donc susceptibles de rencontrer, au moins une fois au cours de leur carrière, des femmes ayant vécu un déni de grossesse.

1 Contexte

1.1 Généralités sur le déni de grossesse

1.1.1 Origine du déni de grossesse

La notion de déni de grossesse est relativement récente. En effet, ce terme est employé pour la première fois en 1976 dans une publication de Bécache au sujet d'une femme schizophrène (1). A cette époque, la notion de déni de grossesse n'est donc encore apparentée qu'à un mécanisme de défense propre à la psychose. Le trouble psychotique (ou psychose) se caractérise en général par la perte de contact avec la réalité ou une partie de celle-ci et par une désorganisation de sa vie, de ses émotions ou de sa personnalité. On peut citer notamment dans les troubles psychotiques la schizophrénie, le trouble schizoaffectif ou le trouble délirant (2)...

A ce jour, la notion de déni de grossesse a évolué. En effet, J. Dayan, psychiatre au CHU de Rouen, parle, dans son ouvrage consacré à la psychopathologie de la périnatalité, du déni comme d'un symptôme qui n'entrerait pas dans le cadre d'une pathologie spécifique. Il est donc souvent retrouvé chez des patientes indemnes de pathologie psychiatrique (3). Le docteur Israël Nisand, obstétricien au CHU de Strasbourg, rejoint en partie l'opinion du Dr Dayan. Le déni serait, pour lui aussi, un symptôme mais qui s'inscrirait dans « une pathologie psychique plus ou moins grave avec des causes et des modalités différentes » (4). Enfin, pour le docteur Félix Navarro, médecin en Santé Publique et fondateur de l'Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse (AFRDG), le déni peut apparaître chez n'importe quelle patiente, « de la femme pratiquement débile légère à celle qui a un doctorat, en incluant des psychologues, des infirmières... » (4).

1.1.2 Une définition non consensuelle

Le déni de grossesse reste encore mal connu en France comme en témoigne l'absence de réelle définition dans les dictionnaires récents de psychiatrie, psychanalyse ou gynécologie-obstétrique. Il n'apparaît pas non plus dans les chapitres V (troubles mentaux et du comportement) et XV (grossesse, accouchement et puerpéralité) de la dixième révision de la classification Internationale des Maladies (CIM-10) éditée en 2015 (5).

Par convention, le déni de grossesse se définit comme la non-reconnaissance de la grossesse avant le deuxième trimestre, autrement dit le fait d'être enceinte sans en avoir conscience pendant au moins, tout le premier trimestre de grossesse. Il existe deux types de déni de grossesse : le déni de grossesse partiel où la grossesse est découverte à partir du 2^{ème} trimestre mais avant l'accouchement et le déni de grossesse total où la grossesse devient « consciente » au moment de l'accouchement, voire après la naissance (6).

Le diagnostic différentiel du déni de grossesse est la grossesse dissimulée. Dans cette dernière, la patiente a conscience d'être enceinte mais fait tout pour le cacher à son entourage. Distinguer un déni de grossesse d'une grossesse dissimulée peut se révéler compliqué car une fois le déni levé, une période de grossesse consciente mais non exprimée peut apparaître chez certaines patientes. En effet, une fois que les patientes ont pris conscience de leur grossesse, des signes cliniques apparaissent comme l'augmentation du périmètre abdominal ou la prise de poids. Cependant, ces patientes vont quand même prendre toutes les précautions nécessaires afin de dissimuler leur grossesse. Il peut donc y avoir chez certaines patientes un véritable déni suivi d'une phase de grossesse dissimulée (7).

De manière légèrement extrapolée, l'antonyme du déni de grossesse (grossesse physique et non psychique) peut être la grossesse nerveuse (grossesse psychique et non physique) (8).

1.1.3 Épidémiologie

1.1.3.1 Les différents types d'études

Peu d'études ont été menées au sujet du déni de grossesse. Jusqu'en 1990, ces études étaient prospectives et comptaient peu de cas (l'étude Brezinka en Autriche, l'étude Bonnet en France, l'étude Miller aux Etats-Unis). Puis, différentes études quantitatives sont alors menées et permettent d'estimer, entre autres, la fréquence des dénis de grossesse (les études de Pierrone, Delannoy, Florequin et Libert en France entre 1993 et 2000, l'étude de Wessel en 2002 à Berlin, l'étude rétrospective de Friedman aux Etats-Unis entre 1997 et 2003) (9).

1.1.3.2 Les résultats de ces études

L'étude de Wessel en 2002 permet de compter environ un déni de grossesse partiel pour 475 accouchements et un déni de grossesse total pour 2455 accouchements (10). En rapportant ceci au nombre de naissances par an en France, environ 770 000 (767 000 en 2017 selon les chiffres de l'INSEE), cela revient à 1621 cas de dénis partiels et 313 cas de dénis totaux par an, soit en totalité 1934 dénis de grossesse par an (11). Avec une fréquence arrondie à un cas de déni de grossesse partiel sur 500, nous observons que ce problème est deux fois moins fréquent que le taux de placenta prævia (1/250) mais deux fois plus fréquent que l'appendicite pendant la grossesse (1/1000). De même pour les dénis totaux, ils sont plus rencontrés aujourd'hui que les grossesses triples (1/7225) (6).

Les résultats de ces études démontrent aussi qu'il n'y a pas de population « type » majoritairement touchée par le déni de grossesse (adolescentes, femmes psychotiques ou issues d'un milieu social défavorisé...). Toutes les femmes peuvent être concernées par ce phénomène. Cependant, le déni est tout de même légèrement plus rencontré chez des patientes multipares (6).

Après avoir lu ce qu'était un déni de grossesse, nous allons voir dans la prochaine partie comment ce-dernier se manifeste mais également qu'il s'inclut dans la liste des nombreux mécanismes de défense.

1.2 Le fonctionnement du déni de grossesse

1.2.1 Les mécanismes psychiques d'une grossesse

Avant d'exposer les manifestations du déni, il nous paraît important de voir, quels sont les mécanismes psychiques d'une femme enceinte et en pleine conscience de sa grossesse. En psychologie, une grossesse peut se décomposer en trois parties.

- La première est l'ambivalence qui a lieu au premier trimestre. Il s'agit d'une réaction de défense (consciente ou inconsciente) positive ou négative face aux changements corporels et de l'environnement social. C'est une période mélangeant joie, doute et peur vis-à-vis de la future parentalité.
- La deuxième période se déroule au deuxième trimestre et correspond à l'harmonie, c'est une phase de maturité de la femme face à la grossesse et à son nouveau corps, elle commence à sentir les mouvements fœtaux donc la prise de conscience de la réalité du bébé est de plus en plus importante.
- Enfin, la troisième période est l'échéance, la patiente commence à être anxieuse et la grossesse devient « gênante » physiquement (12).

Les patientes ayant vécu un déni de grossesse ne vivent donc pas la grossesse dans leur globalité : physiquement comme psychologiquement. Certaines étapes psychologiques manquent et cela paraît important de ne pas négliger ce fait lors de la prise en charge. En effet, elles ont eu moins de temps pour se préparer psychologiquement à la maternité, à la douleur ou au changement corporel. Israël Nisand dit « qu'il ne suffit pas d'être enceinte pour attendre un enfant », citation qui paraît d'autant plus vraie si une partie de la grossesse a été occultée (8).

1.2.2 Les « manifestations » du déni de grossesse

Comme vu précédemment, le déni de grossesse est la non reconnaissance d'une grossesse avant le premier trimestre. Ainsi, nous pouvons élargir en disant que c'est la non

reconnaissance des signes sympathiques de grossesse ou bien leur absence totale de manifestation. Par conséquent, les « signes » du déni de grossesse se caractérisent plus par leur absence que par leur présence.

1.2.2.1 L'absence d'aménorrhée

L'aménorrhée est le premier symptôme évocateur d'une grossesse. Ce symptôme est donc très souvent absent chez les patientes vivant un déni de grossesse. Felix Navarro, président de l'association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG), le montre dans son étude. Ainsi, sur dix patientes ayant vécu un déni total, six d'entre elles avaient conservé leurs règles. Dans 36 dossiers de déni partiel, 22 patientes étaient dans le même cas. De plus, les 6 premières femmes prenaient un contraceptif tout comme 15 des 22 autres femmes (13).

Parfois, une aménorrhée apparaît en cours de grossesse déniée. Chez des femmes habituellement bien réglées, cette survenue d'aménorrhée a tendance à provoquer la prise de conscience et donc créer un déni de grossesse partiel. D'autres peuvent trouver une raison de ne pas se croire enceintes malgré l'aménorrhée : les plus âgées pensent ménopause, les femmes irrégulièrement réglées sont habituées à ces variations, les femmes qui allaitent ou celles chez lesquelles le diagnostic de stérilité a été imprudemment posé (et qui, parfois, sont dans une démarche de procréation médicalement assistée) (7).

1.2.2.2 Les signes sympathiques de grossesse

Les signes sympathiques de grossesse comme les nausées, les vomissements, les tensions mammaires ou l'asthénie sont également inexistantes chez ces patientes. Parfois, quelques signes peuvent apparaître de façon isolée et donc être attribués à une autre cause comme un virus ou un dérèglement hormonal par exemple (7)...

1.2.2.3 La transformation physique

Ce qui interpelle probablement le plus dans le déni de grossesse est l'absence totale ou quasiment infime de transformation physique. Ces patientes ne prennent presque, voire pas du tout, de poids. Israël Nisand, chef de service de gynécologie-obstétrique au CHU de

Strasbourg, et Sophie Marinopoulos, psychologue-psychanalyste au CHU de Nantes sont deux professionnels de santé qui se sont intéressés de près au déni de grossesse et qui ont partagé leurs différentes connaissances dans un livre paru en 2011 dont le titre explicite est « Elles accouchent et ne sont pas enceintes ». Dans cette publication, le professeur Nisand explique cette absence de transformation physique par le fait que « les muscles grands droits de l'abdomen, véritable gaine vivante et puissante, se tendent et se renforcent progressivement pour que le profil de la femme ne se modifie pas ». Ainsi, le fœtus se retrouve en position longitudinale, en haut, sous les côtes, et ne modifie pas la morphologie maternelle. L'utérus se développe alors en hauteur, parallèlement à la colonne vertébrale. (14).

1.2.2.4 L'absence de mouvements actifs fœtaux

Les mouvements actifs fœtaux ne sont pas perçus ou du moins pas comme tels. Ils sont pour la plupart interprétés comme des signes ou gênes digestifs. De plus, dans ce genre de situation, il a été montré que les mouvements fœtaux sont diminués (15).

1.2.3 Les mécanismes de défense

Dans le domaine de la psychologie, lorsque l'on parle de déni, on pense souvent rapidement à la notion de mécanismes de défense. En effet, le déni fait partie de la grande liste des mécanismes de défense auxquels nous allons maintenant nous intéresser. Ils nous seront utiles pour notre étude plus loin dans ce mémoire.

1.2.3.1 Définition d'un mécanisme de défense

Nous pouvons retrouver plusieurs définitions du mécanisme de défense, mais ces dernières se recoupent plus ou moins. Nous avons par exemple dans la dernière édition du DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), le DSM IV, datant de 1996, la définition du mécanisme de défense tel qu'un processus psychologique automatique qui protège l'individu de l'anxiété ou de la perception de dangers ou de facteurs de stress internes ou externes. Les auteurs du DSM-IV précisent que les mécanismes de défense constituent des médiateurs de la réaction de l'individu aux conflits émotionnels et au stress. En même temps, ils soulignent que les sujets n'ont généralement pas conscience de ces mécanismes de défense

lorsque ceux-ci sont à l'œuvre (16). Dans le livre « Recherche en soins infirmiers » de Henri Chabrol, professeur de psychopathologie à l'université de Mirail à Toulouse, nous retrouvons une définition assez proche. Ainsi, le mécanisme de défense serait pour lui un processus mental automatique, qui s'active en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente, le sujet pouvant au mieux percevoir le résultat de son intervention et s'en étonner éventuellement (17).

1.2.3.2 Classification des différents mécanismes de défense

La classification la plus habituelle des mécanismes de défense est celle en fonction du caractère adaptatif. Cette-dernière distingue les défenses matures, les défenses névrotiques ou intermédiaires et les défenses immatures en fonction de leur niveau adaptatif. Les défenses matures contribuent à la santé psychique et physique. Les défenses névrotiques, plutôt appelées défenses intermédiaires, sont utilisées par chacun d'entre nous. Les défenses immatures, quand elles prédominent, sont liées aux troubles de la personnalité, aux troubles psychiatriques, comme les dépressions graves ou les psychoses . Le DSM-IV propose une classification en 7 niveaux avec un niveau mature et intermédiaire et une subdivision des défenses immatures en 5 niveaux (17).

1.2.3.3 Quelques exemples de mécanismes de défense

Le nombre de mécanismes de défense n'est pas clairement défini et peut être variable selon les auteurs. Nous allons en énumérer quelques-uns selon la classification en 7 niveaux vue ci-dessus grâce à l'ouvrage « Mécanismes de défense et coping » de Henri Chabrol. Puis, nous pourrons en expliquer certains qui nous serviront plus tard dans ce travail (18).

Le **niveau adaptatif élevé** assure une adaptation optimale aux facteurs de stress. Les défenses impliquées autorisent la perception consciente des sentiments et des idées. On y retrouve notamment l'anticipation, l'affiliation, l'affirmation de soi, l'altruisme, l'auto-observation, l'humour, la sublimation ou la répression.

Par exemple, l'**altruisme** est une réponse aux conflits, internes ou externes, « par le dévouement aux besoins des autres ; à la différence du sacrifice de soi qui est parfois

caractéristique d'une formation réactionnelle, le sujet reçoit des gratifications soit directement par la réponse des autres, soit indirectement par procuration ». La **répression** est une réponse aux conflits et stress « en évitant délibérément de penser à des problèmes, des désirs, des sentiments ou des expériences pénibles ». Enfin, l'**humour** souligne « les aspects amusants ou ironiques des conflits ou des situations de stress » (17).

Le **niveau des inhibitions mentales** est constitué de défenses hors de la conscience face à des idées, sentiments, souvenirs, désirs ou craintes potentiellement menaçants. Nous avons ici le déplacement, la dissociation, l'intellectualisation, l'isolation de l'affect, la formation réactionnelle, le refoulement ou l'annulation.

Le **refoulement** souligne « les aspects amusants ou ironiques des conflits ou des situations de stress ». Il peut aussi se manifester par une absence de souvenirs. Le **déplacement** transfère « un sentiment ou une réaction d'un objet à un autre objet substitutif (habituellement moins menaçant) ». Il peut concerner une autre personne, un objet inanimé ou une autre situation. L'**intellectualisation** est une réponse aux conflits et au stress « en s'adonnant à un usage excessif de pensées abstraites ou de généralisations pour contrôler ou minimiser des sentiments perturbants » (17).

Le **niveau de distorsion mineure de l'image de soi, du corps ou des autres** est représenté par des mécanismes utilisés pour réguler l'estime de soi. Ce sont les défenses narcissiques comme la dépréciation, l'idéalisation ou l'omnipotence.

Le **niveau du désaveu** est constitué de défenses maintenant hors de la conscience des facteurs de stress, des impulsions, idées ou des sentiments de responsabilité en les attribuant ou non à une cause extérieure. Ce sont le déni, la projection ou la rationalisation.

Le **déni** est une réponse aux conflits et au stress « en refusant de reconnaître certains aspects douloureux de la réalité externe ou de l'expérience subjective qui seraient évidents pour les autres ». L'entourage et le soignant peuvent avoir l'impression que le sujet sait et ne sait pas à la fois. La **rationalisation** dissimule « les motivations réelles de ses propres pensées, actions, sentiments, derrière des explications rassurantes ou complaisantes mais erronées ». C'est une justification tendancieuse recourant à la logique ou à la morale (17).

Le **niveau de distorsion majeure de l'image de soi et des autres** regroupe des défenses produisant une distorsion majeure ou une confusion de l'image de soi et des autres comme le clivage, l'identification projective ou la rêverie autistique.

L'identification projective est un « mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels et aux stress internes ou externes en attribuant à tort à une autre personne ses propres sentiments, impulsions ou pensées inacceptables ». Il existe deux types d'identification projective : l'identification projective concordante, où les mêmes affects sont éprouvés par le sujet et par l'autre, et l'identification projective complémentaire, où les sentiments éprouvés par le sujet et par l'autre sont opposés (17).

Le **niveau de l'agir** est constitué de défense par l'agir ou le retrait (passage à l'acte, retrait apathique, plainte associant demande d'aide et son rejet ou agression passive).

Le **niveau de la dysrégulation défensive** est constitué de défenses caractérisées par l'échec de la régulation défensive provoquant une rupture marquée avec la réalité objective (projection délirante, déni psychotique ou distorsion psychotique).

1.3 Un phénomène incompris de tous

1.3.1 La contagion du déni

Ce phénomène est d'autant plus mal connu, qu'il est peu reconnu et mal compris par la population. En effet, il est vraiment difficile de concevoir que les tous signes cliniques d'une grossesse puissent passer inaperçus. De plus, comme l'explique Sophie Marinopoulos, psychologue clinicienne et psychanalyste exerçant à l'hôpital Mères-enfants au CHU de Nantes, le déni peut également être « contagieux ». Contagieux dans la mesure où il peut survenir chez n'importe quelle patiente et qu'il touche aussi l'entourage et les proches, notamment le conjoint qui ne perçoit pas non plus la grossesse. S.Marinopoulos définit donc le déni comme un état d'être psychique partagé (9).

1.3.2 La médiatisation du déni de grossesse

Le déni de grossesse est très enclin aux préjugés de la population, probablement exacerbés par les médias lors d'affaires de néonaticides. Nous pouvons mentionner à ce sujet une affaire de 2006 largement relayée dans la presse, concernant une femme ayant tué trois de ses nouveau-nés suite à trois dénis de grossesse totaux successifs (19). Ses entrevues avec huit psychiatres ont donné lieu à plusieurs expertises différentes. Ces-dernières ont été interprétées par les médias de deux façons opposées et extrêmes. Certains la décrivent comme une « toute-puissance perverse » jouissant à répétition de la mise à mort de ceux auxquels elle vient de donner la vie. D'autres la représentent comme une pauvre femme malade mentalement lui obturant ainsi tout état de grossesse (20). Dans chacun des deux partis médiatiques, la notion plus ou moins implicite de psychose peut être notée. Or, comme dit précédemment, le déni de grossesse est rarement apparenté à une psychose ce qui prouve donc encore la présence de préjugés et d'*a priori* au sein des médias et de la population.

1.3.3 Les professionnels de santé face au déni de grossesse

1.3.3.1 Une étude Lilloise

Une étude récente de 2013, menée dans la métropole lilloise, a cherché à évaluer la représentation sociale du déni de grossesse chez les professionnels de santé en maternité par le biais d'un questionnaire (21). Deux-cent-quarante-quatre professionnels et futurs professionnels de santé y ont participé. Le premier constat fait à partir de ce questionnaire est que le déni de grossesse a un champ représentationnel peu structuré. En effet, il n'existe pas de consensus professionnel à ce sujet, chacun décrit le déni de manière différente. De plus, la faible absence de relation au corps peut être relevée. Enfin, le déni s'apparente pour les professionnels interrogés principalement au psychisme.

Le deuxième constat est que, contrairement à la représentation du déni de grossesse en lui-même, les émotions qu'ils suscitent sont assez uniformes. En effet, si une majorité de répondants se déclare plutôt à l'aise et en empathie avec les femmes qui ont dénié leur

grossesse, les émotions évoquées à l'idée ou lors d'une rencontre avec l'une de ces femmes témoignent paradoxalement d'une appréhension plutôt « négative » de la situation : incompréhension, inquiétude et tristesse.

De plus, si près des trois quarts des professionnels sont plutôt en désaccord avec l'idée qu'un déni de grossesse puisse altérer la capacité d'être mère, près des trois quarts également expriment un niveau d'inquiétude élevé à l'égard des nouveau-nés issus d'un déni de grossesse (concernant surtout la relation mère-enfant et le devenir de l'enfant).

Enfin, une large majorité des répondants estime souhaitable l'avis d'un pédopsychiatre (86 %) et son intervention (77 %) dans le cas d'un déni de grossesse. On retrouve des résultats proches pour l'avis d'un psychiatre pour adultes (83,1 %) et son intervention (72,7 %).

En conclusion de cette étude, nous pouvons retenir plusieurs choses. Premièrement, le déni est un phénomène reconnu en tant que réalité clinique mais paradoxalement encore méconnu (probablement par le manque d'informations et de formations données à ce sujet). Deuxièmement, il est très vite associé à un phénomène de l'ordre du psychisme et de la psychopathologie puisque beaucoup de professionnels travaillant en obstétrique auraient recours à l'intervention d'un psychiatre. Enfin, il suscite des réactions subjectives parfois contradictoires menant à l'expression de plus ou moins fortes émotions inhabituelles qui seraient logiquement non sans effet sur l'accompagnement proposé

Enfin, il est d'autant plus difficile à comprendre que de nos jours les grossesses sont dans la majorité des cas, attendues, programmées et résultant d'un véritable projet de couple, ce, grâce aux progrès en matière de contraception et de techniques de procréation (21).

1.3.3.2 Les mécanismes de défenses propres aux soignants

Nous avons vu précédemment différents mécanismes de défense qui pouvaient intervenir chez chaque individu et qui sont propres à chacun et chaque situation. Dans le domaine médical, les professionnels de santé sont confrontés tous les jours à des situations difficiles et stressantes comme des annonces de mauvaises nouvelles à des patients, des

urgences ou bien d'autres encore. Or, au-delà d'être des professionnels de santé, ces personnes sont aussi des humains qui interagissent avec leurs propres émotions, sentiments et caractère dans leur milieu professionnel. Ainsi, il a été étudié qu'il existait des mécanismes de défense propres aux soignants face aux patients. Martine Ruzniewski, psychologue et psychanalyste à l'institut Curie les décrit dans son livre « Manuel de soins palliatifs ». Nous pouvons y relever notamment la banalisation, la dérision, l'esquive, la fausse réassurance, la fuite en avant, l'identification projective, le mensonge ou la rationalisation (22).

1.3.4 Et les sages-femmes dans tout cela ?

Comme vu précédemment, le déni de grossesse n'est finalement pas si rare (1 déni pour environ 500 accouchements pour ce qui est des dénis partiels et environ 1 pour 2500 accouchements pour les dénis totaux). Ainsi, une sage-femme sera probablement confrontée au cours de sa carrière à accompagner des patientes vivant ou ayant vécu un déni de grossesse partiel ou total. En effet, le métier de sage-femme est varié et permet de travailler dans plusieurs domaines (milieu hospitalier, clinique privée, en libéral, en PMI) ou différents services (urgences, salle de naissances, suites de couches, consultations, échographie) et permet un large panel de possibilités de rencontres (23).

L'étude lilloise exposée ci-dessus est très intéressante mais concerne l'ensemble des professionnels de santé (21). Il nous semble également qu'une étude qualitative serait plus adaptée qu'un questionnaire pour étudier les représentations des professionnels. Les sages-femmes, au cœur de l'obstétrique et potentiellement présentes à toutes les étapes d'une grossesse (de la première échographie à l'accouchement et même jusque dans les six semaines après la naissance) sont les professionnels de santé probablement les plus concernées par le sujet du déni de grossesse. Par transposition, nous pourrions donc émettre l'idée que le déni de grossesse est, comme chez l'ensemble de ces professionnels de cette étude lilloise, un phénomène suscitant des émotions fortes personnellement, et non sans répercussion sur la prise en charge des sages-femmes.

Nous allons donc nous pencher spécifiquement, dans notre étude présentée ci-dessous, sur les représentations et le vécu des sages-femmes face à au déni de grossesse ainsi que leur prise en charge vis-à-vis de ces patientes.

2 Matériel et méthodes

2.1 Objectifs

2.1.1 Introduction de l'étude : sujet et problématique

A partir des observations et constats faits précédemment, il serait donc intéressant de voir à ce jour si la prise en charge par les sages-femmes, de patientes ayant vécu un déni de grossesse partiel ou total est réellement différente de la prise qu'elles auraient avec une patiente dont la grossesse a été souhaitée et bien suivie.

Ce sujet nous amène donc à la problématique suivante : les sages-femmes sont-elles influencées par leurs représentations du déni de grossesse dans leur pratique lors de la prise en charge de ces patientes ?

2.1.2 Les hypothèses

Comme pour un mémoire de fin d'étude en psychologie, nous allons séparer nos hypothèses en deux catégories : les hypothèses théoriques et les hypothèses opérationnelles. Les hypothèses théoriques constituent une forme d'explication qui va être validée ou infirmée par notre étude tandis que les hypothèses opérationnelles sont là pour préciser les hypothèses théoriques, ce sont des exemples concrets d'application.

Nous allons donc avoir deux hypothèses théoriques qui seront les suivantes :

- Le déni de grossesse mobilise des affects potentiellement violents entraînant la mise en place de mécanismes de défense chez les sages-femmes.
- Les représentations individuelles des sages-femmes sur le déni de grossesse modifient leur prise en charge.

En application à ces deux hypothèses théoriques, nous aurons donc comme hypothèses opérationnelles :

- Plus la découverte de la grossesse dans un contexte de déni est tardive, plus les mécanismes de défense chez les sages-femmes sont importants.
- Les sages-femmes auraient recours plus fréquemment aux autres membres de l'équipe soignante et notamment aux psychologues.
- La prise en charge de la douleur des patientes vivant un déni de grossesse par les sages-femmes serait plus active.

2.2 Déroulement de l'étude

2.2.1 Type d'étude

Pour répondre à la problématique, nous avons choisi de mener une étude qualitative à travers des entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes, réalisée entre Avril 2017 et Décembre 2017.

Une grille d'entretien a été élaborée et construite en deux parties (voir Annexe I). La première partie comportait des questions ouvertes, afin d'avoir une idée des représentations des sages-femmes du déni de grossesse. Dans la deuxième partie de l'entretien, nous avons créé quatre vignettes cliniques, c'est-à-dire des mises en situation, avec des questions spécifiques. Ces vignettes ont été construites pour essayer de répondre de façon plus précises aux hypothèses opérationnelles.

Notre grille a été testée sur deux premiers entretiens, et voyant que les réponses correspondaient à nos attentes, nous n'avons apporté aucune modification à celle-ci et avons donc inclus les deux entretiens tests dans notre étude.

Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants pour une retranscription exhaustive. Leur durée moyenne fut de 25 minutes, le plus court ayant duré 12 minutes et le plus long 45 min.

2.2.2 Population

Nous avons mené dix entretiens auprès de sages-femmes d'âges différents, avec des années d'expérience différentes, ayant toutes travaillé au moins une fois en milieu hospitalier.

Nous les avons recrutées lors des différents stages établis au cours de l'année 2017 ou par le biais de connaissances et de l'entourage. Une des sages-femmes interrogées en a même parlé à une de ses collègues qui a été fortement intéressée. Cette-dernière nous a donc elle-même appelés afin de participer à l'étude.

Les histoires racontées par les sages-femmes pouvaient parfois permettre d'identifier indirectement des personnes. Ainsi, par souci de confidentialité, pour les sages-femmes et les patientes, les noms des hôpitaux ou cliniques n'ont pas été transcrits et les entretiens ont été totalement anonymisés.

2.2.3 Thèmes abordés

Comme expliqué dans la partie 2.2 sur le type d'étude, les entretiens menés étaient semi-directifs.

En introduction, nous posons quelques questions générales pour définir notre population, notamment l'âge, le nombre d'années d'exercice, le lieu de travail actuel et les lieux de travail (et services) où les sages-femmes avaient travaillé précédemment.

Ensuite, la première partie de l'entretien composée de questions ouvertes abordait principalement les thèmes de la représentation du déni comme donner : la définition du déni de grossesse, la population « type » de patientes touchées par le déni de grossesse, le point de vue professionnel et personnel par rapport au déni de grossesse, le nombre de patientes rencontrées ayant vécu un déni. Ces différentes questions ont permis de répondre, entre autres, à la première hypothèse émise sur les différentes représentations du déni de grossesse chez les sages-femmes.

Dans cette partie, nous leur demandions également de s'exprimer librement sur une ou plusieurs histoires de leur vécu avec des patientes ayant fait un déni de grossesse. Les sages-

femmes étaient donc libres de raconter avec leurs propres mots et ressentis des histoires dont elles se souvenaient dans l'immédiat et de façon spontanée. Tout ceci, pour majoritairement nous aider à répondre à la deuxième hypothèse théorique sur le fait que le déni de grossesse mobilisaient des affects potentiellement violents et créaient des mécanismes de défense.

La deuxième partie composée de vignettes cliniques étaient destinées à confirmer les deux hypothèses théoriques et à valider ou infirmer les hypothèses opérationnelles par une mise en pratique. Les vignettes cliniques A, B et C étaient principalement vouées à montrer les différences de représentations et de ressentis des sages-femmes face à des découvertes de déni de grossesse à trois termes différents. Ceci nous a donc aidés à répondre à l'hypothèse opérationnelle sur l'apparition de mécanismes de défense plus importants lorsque la découverte du déni était plus tardive. Ces trois vignettes permettaient également de montrer les différentes prises en charge menées par les sages-femmes (notamment dans la douleur) afin de répondre à l'hypothèse opérationnelle sur la prise en charge plus active de la douleur de ces patientes. Enfin, toutes les vignettes cliniques, mais surtout la dernière, pouvaient nous aider à montrer que les sages-femmes avaient tendance à recourir plus facilement à d'autres professionnels de santé notamment les psychologues (hypothèse opérationnelle n°2).

2.3 Stratégie d'analyse

Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits puis analysés par thème et groupes d'idées, en effectuant des croisements afin d'obtenir : d'une part, des récurrences dans les discours et voir apparaître les groupes d'idées les plus forts, et d'autre part les spécificités et les exceptions discursives.

Pour la première partie d'entretien, nous avons repris chaque réponse une à une et les avons mises en comparaison à l'aide de tableaux, afin de mettre en évidence leurs similarités ou différences. Pour les dénis racontés par les sages-femmes, nous avons également utilisé des tableaux afin de mettre en comparaison le type de dénis dont elles se souvenaient, leur vécu par rapport à ceci. Mais nous avons surtout utilisé l'analyse des champs lexicaux ou les nuages de mots, afin de montrer plus facilement les différents vécus.

Pour les vignettes cliniques, nous avons également utilisé des tableaux nous permettant de comparer plus facilement les réponses et les avons retranscrites par écrit.

2.4 Obligations éthiques et réglementaires

Chaque entretien mené fut naturellement réalisé avec le consentement de la sage-femme en question. Cette-dernière acceptait donc d'être enregistrée afin de faciliter notre retranscription. En contrepartie, nous avons assuré à chacune que chaque entretien resterait complètement anonyme, que la confidentialité serait maintenue pour elles ainsi que pour les patientes dont elles racontaient les histoires et enfin que les enregistrements vocaux seraient détruits après la réalisation de ce travail.

Si les sages-femmes le souhaitaient, elles pouvaient à tout moment de la réalisation de ce mémoire émettre un droit de retrait sur leur participation à celui-ci et ainsi faire retirer leur entretien de la liste.

3 Résultats

3.1 Description de la population

Les dix sages-femmes interrogées étaient des femmes. Sur les dix, huit travaillaient en milieu hospitalier dont une à mi-temps avec une activité de sage-femme libérale. Une sage-femme interrogée travaillait dans une clinique privée à mi-temps avec une activité libérale. Une sage-femme sur les dix interrogées était sage-femme territoriale et avait fait l'école de sage-femme cadre de Dijon. Et trois sages-femmes sur les dix avaient déjà travaillé dans des cliniques privées.

Ce graphique permet de visualiser un peu mieux le type de population de sages-femmes interrogées. L'âge moyen des sages-femmes étaient de 41 ans, la sage-femme la plus jeune ayant 27 ans et la plus âgée 58 ans.

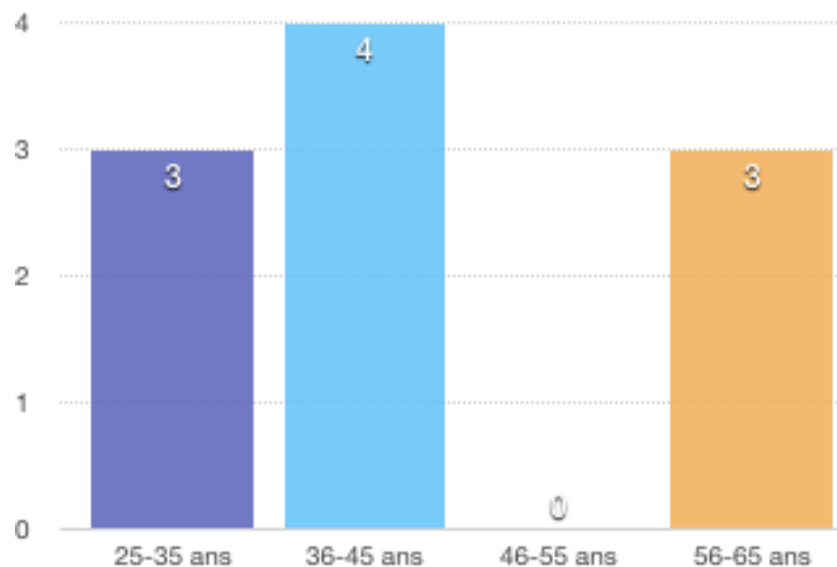


Figure 1: Nombre de sages-femmes interrogées dans les différentes classes d'âge

3.2 Les représentations du déni de grossesse par les sages-femmes

3.2.1 Les champs lexicaux

Nous avons utilisé différentes techniques pour faire l'analyse des champs lexicaux. En effet, une première méthode a été celle de le faire « manuellement », en lisant un à un tous les entretiens et en repérant ainsi les idées principales, les mots ou groupe de mots ou synonymes qui étaient le plus régulièrement employés.

La deuxième a consisté à utiliser un logiciel permettant de créer des nuages de mots de chaque entretien (sur nuagesdemots.fr). Cela nous a donc permis d'amoinrir le côté très subjectif de la lecture seule.

Nous verrons par la suite que les résultats sont plutôt en accord.

3.2.1.1 L'analyse des champs lexicaux par lecture d'entretiens

Les analyses des champs lexicaux ont d'abord été faites entretien par entretien, puis mises en commun. Nous avons donc relevé plusieurs champs lexicaux transversaux, c'est-à-dire au travers des différents entretiens.

La notion qui revenait le plus souvent et dans le plus d'entretiens (8 sur 10) est celle de la **difficulté**. En effet, dans tous les entretiens exceptés le n°2 et le n°4, toutes les sages-femmes exprimaient à plusieurs reprises l'idée de difficulté. Dans l'entretien n°1, nous avons relevé par exemple, quinze fois cette notion (ou synonymes). De même, dans les entretiens n°6, 7, 10 où nous l'avons noté au moins une dizaine de fois pour chacun. Les mots employés étaient par exemple : « difficile », « pas évident », « compliqué », « problèmes », « dur », « désarmant »...

Une autre notion importante et clairement récurrente dans huit entretiens était celle de **l'intensité ou de la violence**. Nous avons repéré dans les entretiens n°1, n°3, ou n°5 une dizaine de fois des mots en rapport avec la violence. Nous avons pu relever, dans tous les entretiens et à plusieurs reprises, des mots tels que : « violent », « brutal », « choc », « choquée », « tsunami », « ampleur », « amplitude », « fort »...

Ce champ lexical de violence était également corrélé à l'emploi très régulier du style **superlatif**. En effet, certaines sages-femmes s'exprimaient de manière intense avec énormément d'adverbes forts dans six entretiens. Nous avons noté, par exemple l'emploi de l'adverbe « très » une quinzaine de fois dans l'entretien n°1 ou une dizaine fois dans l'entretien n°9. L'adverbe « hyper » n'a également pas été délaissé dans le vocabulaire des dix sages-femmes interrogées, nous l'avons retrouvé neuf fois dans l'entretien n°10, trois fois dans l'entretien n°1, deux fois dans les entretiens n°6 et 9. Nous pouvions aussi lire dans différents entretiens et à plusieurs reprises: « extrêmement », « affreusement », « beaucoup »...

Un troisième champ lexical était également très fréquent : celui du **temps et de l'urgence**. Effectivement, beaucoup de sages-femmes exprimaient le manque de temps pour s'occuper correctement des patientes. Dans l'entretien n°1, nous avons pu lire dix-sept fois cette notion de temps associée à l'urgence. De même, dans les entretiens n°3 et 5 où nous avons noté onze références au manque de temps. Les sages-femmes ont cité huit fois cette idée dans l'entretien n°6 et deux fois dans l'entretien n°7. Enfin, dans tous les entretiens (excepté le n°2), nous avons pu relever une dizaine de fois des adverbes de temps comme « vite », « rapidement » ou des mots tels que « urgence » ou bien sûr « temps ».

Un quatrième champ lexical retrouvé a été celui de l'**incompréhension** notamment dans trois entretiens avec l'usage très récurrent des mots tels que : « étonnant », « hallucinant », « impressionnant », « interpellant », « dingue » (voire même des expressions telles que « bluff », « entourloupe » » dans l'entretien n°7).

Enfin, nous avons remarqué, dans trois entretiens, la notion de **culpabilité**. Mais ce champ lexical fut retrouvé à plus faible échelle que les précédents cités ci-dessus.

Nous allons voir maintenant que ces champs lexicaux repérés par lecture et analyse « manuelle » vont être complétés avec les nuages de mots créés grâce à un logiciel.



Figure 3 : Nuage de mots de l'entretien n°8

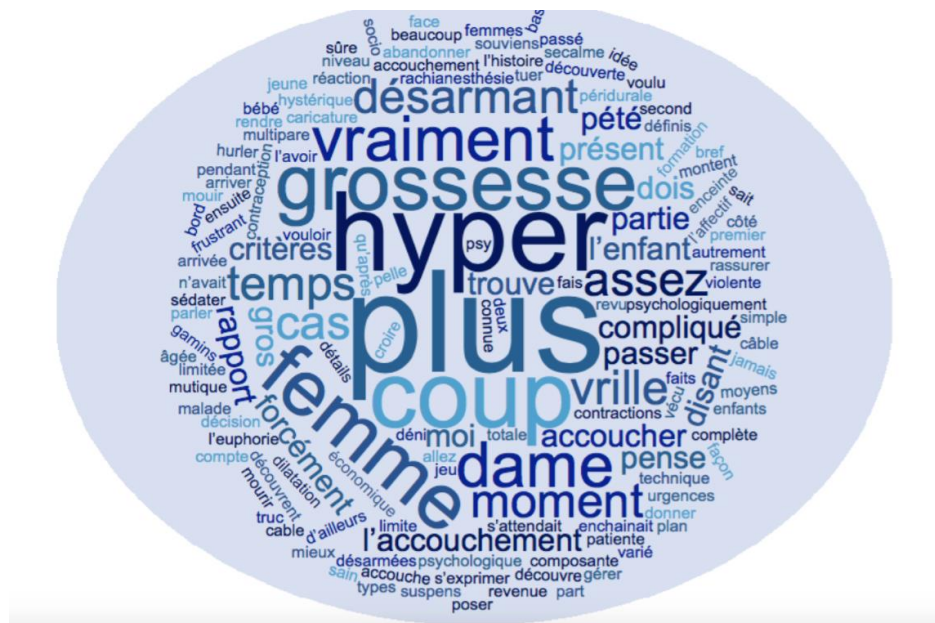


Figure 4 : Nuage de mots de l'entretien n°10

3.2.2 Les définitions

Nous avons remarqué lors de l'analyse des définitions de chaque entretien que ces dernières étaient toutes assez différentes (voir le tableau 1 ci-dessous).

Huit sages-femmes sur les dix interrogées ont donné des définitions qui se recoupent plus ou moins par leur sens. Mais chacune employait des mots divers pour décrire le déni. En effet, certaines parlaient du déni de grossesse comme d'une grossesse dont on ne se « rend pas compte » ou bien dont on « ne sait pas l'existence », d'autres comme une grossesse qu'on « ne sent pas » ou qui « passe complètement inaperçue ». Sur ces huit définitions, une a même été très rapidement nuancée (entretien n°1) par une modification de la première définition donnée en disant finalement le contraire, c'est-à-dire que la patiente saurait en fait inconsciemment qu'elle est enceinte mais sans se l'avouer à elle-même.

Cette nuance a rejoint la définition donnée dans un autre entretien qui s'opposait totalement aux sept citées précédemment. En effet, dans ce cas, la sage-femme a décrit le déni de grossesse comme « une grossesse qu'on sent et dont on connaît l'existence mais qui a du mal à être acceptée ». Tout comme la définition de l'entretien n°6 où la grossesse est reconnue mais non acceptée, non montrée.

La moitié des sages-femmes interrogées ont évoqué la notion de psychologie dans leur définition en mentionnant un processus inconscient ou psychiatrique ou une grossesse qu'on ne peut pas imaginer psychologiquement ou psychiquement.

Tableau 1 : Liste des différentes définitions données par les sages-femmes

1	Femme qui ne se sait pas enceinte ou qui le sait inconsciemment mais qui ne se l'avoue pas à elle-même
2	Absence de grossesse pour la patiente, elle ne se sent pas enceinte.
3	Se sentir enceinte et avoir du mal à l'accepter, se savoir enceinte plutôt et avoir du mal à l'accepter - Pour les primipares : elle se sait enceinte mais ne l'accepte pas - Pour les multipares : plus compliqué de le nier notamment avec les signes de l'aménorrhée
4	Patiente qui ne se rend pas compte qu'elle est enceinte
5	État de grossesse qui passe complètement inaperçu pour la mère que ce soit physiquement, psychologiquement, biologiquement parlant. Ne se rendre compte de rien.
6	Fait de ne pas accepter la grossesse, de ne pas montrer physiquement l'état de grossesse ou psychiquement d'ailleurs
7	Patiente qui accouche et qui ne sait pas qu'elle est enceinte et qui n'a ressenti aucun des signes sympathiques de grossesse. Elle arrive à l'accouchement avec aucune conscience qu'elle a un enfant dans l'utérus. Elle ne l'a même pas suspecté, il n'y a pas de doute, elle n'a pas été enceinte.
8	Fait de ne pas pouvoir réaliser en pleine conscience, par un phénomène inconscient, qu'on est enceinte. Processus psychiatrique.
9	Femme n'interprète pas tous les signaux de la grossesse car ne peut pas s'imaginer psychologiquement qu'elle est enceinte. Donc découverte de la grossesse tardive.
10	Quand une femme est enceinte sans forcément sans rendre compte.

3.2.3 La population « type » touchée par le déni de grossesse

Dans l'analyse de la population type touchée par le déni de grossesse, nous avons observé que sept sages-femmes sur dix répondaient que n'importe quelle patiente pouvait être touchée par le déni : n'importe quel âge, n'importe quelle catégorie socio-professionnelle, peu importe la parité de la patiente. A chacune de ces réponses, les sages-femmes précisaient également qu'elles se basaient sur ce qu'elles avaient pu rencontrer au cours de leur carrière, donc sur leur propre expérience.

Cependant sur les sept, trois d'entre d'elles ont nuancé en disant que : pour l'une les dénis arrivaient peut-être plus souvent chez des femmes ayant un contexte psycho-social défavorisé, pour une autre que les dénis arrivaient peut-être finalement plus souvent chez des patientes à qui on a diagnostiqué des stérilités ou qui ont des cycles irréguliers, et une autre a exprimé la sensation que cela arrivait plus souvent chez les multipares. Par ailleurs, trois sages-femmes ont répondu que le déni de grossesse touchait plus les patientes jeunes ou à l'inverse plus âgées, voire fragiles psychologiquement. Le tableau 2 ci-dessous résume tout ceci.

Tableau 2 : Description de la population "type" touchée par le déni de grossesse selon les sages-femmes

1	<ul style="list-style-type: none"> - Patientes fragiles psychologiquement - Patientes jeunes ou à l'inverse « âgées » (pour lesquelles c'est inconcevable d'être enceinte)
2	<ul style="list-style-type: none"> - Très jeunes, peut-être psychologiquement par ignorance - Beaucoup plus âgées, peut-être par le fait de se dire « je ne peux plus être enceinte »
3	<ul style="list-style-type: none"> - Population jeune et primipare
4	<ul style="list-style-type: none"> - TOUT : tout âge, quel que soit le milieu social ou la profession
5	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de cible particulière - Tout âge confondu, toute origine confondue - Pas de représentation particulière d'un type de femme
6	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de profil type : Pas de catégorie socio professionnelle ni d'âge - Tous les profils possibles : jeunes, moins jeunes, dénis répétés, primipares, multipares, femmes dans le besoin ou la misère sociale ou femmes aisées, même des professionnels de santé qui étaient plus à même de savoir
7	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de catégorie socio professionnelle. - Peut être les plus touchées : les femmes qui ont des stérilités et des règles anarchiques.
8	<ul style="list-style-type: none"> - Tout le monde - Pas de catégorie particulière : toutes les couches sociales, toutes les âges
9	<ul style="list-style-type: none"> - Très variable, choses très diverses - Peut-être un peu plus de dénis de grossesse chez les patientes ayant un contexte psycho social défavorisé
10	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de critères prédéfinis, hyper varié - Jeune ou plus âgée - Primipare ou multipare (précise plus loin dans l'entretien qu'elle a l'impression que cela survient plus chez les multipares)

3.2.4 Le vécu professionnel du déni de grossesse par les sages-femmes

Nous avons remarqué que le vécu professionnel des sages-femmes vis-à-vis du déni de grossesse était assez semblable. En effet, certaines notions revenaient dans la majorité des cas. Pour la moitié des sages-femmes interrogées, nous avons retrouvé très clairement la notion de **difficulté** de prise en charge avec des mots clairs et explicites comme « difficile », « situation pas évidente », « dur », « plus difficile », « plus lourd », « hyper désarmant », « pas facile ».

Cette notion de difficulté a été amplifiée par la récurrence de l'expression d'un certain **malaise** face à cette situation. Par exemple, dans les entretiens n°3 et n°10 notamment, nous avons lu des phrases telles que : « pas trop d'expérience », « ne sait pas trop comment se comporter » « a du mal à savoir comment parler des choses... » ou bien « assez limitée », « pas de formation ». Quelques sages-femmes restaient cependant assez contradictoires dans leur discours. Effectivement, deux sages-femmes se sont dites à l'aise ou peu perturbées par les patientes ayant vécu un déni de grossesse mais l'une a exprimé quand même la notion de difficulté de prise en charge et l'autre son besoin de ne pas être seule dans cet accompagnement.

L'idée du **temps** est également revenu très fréquemment dans les entretiens. Les sages-femmes exprimaient nettement la notion d'urgence, du manque de temps (« pas le temps de se retourner », « pas le temps de se poser des questions », « moment présent », « dans le mouv et dans l'action »). Elles parlaient également d'un « accéléré de la grossesse » et d'un temps « à rattraper ».

D'autres idées sont apparues dans trois entretiens :

- celle de la notion de **rareté** du déni de grossesse
- le recours à **d'autres professionnels** dans leur prise en charge : elles disaient ou sous-entendaient entreprendre une prise en charge « psycho-sociale » en ayant recours aux psychologues, pédopsychiatres et/ou assistantes sociales.
- l'expression de leur **contentement de ne pas être seules** dans cette démarche..

Un tableau plus détaillé du vécu professionnel des sages-femmes est présenté en annexe II.

3.2.5 Le vécu personnel du déni de grossesse par les sages-femmes

Nous avons remarqué par cette question que, contrairement au vécu professionnel, les ressentis personnels des sages-femmes étaient plutôt variables.

Néanmoins, nous avons retrouvé à nouveau cette notion clef (comme pour le vécu professionnel) de **difficulté** face au déni de grossesse. Certaines sages-femmes l'ont exprimé plus ou moins explicitement. Dans quatre entretiens, nous avons remarqué clairement cette idée. Dans l'entretien n°5, nous sentions la sage-femme vraiment marquée par le déni de grossesse (surtout le déni de grossesse total), en effet cette-dernière employait des mots chargés en signification comme « ouragan », « tsunami » ou bien des expressions telles que « oh mon Dieu ». Nous verrons par la suite que cette sage-femme a vécu une histoire assez difficile avec une patiente dont il lui reste beaucoup de souvenirs très détaillés et poignants (entretien mis dans sa totalité en annexe IX).

Cette notion de difficulté a aussi été retrouvée chez d'autres sages-femmes qui ont précisé que finalement leur vécu dépendait du vécu de la patiente. Ces-dernières ont précisé que si la patiente le vivait bien alors elles trouvaient cela plutôt facile. Au contraire, si la patiente le vivait mal, voire très mal, elles se retrouvaient plus démunies et dans l'embarras.

Enfin, la notion de difficulté a pu être retrouvée dans l'incompréhension des sages-femmes face au déni de grossesse et aux processus étonnants qu'il peut mettre en place (comme la transformation physique). Nous avons remarqué, de nombreuses fois, que des sages-femmes posaient des questions en retour aux questions initialement posées comme par exemple « Comment est-ce possible ? ». Nous avons aussi lu des mots tels que « absolument hallucinant », « assez étonnant », « impressionnant » ou « dingue ».

Nous avons distingué également dans plusieurs entretiens (trois sur dix) la notion d'**identification**. Les sages-femmes allaient au-delà de l'empathie en se mettant complètement à la place de la patiente et en se disant que cela aurait pu finalement être elles. Elles se projetaient.

Certaines sages-femmes ont émis de sérieux **doutes** sur la réelle existence d'un déni chez des patientes qu'elles avaient rencontrées. Par exemple, une sage-femme, en réponse à la question sur son ressenti personnel face au déni de grossesse, n'a fait qu'émettre des doutes sur la réelle existence de celui-ci et a plus parlé de grossesse cachée notamment chez une certaine catégorie de patientes comme les jeunes. D'autres sages-femmes ne remettaient pas

en cause le déni de grossesse mais ont cependant fait quelques remarques (de façon probablement inconsciente) en notifiant que pour elles : les « vrais » dénés de grossesse sont ceux qui arrivaient à l'accouchement.

Un tableau en annexe III détaille avec plus de précisions ce qui a été résumé précédemment.

3.2.6 Quelques histoires de dénés de grossesse racontées par les sages-femmes

Dans cette partie, nous n'avons malheureusement pas pu vous présenter tous les cas rencontrés par les sages-femmes et racontés par ces dernières car ceci aurait été beaucoup trop long. Le tableau mis en annexe IV résume néanmoins ce que les sages-femmes ont pu raconter.

Cependant, nous avons choisi de vous présenter quatre extraits dans leur globalité. Il a été très compliqué de choisir parmi les dix car tous étaient différents et intéressants. Nous vous présentons donc en annexe les histoires des sages-femmes et des patientes des entretiens n°1, 6, 7 et 9. L'entretien n°1 (annexe V) était assez intéressant dans la mesure où la sage-femme expliquait que son vécu personnel était exponentiel avec la forme du déni de grossesse rencontré. Dans l'entretien n°6 (annexe VI), la sage-femme utilisait plusieurs mécanismes de défense selon les situations. Dans l'entretien n°7 (annexe VII), il a été très intéressant de voir que la patiente vivait finalement très bien son déni de grossesse total et que c'était finalement la sage-femme qui était très inquiète. Enfin, l'entretien n°9 (annexe VIII) était assez marquant car il montrait la transformation physique possible dès l'annonce de la grossesse et l'incompréhension des professionnels de santé (sages-femmes comme psychologues) face à celle-ci.

3.3 Les vignettes cliniques

3.3.1 La vignette clinique A

Madame A, 35 ans, consulte aux urgences gynécologiques, pour douleurs abdominales, vous êtes la sage-femme de garde, vous découvrez en faisant une échographie abdominale une grossesse intra-utérine avec un fœtus vivant, à environ 18 SA.

3.3.1.1 La prise en charge de la patiente

Pour ce qui est de l'**annonce**, les réponses se divisaient en deux parties plus ou moins égales. En effet, nous avons eu d'un côté, quatre annonces de la grossesse non directes : deux sages-femmes ont d'abord posé des questions à la patiente, l'une d'entre elles a montré l'image à l'échographie sans rien dire et l'autre a d'abord fait confirmer son diagnostic par un médecin. D'un autre côté, six sages-femmes ont fait une annonce directe de la grossesse à la patiente : « je lui dis tout de go » ou bien « ce qu'on vient de voir, c'est ça ». Ces six sages-femmes se sont aidées de l'image à l'échographie pour annoncer la grossesse.

Pour ce qui est de la **prise en charge obstétricale**, la majorité a mené une prise en charge assez commune. En effet, nous avons eu huit sages-femmes qui ont entamé les bilans de début de grossesse, fait la déclaration de grossesse, prévu d'autres rendez-vous (suivi et échographies)... Une seule sage-femme s'est contentée de faire l'annonce, de bien expliquer et de refixer un rendez-vous pour gérer toute la partie administrative et prise en charge obstétricale afin de laisser le temps à la patiente « de digérer tout ça ». Enfin, une sage-femme a détourné la question de la prise en charge et ne s'est pas vraiment exprimée sur ce qu'elle aurait fait.

Pour ce qui est du **côté psychologique**, neuf sages-femmes sur les dix ont parlé de psychologues dès le premier rendez-vous. Cependant, nous avons remarqué une différence dans le recours au psychologue. Effectivement, une sage-femme a directement fait passer le psychologue le jour de l'annonce, cinq autres ont redirigé la patiente vers un spécialiste et deux autres ont juste proposé aux patientes le psychologue si elles étaient d'accords.

3.3.1.2 Le vécu de la patiente selon les sages-femmes

Pour la moitié des sages-femmes interrogées, le vécu de la patiente dépendait : soit elle était « super contente », soit « au bout de sa vie », soit elle vivait un « tsunami » ou un « choc » dans le sens positif du terme, soit la même chose mais dans le sens péjoratif.

Pour trois sages-femmes, le vécu de la patiente était, dans tous les cas, « violent » et « hyper brutal » (dans le sens négatif). Et la patiente devait se sentir coupable.

Enfin, une sage-femme a répondu que c'était trop tôt pour considérer cela comme un déni de grossesse. Une autre a précisé que si la patiente répondait « oh c'est une catastrophe » alors ce n'était pas vraiment un déni, contrairement à si elle répondait « non ce n'est pas possible, je ne suis pas enceinte ».

3.3.1.3 Le vécu de la sage-femme face à cette situation

Le vécu des sages-femmes était assez variable. En effet, trois sages-femmes ont dit que si la patiente le vivait bien, alors elles le vivaient bien également. A l'inverse, si la patiente « s'effondrait », cela risquait d'être plus compliqué. L'une de ces trois sages-femmes a dit que c'était « la grosse tuile » car cela rajoutait beaucoup de travail lors d'une consultation.

Trois sages-femmes ont dit qu'elles le vivaient bien et ont même précisé que 18 SA était sûrement trop tôt pour être considéré comme un déni de grossesse. C'était donc plus facile à vivre qu'un déni de grossesse total avec une patiente qui venait pour accoucher.

Une sage-femme s'est dite mal à l'aise dans cette situation car cette-dernière aimait quand cela se passait bien et sans complexité.

Enfin, deux autres sages-femmes ont ressenti beaucoup de compassion vis-à-vis de cette patiente.

3.3.2 La vignette clinique B

Madame B, 30 ans, arrive aux urgences gynécologiques avec des douleurs abdominales intenses qu'elle décrit comme des crampes à intervalle régulier depuis 3h. Madame B ne comprend pas ces douleurs et semble paniquée et très douloureuse (EVA =10). On lui découvre à l'échographie une grossesse avec un fœtus vivant à terme. Vous êtes la sage-femme de garde, vous l'examinez. Au TV, vous trouvez un col à 7 cm.

3.3.2.1 La prise en charge de la patiente

Par rapport à l'annonce de la grossesse, les sages-femmes étaient cette fois-ci unanimes. Neuf sur dix l'ont annoncé directement. Sur ces neuf, huit ont même précisé la notion d'urgence : « rapidement », « vite », « cash », « c'est pour maintenant. », « cela vous tombe sur la tête » ou bien « pas le temps ». Une seule parmi ces neuf a précisé qu'elle ne se précipitait pas dans l'annonce afin de ne pas employer des mots mal choisis. Une sage-femme sur les dix (entretien n°8) n'a pas répondu clairement à la question.

Pour ce qui est de la prise en charge, la première préoccupation de neuf sages-femmes sur dix a été de soulager la patiente. Pour cela, deux sages-femmes sur les neuf ont précisé « pas de péridurale car pas de bilans ». Et les sept autres n'ont même pas pensé à la nécessité d'avoir un bilan avant une pose de péridurale et ont directement répondu « je la passe en salle de naissances et je lui pose sa péridurale ».

La deuxième préoccupation des sages-femmes dans leur prise en charge de cette patiente fut la gestion du côté psychologique. Chacune précisait qu'une fois la patiente soulagée, elles pouvaient se pencher sur ce versant de la prise en charge. Nous avons ainsi eu deux sages-femmes qui proposaient à la patiente de prévenir quelqu'un qui puisse venir l'accompagner, quatre sages-femmes qui appelaient et prévenaient les psychologues (et plus ou moins assistantes sociales), trois sages-femmes qui n'ont pas fait appel aux psychologues mais qui ont rediscuté, « redébriefé » avec la patiente et tout réexpliqué après la pose de péridurale. Une seule sage-femme n'a pas du tout parlé du versant psychologique dans sa prise en charge. Toutes les sages-femmes ont ajouté essayer d'accompagner au mieux la

patiente en la rassurant et en l'aidant. Une sage-femme a résumé ce que quasiment toutes les sages-femmes ont exprimé en réponse à cette vignette clinique : « cette patiente est une urgence médicale ET humaine ».

3.3.2.2 Le vécu de la patiente selon les sages-femmes

Cette question nous a apportée des réponses très variables. En effet, nous avons eu trois sages-femmes qui disaient ne « rien » penser de cette patiente, trois sages-femmes qui disaient que, pour le coup, cette situation précise était « un vrai déni de grossesse » (en comparaison avec le cas clinique A). Puis, quatre sages-femmes ont répondu à la question en disant que cela devait sûrement être « violent », « brutal » et que la patiente devait ressentir de la culpabilité. Une sage-femme a répondu qu'elle essayait de ne pas imposer ce qu'elle pensait de mieux pour la patiente (c'est-à-dire garder son enfant). Enfin, une sage-femme a répondu qu'il fallait juste que cette patiente accouche dans le calme et la sérénité.

3.3.3 La vignette clinique C

Madame C, 30 ans, arrive aux urgences gynécologiques avec des douleurs abdominales intenses qu'elle décrit comme des crampes à intervalle régulier depuis 3h. Madame B ne comprend pas ces douleurs et semble paniquée et très douloureuse (EVA =10). On lui découvre à l'échographie une grossesse avec un fœtus vivant à terme. Vous êtes la sage-femme de garde, vous l'examinez. Au TV, vous trouvez un col centré, mi-long, souple, 2 doigts, avec une tête appliquée. Madame C. est en début de travail.

3.3.3.1 La prise en charge obstétricale de la patiente

Pour ce qui est de l'annonce, six sages-femmes ont fait leur annonce directement mais en précisant qu'elles le faisaient plus calmement, « plus en douceur » car elles avaient beaucoup plus de temps dans cette situation. Une des six sages-femmes a fait intervenir le psychologue pendant l'annonce car il a des « mots plus adaptés que les nôtres ». Trois sages-femmes ont fait comme pour la situation B, une annonce directe sans préciser qu'elles

prenaient plus de temps pour expliquer. Une sage-femme ne s'est pas exprimée à ce sujet car cette-dernière n'arrivait pas à se projeter dans les vignettes cliniques.

Au niveau de la prise en charge obstétricale, celle-ci différait un peu plus selon les sages-femmes. En effet, nous obtenons dans les résultats : trois sages-femmes qui ont fait poser une péridurale précoce, quatre sages-femmes qui ont commencé par des antalgiques (comme la lamaline) car le col leur semblait trop défavorable pour poser une péridurale. Parmi elles, une sage-femme a précisé qu'elle ferait poser une péridurale précoce si la patiente devenait « hystérique ». Ensuite, une sage-femme a répondu que cette patiente n'était pas en travail mais qu'elle essayait quand même de la soulager. Une autre a fait une injection de morphine. Et enfin, une n'a pas précisé comment elle voulait soulager la patiente.

3.3.3.2 La prise en charge psychologique de la patiente

Dans cette situation, les avis étaient également assez divergents. En effet, nous avons eu la moitié des sages-femmes qui ne recourraient pas aux psychologues et entamaient elles-mêmes une discussion avec la patiente. Une sage-femme a même précisé : « je ne souhaite pas de psychologue dans ce moment-là ». Trois sages-femmes ont fait appel aux psychologues et l'une d'entre elles l'a fait intervenir avant l'accouchement. Deux sages-femmes n'ont exprimé ni la notion de psychologue ni celle de discussion. Enfin, une sage-femme a dit qu'elle parlait à la patiente de l'accouchement sous X.

3.3.4 La vignette clinique D

Madame D, 28 ans, est dans votre service de suites de couches où vous êtes la sage-femme de garde. Dans le dossier, vous apprenez que Madame D a découvert sa grossesse tardivement (à 7 mois de grossesse). Aucune transmission n'a été faite à ce sujet et aucune personne du service n'était au courant. Vous allez faire l'examen du jour de cette patiente.

3.3.4.1 L'entretien avec la patiente

Sur ce point, les sages-femmes étaient unanimes et ont toutes dit qu'elles en reparlaient à la patiente. Certaines ont précisé qu'elles y allaient « en douceur » ou en mettant « des gants ». D'autres ont répondu qu'elles entamaient la conversation en faisant comme d'habitude, c'est-à-dire en posant leur question du jour (qu'elles posent à chaque patiente lors de l'examen) à savoir « comment ça va aujourd'hui ? ». Et c'est par la réponse de la patiente qu'elles verraient comment engager la discussion. Nous avons ressenti un réel besoin de comprendre chez chacune des sages-femmes. Toutes ont dit : « il faut comprendre » ce qu'il s'est passé. Certaines vont poser des questions à la patiente telles que « Comment vous en êtes rendue compte ? », « Comment avez-vous vécu la grossesse ? », « Est-ce-qu'il y avait des signes de grossesse ? » ou bien juste « Pourquoi ? », « Est-ce-qu'il y a une explication ? ».

3.3.4.2 Modification de la prise en charge

Toutes étaient également unanimes et disaient modifier clairement leur prise en charge vis-à-vis de cette patiente en : prenant plus de temps pour elle, étant plus vigilantes, s'inquiétant plus pour cette maman et son bébé, faisant beaucoup plus attention au lien mère-enfant qu'avant de savoir et proposant beaucoup plus facilement le psychologue (une le fait passer obligatoirement, une insiste fortement pour qu'il passe).

4 Discussion

4.1 Analyse et discussion des résultats

4.1.1 Les hypothèses théoriques

4.1.1.1 L'hypothèse théorique : les représentations différentes des sages-femmes

Une de nos hypothèse théorique reposait sur la différence des représentations du déni de grossesse chez les sages-femmes qui influencent leur pratique. Nous pensons pouvoir, par les réponses obtenues et l'analyse qui en a été tirée, valider cette hypothèse.

Dans un premier temps, nous pouvons observer que cette hypothèse se valide par les définitions diverses obtenues. Sept sages-femmes, bien qu'avec plus ou moins la même représentation du déni de grossesse, employaient des mots différents pour le décrire et chacune nuancait sa définition. Certaines ont basé leur définition sur la connaissance de l'existence de la grossesse avec les verbes « se savoir », « savoir » ou « ne pas réaliser ». D'autres, qui constituaient la majorité, l'ont basée sur les sensations produites par la grossesse notamment avec les verbes « se sentir », « sentir », « ressentir », « interpréter les signaux de grossesse » ou « se rendre compte ». Trois sages-femmes sur les dix interrogées ont même donné des définitions totalement contraires à la majorité de celles présentées. En effet, pour ces sages-femmes, le déni de grossesse serait une grossesse reconnue et connue de la patiente mais soit non acceptée, soit non montrée. Cinq sages-femmes sur dix ont fait apparaître dans leur définition une notion de psychologie (voire psychiatrie) et de phénomène inconscient. Nous avons noté dans les définitions données que seulement deux sages-femmes ont fait référence au temps et au moment de survenue du déni de grossesse. Une sage-femme a précisé que les dénis arrivaient lors de l'accouchement : « patiente qui accouche » ou « elle arrive à l'accouchement ». Une autre a fait mention d'une découverte « tardive » de la

grossesse. Aucune autre sage-femme n'a parlé de chronologie et n'a donc évoqué l'idée d'un terme à partir duquel on pourrait définir un déni de grossesse ou pas.

Pour rappel, il n'existe pas de définition consensuelle du déni de grossesse. Selon la littérature et les études, on définit par défaut le déni de grossesse comme la méconnaissance d'une grossesse au-delà de son premier trimestre. La notion de temps semble donc quand même importante. En effet, cela signifie que dès 12 SA, peu importe la parité de la patiente, son histoire et le contexte de la grossesse, si cette-dernière n'est pas reconnue, c'est un déni de grossesse.

Les différentes définitions données par les sages-femmes montrent déjà une différence des représentations du déni de grossesse et valident en partie notre première hypothèse.

Dans un second temps, nous validerons cette hypothèse par les réponses nuancées apportées par les sages-femmes à la question de la population type touchée par le déni. En effet, bien que sept sages-femmes aient été d'accords sur le fait que toute patiente peut être touchée par le déni, déjà trois d'entre elles avaient modifié leur point de vue en émettant l'hypothèse que certaines catégories de patientes seraient finalement peut-être plus touchées. Par exemple, dans des contextes psycho sociaux défavorisés ou chez des patientes multipares ou diagnostiquées stériles, les dénis seraient finalement plus fréquents. De plus, trois autres sages-femmes sont allées à l'encontre de la littérature en pensant que les populations les plus touchées étaient des patientes soit très jeunes soit beaucoup plus âgées, ou fragiles psychologiquement. Cinq sages-femmes sur dix ont donc des idées légèrement faussées sur la population type touchée par le déni. En effet, comme vu dans la première partie, il n'y pas de population type touchée par le déni de grossesse.

Dans un troisième et dernier temps, l'hypothèse des représentations différentes peut être validée tout au long de la lecture des entretiens notamment lorsque les sages-femmes racontaient librement des histoires qu'elles ont vécues sur les dénis de grossesse ou grâce à la vignette clinique A. En effet, lorsqu'elles racontaient des dénis rencontrés au cours de leur carrière, certaines sages-femmes ont « nuancé » le déni de grossesse. Elles ont parfois douté de l'existence d'un réel déni chez certaines patientes. Beaucoup, en prenant du recul, se sont posées la question d'une grossesse finalement connue chez ces patientes et volontairement ou inconsciemment cachée. Par exemple dans l'entretien n°2, nous avons pu lire à plusieurs

reprises des phrases telles que « je me demande parfois si ce n'est pas par volonté » ou bien « je pense qu'il y avait la grossesse cachée ».

La moitié des sages-femmes ont parlé lors de leurs histoires de « vrais dénis », en parlant des dénis totaux. Ainsi, certaines sages-femmes seraient donc amenées à considérer que les dénis partiels ne sont pas vraiment de réels dénis ou sont en tout cas beaucoup moins notables que les dénis totaux. Par exemple, nous avons pu lire dans l'entretien n°4 « donc vraiment un vrai déni parce que cela n'avait pas été découvert pendant la grossesse », ou bien dans l'entretien n°5 : « une vraie fois », « j'ai été confronté à un vrai déni de grossesse » ou dans l'entretien n°7 « patiente qui accouche et qui ne sait pas qu'elle est enceinte ». De même, la vignette clinique A où la patiente découvre sa grossesse à 18 SA nous a aidés à valider cette hypothèse. En effet, lorsque nous avons posé la question du ressenti personnel de la sage-femme face à cette situation, certaines ont répondu que pour elles 18 SA était trop tôt pour considérer que c'était un déni de grossesse. Par exemple, nous avons remarqué dans l'entretien n°2 : « 18 SA, ce n'est pas forcément un terme avancé » ou « Je ne mettrais pas cela dans le cadre du déni à ce terme-là » ou « j'aurais plutôt dit 20-25 SA et auquel cas il y a vraiment des éléments qui t'orientent vers un déni ». Dans l'entretien n°3, la sage-femme sous-entendait (car n'a pas terminé sa phrase) que 18 SA était peut-être un peu tôt : « Je me dis que 18SA, c'est encore un petit peu ... ». Dans l'entretien n°8, nous avons relevé : « parfois c'est compliqué de voir une grossesse à 18 SA » « 18 SA cela peut être juste limite pour sentir les mouvements actifs » « il n'y a vraiment pas de quoi fouetter un chat ». D'autres sages-femmes n'ont à contrario émis aucune interrogation sur le fait que ce soit un réel déni même à ce terme-là de la grossesse.

Ainsi, les définitions et représentations très différentes du déni de grossesse selon les sages-femmes nous amenaient à penser que la prise en charge de ces patientes pouvait être influencée. Et en effet, par le biais des vignettes cliniques, nous avons pu voir que chacune des sages-femmes appréhendaient les patientes A, B, C et D d'une manière différente.

Sur le plan purement obstétrical, la prise en charge était somme tout plutôt semblable du moins pour la vignette clinique A. Chaque sage-femme faisait ce qu'elle a à faire : c'est-à-dire des bilans de début de grossesse, des rendez-vous à prendre pour le suivi, une déclaration de grossesse tardive etc. Mais c'est au niveau de l'annonce que nous avons pu observer des

disparités. Certaines l'annonçaient directement, d'autres non, certaines posaient des questions avant l'annonce, d'autres non... Pour les autres vignettes cliniques, la prise en charge était plutôt différente selon les sages-femmes.

Pour le cas B, où la patiente arrive et accouche presque immédiatement, la gestion obstétricale est restée sensiblement la même : toutes passaient la patiente en salle de naissances, la plupart lui ont fait poser une péridurale (seulement deux sages-femmes ne l'ont pas faite poser car elles pensaient que les anesthésistes ne seraient pas d'accords de par l'absence de bilan).

C'est pour la prise en charge psychologique et donc la prise en charge du déni à proprement parlé que les avis divergeaient d'avantage. En effet, même si toutes parlaient du versant psychologique, toutes n'ont pas agi de la même façon : certaines ont appelé quelqu'un de l'entourage de la patiente, d'autres ont contacté le psychologue et l'ont même fait venir juste après l'accouchement, d'autres ont elles-mêmes rediscuté avec la patiente (sans mentionner le psychologue).

De même, pour la vignette clinique C, la prise en charge selon les sages-femmes était différente et même encore plus disparate que pour le cas clinique B. En effet, il y a moins d'urgence donc la technique obstétricale est moins nécessaire immédiatement et cela laisse le temps aux sages-femmes. Les annonces de la grossesse étaient faites différemment, certaines l'annonçaient plus en douceur que pour le cas B, d'autres l'ont fait exactement de la même façon. Nous avons retrouvé également beaucoup de dissemblances dans la prise en charge obstétricale : certaines ont fait poser une péridurale précoce, d'autres non, une a fait une injection de morphine. Dans la prise en charge psychologique, nous avons également des différences comme le recours au psychologue ou non. Certaines l'ont appelé alors que la patiente est en début de travail. Appeler le psychologue dès l'arrivée en travail d'une patiente est une chose que nous faisons vraiment très rarement en tant que sage-femme en salle de naissances, cela prouve déjà que nous modifions en partie notre prise en charge. L'une d'entre elles l'a même fait venir en salle de naissances une fois que la patiente était soulagée.

Dans la vignette clinique D, les sages-femmes ont unanimement répondu qu'elles modifiaient clairement leur prise en charge. Dans le sens où, à partir du moment où elles savaient pour le

déni de grossesse de la patiente, elles faisaient toutes plus attention au lien mère-enfant, étaient toutes plus inquiètes pour la maman et le bébé.

Nous avons donc montré que la prise en charge de ces patientes pouvait varier : d'une part entre les sages-femmes elles-mêmes pour une même situation donnée, et d'autre part, par rapport à des prises en charge habituelles de patientes plus « lambda ». Nous pouvons noter et nuancer la validation de cette hypothèse en se disant aussi que les pratiques sont également variables en fonction des professionnels eux-mêmes, mais aussi de par leur propre expérience et leur lieu d'exercice. Ainsi, la prise en charge est quoiqu'il en soit influencée par la singularité de chaque patiente et chaque contexte (même en dehors du déni). Les situations de déni de grossesse amplifieraient donc d'autant plus cette singularité et les différences de prise en charge.

4.1.1.2 L'hypothèse théorique : la mobilisation d'affects violents et les mécanismes de défense

Notre deuxième hypothèse théorique reposait sur le fait que le déni de grossesse mobilisait des affects potentiellement violents et entraînaient la mise en place de mécanismes de défense chez les sages-femmes. Nous pouvons, dans un premier temps, confirmer cette hypothèse par leurs réponses apportées au cours des entretiens.

L'analyse des champs lexicaux, l'emploi du superlatif dans la quasi-totalité de tous les entretiens, l'emploi de mots chargés en signification et forts, ainsi que l'étude des ressentis professionnels et personnels des sages-femmes lors de la rencontre de patientes ayant vécu un déni de grossesse démontrent bel et bien que les affects mobilisés par ce phénomène (que ce soit chez les patientes ou chez les sages-femmes) sont **violents**. En effet, l'intensité du vocabulaire employé était palpable dans chaque entretien. Les notions de violence, de choc, de difficulté, d'ampleur et d'intensité étaient assez redondantes. Le superlatif (comme l'utilisation répétée des mots tels que « hyper », « très », « extrêmement ») était quasiment omniprésent dans tous les entretiens ou au moins dans une partie de chacun. Nous nous retrouvons avec des sages-femmes qui, pour la plupart, sont dans la difficulté professionnellement et/ou personnellement parlant, assez désemparées, étonnées, parfois dans

l'incompréhension, empathiques (parfois même trop). Et ceci de façon exponentielle lorsque les dénis de grossesse sont totaux. Une seule sage-femme sur les dix (entretien n°4) disait n'être absolument pas dérangée par le déni de grossesse et ce qu'il implique. Mais cette sage-femme exprimait aussi de façon un peu contradictoire, lorsqu'elle racontait la rencontre d'une patiente qui a fait un déni puis qui a accouché sous X : « je ne l'ai pas mal vécu, parce que je suis là pour l'accompagner et c'est tout mais je n'ai pas compris. Parce que profession (infirmière), mari présent, déjà un enfant, enfin tout il y avait une place pour cet enfant. Mais pas pour elle ». Cette sage-femme était très ambiguë tout le long de l'entretien, en effet, elle disait bien le vivre mais on sentait quand même une certaine forme d'incompréhension voire de jugement face au déni et ses conséquences chez cette patiente.

La deuxième partie de l'hypothèse repose sur le fait que ces affects violents amènent à créer des **mécanismes de défense** chez les sages-femmes. En lisant les dix entretiens, nous sommes effectivement aperçus que différents mécanismes de défense pouvaient être identifiés. Comme vu dans la première partie de ce travail, il existe plusieurs types de mécanismes de défense et on distingue même ceux propres aux professionnels de santé. Nous avons repéré lors de l'analyse de ces entretiens quelques attitudes ou remarques pouvant en effet s'apparenter à ceci (et pas forcément ceux spécifiques aux professionnels de santé).

Par exemple, dans l'entretien n°1, la sage-femme utilisait **l'humour et l'ironie** face à nos questions, elle répondait en riant à la demande d'une définition du déni de grossesse : « Oh punaise je vais te détester ». Ou bien plus loin, en réponse à la question « Que dis-tu à la patiente ? » dans la vignette clinique A, elle a commencé par répondre toujours avec humour « Euh...Félicitations ?! Non je rigole, on l'enlève ça ! ». Nous avons pu aussi observer une certaine identification lorsque la sage-femme faisait remarquer en décrivant un cas de déni de grossesse rencontré que cette femme avait le même âge qu'elle, que c'était une femme d'un milieu aisé, une personne « qu'elle aurait très bien pu côtoyer dans la vie de tous les jours ».

Dans l'entretien n°2, nous avons pu noter une certaine forme de **fuite de la situation** présentée. En effet, la sage-femme a répondu à un moment donné « Ouh, ba là, ce n'est plus mon rayon car cela date quand même ». Elle a donné comme excuse son manque d'expérience alors que c'est une sage-femme ayant pratiqué dans tous les services et dans plusieurs hôpitaux. On peut donc deviner que ce n'est pas la réelle cause de son absence de

réponse. Cela donnait presque la sensation que c'était pour se justifier d'une éventuelle « mauvaise réponse ». Ajouté à cela, le champs lexical du « doute » était vraiment omniprésent dans cet entretien avec l'emploi du mot « peut-être » seize fois.

L'entretien n°4 fut très difficile à interpréter. En effet, la sage-femme fut comme sur la défensive tout le long des questions posées. Elle répondait par des phrases courtes, assez tranchantes (« Ba j'en pense qu'elle a fait un déni de grossesse. Point. »), l'entretien fut un peu « expéditif » de notre ressenti. Au tout début de celui-ci, elle a répondu avec un léger sarcasme et probablement un peu d'humour à la question sur la définition du déni de grossesse : « Oh ça commence bien. Cela porte bien son nom, non ? ». Au contraire des autres sages-femmes, elle ne se disait pas marquée du tout par le déni de grossesse, qu'elle comprenait. Elle semblait ferme et catégorique dans ses propos, comme une sensation qu'elle voulait se donner une image d'une sage-femme forte. Mais paradoxalement à toute son attitude d'apparence froide, elle émettait parfois quelques remarques qui laissaient suggérer que finalement le déni de grossesse l'intriguait quand même un peu ou qu'elle ne comprenait pas tant que ça : « je ne l'ai pas mal vécu [...] mais je n'ai pas compris. » ou bien « comment a-t-elle fait pour ne pas se rendre qu'elle a un bébé ? » ou « Même si on sait que cela existe et qu'on comprend, on se dit toujours comment elles font pour ne pas sentir le bébé quoi ? ». Cette sage-femme était donc très ambivalente de par son attitude assez distante et froide, ses réponses parfois très tranchantes et par ses remarques pouvant laisser imaginer que finalement elle n'y était pas si insensible. Nous pouvons donc deviner que cette sage-femme mettait en place quelques mécanismes de défense via l'humour, via la répression par la brièveté de ses réponses parfois acérées.

L'entretien n°5 nous montre une autre forme de mécanisme de défense : **l'altruisme**. La sage-femme semblait en effet s'être investie corps et âme dans la prise en charge d'une patiente ayant vécu un déni de grossesse à tel point d'en avoir presque oublié de se « protéger » elle-même. Nous avons pu lire à la page deux de cet entretien (en annexe IX) : « je me suis faite déposséder pour réussir à entrer en contact avec elle », « j'ai dû oublier ce que je savais faire », « Je me suis vraiment arrachée, j'ai donné le meilleur de moi professionnellement et humainement parlant. Je suis allée chercher mais vraiment toutes mes ressources possibles ». Cette sage-femme a précisé avoir même eu besoin de consulter un psychologue suite à cet épisode de sa carrière.

Dans l'entretien n°6, nous avons identifié deux mécanismes de défense. Le premier est le **refoulement**. Effectivement, lors de la vignette A, la sage-femme s'est interrompue de répondre aux questions et s'est d'un coup remémorée une autre histoire vécue avec une patiente ayant vécu un déni de grossesse abouti par une mort fœtale in utero. Elle a d'ailleurs dit elle-même : « C'était hyper injuste en fait. D'ailleurs c'est pour ça que je le refoule bien et que je m'en rappelle qu'après coup. [...] elle était passée à côté du bonheur de la grossesse et du bonheur d'être maman. Je pense que c'est pour ça que je la remets encore plus loin que les autres dans mes souvenirs. C'était un cap, une étape. ». Le deuxième mécanisme de défense que nous avons pu aussi observer pour elle est **l'identification**. En effet, la sage-femme s'est complètement mise à la place de, non pas la femme qui vit le déni de grossesse et qui accouche, mais de la future grand-mère qui voit sa fille accoucher : « Cela avait été plutôt perturbant car je me rapprochais plus, enfin je me projetais plus dans l'histoire de la grand-mère » ou bien « Tu te projettes et tu te demandes : « Et moi à sa place comment j'aurais pu réagir ? ».

Enfin, la sage-femme de l'entretien n°7 a également fait preuve d'identification projective en disant : « je me mets à la place de cette femme et à la place du fœtus », « moi je me serais écroulée en me disant mais comment j'ai pu passer à côté d'un truc pareil ».

4.1.2 Les hypothèses opérationnelles

4.1.2.1 Première hypothèse opérationnelle

Notre hypothèse théorique sur les affects potentiellement violents mobilisés chez les sages-femmes engendrant la création de mécanismes de défense est donc plutôt validée et peut être complétée par notre première hypothèse opérationnelle. Cette dernière suppose que plus la découverte du déni de grossesse était tardive, plus les mécanismes de défense chez les sages-femmes étaient importants.

Dans un premier temps, nous pouvons dire que cela est probablement vrai car chacun des mécanismes de défense repérés et cités ci-dessus avec notre modeste vision de psychologie sont sur les cas de déni de grossesse dont les sages-femmes se souvenaient le

plus. Elles précisent à chaque fois que ce sont ces situations qui les ont le plus touchées, le plus marquées.

Dans un second temps, beaucoup de sages-femmes précisait être beaucoup plus marquées par les patientes vivant un déni de grossesse total, c'est-à-dire des patientes qui arrivent dans l'urgence pour accoucher. Ces situations les animaient fortement et chacune exprimait leur ressenti avec beaucoup d'intensité et de mots forts (comme vu précédemment avec l'analyse des champs lexicaux). D'ailleurs, plus de la moitié des sages-femmes reconnaissaient d'elles-mêmes (sans que nous ayons eu besoin de leur poser la question) ne plus se souvenir ou être beaucoup moins marquées par les situations de découverte de déni de grossesse partiel. Dans l'entretien n°1, la sage-femme a dit se souvenir beaucoup mieux des dénis totaux et a même fait une échelle exponentielle de son ressenti : plus le déni était total, plus son vécu à elle était « violent ». Dans l'entretien n°2, cette sage-femme a précisé que les patientes qu'elle a rencontrées sont « essentiellement à l'accouchement » et qu'elle se souvient « vraiment particulièrement d'une petite jeune » ayant fait un déni de grossesse total. Dans l'entretien n°4, la sage-femme nous a signifié que « c'est moins dur quand c'est en consultations ». Dans l'entretien n°5, la sage-femme a ajouté « Après il y en a peut-être eu qui étaient dans le déni de grossesse pendant la grossesse et qui ont réalisé un jour qu'elles étaient enceintes et comme moi je les ai vues à l'accouchement ou en suites de couches, et bien je ne m'en souviens pas parce que finalement le travail s'est bien fait ». Ensuite, nous avons lu dans l'entretien n°6 : « C'est déjà arrivé en consultation pour des ouvertures de dossiers mais ça cela marque moins que pour l'accouchement ». Dans les autres entretiens, les sages-femmes n'ont rencontré que des dénis de grossesse totaux ou n'ont en tout cas absolument pas parlé des dénis partiels.

Les sages-femmes sont donc beaucoup plus marquées et semblent beaucoup plus impliquées émotionnellement lors de la prise en charge de patientes ayant vécu un déni de grossesse total.

4.1.2.2 Deuxième hypothèse opérationnelle

Notre deuxième hypothèse opérationnelle consistait à penser que les sages-femmes avaient beaucoup plus recours à d'autres professionnels de santé et notamment des psychologues que pour des patientes lambda. Dans l'idée que les sages-femmes privilégiaient le côté technique et obstétrical dans un premier temps. Cette hypothèse peut être en partie validée.

Nous avons vu avec les résultats présentés ci-dessus que quasiment toutes les sages-femmes avaient recours à un moment donné aux psychologues, voire psychiatres et parfois assistantes sociales, et ce dans toutes les vignettes cliniques. Après, nous pouvons aussi nous dire qu'il paraît normal de contacter dans ce genre de situation des psychologues car cela relève quand même de quelque chose de marquant psychologiquement pour la patiente. Mais ce qui est étonnant, c'est que toutes les sages-femmes ont utilisé la « carte du psychologue » à des moments inhabituels de la prise en charge, moment où d'habitude nous n'avons généralement jamais recours aux psychologues : le travail et l'accouchement. Plusieurs sages-femmes ont d'ailleurs précisé honnêtement vouloir « gérer le médical avant » (c'est-à-dire ce que nous avons l'habitude de gérer) puis le vécu et le ressenti après. Parmi elles, une a résumé ceci en disant « je reste dans mon accouchement et vigilante par rapport au bébé car on ne sait pas ce qu'il peut y avoir vu qu'il n'y a jamais eu d'échos ». Ainsi, nous avons pu confirmer au travers des entretiens que les sages-femmes privilégiaient le côté technique et que bien conscientes de l'enjeu psychologique certaines préféraient passer la main très rapidement (« je pense très rapidement au psychologue »). Certaines précisaient « être très contentes » de ne pas être seules, d'autres disaient travailler en « collégialité et jamais toute seule » ou « être plus sereine à l'hôpital » car elles ont tout sous la main et notamment « une équipe autour qui va aider », Certaines ont précisé aux patientes dans les cas cliniques « je ne suis pas toute seule, il y a des gens qui vont m'aider à m'occuper de vous ».

Certaines sages-femmes ont dit également avoir recours aux psychologues pour des raisons de méconnaissance ou dans la peur d'être maladroit, d'employer de mauvais mots (afin de « ne pas employer des mots mal choisis »). Une sage-femme s'est dit être d'ailleurs mal à l'aise avec ce genre de situations car elles ne savaient jamais trop quoi dire à ces patientes de peur de les braquer. Une autre a bien résumé cette idée en disant qu'elle avait

bien conscience que la composante psychologique jouait beaucoup mais qu'elle se sentait « désarmée » face à cela par manque de formation et que par conséquent elle faisait « avec les moyens du bord ».

Ainsi, les sages-femmes auraient donc en effet bien plus souvent recours aux psychologues, notamment à des moments inhabituels de la prise en charge d'une patiente. La raison principale de ce recours serait dans un premier temps une probable détresse psychologique des patientes et la volonté de ne pas être seule face à cela et dans un deuxième temps le manque de formation en psychologie et l'impossibilité technique (pas sur le plan obstétrical) de gérer ce genre de cas.

4.1.2.3 Troisième hypothèse opérationnelle

La troisième hypothèse opérationnelle consistait à penser que la prise en charge était notamment modifiée dans la prise en charge de la douleur avec l'utilisation plus précoce de la péridurale. Nous n'avons pas réussi à valider cette hypothèse. En effet, nous avons pu démontrer plus haut que la prise en charge des sages-femmes étaient en effet modifiées face à ce genre de situation mais nous n'avons pas réussi à réunir assez d'arguments pour confirmer que les sages-femmes avaient tendance à utiliser des péridurales précoces. Nous pouvons cependant souligner que les sages-femmes ont dans leurs priorités de prise en charge celle de la gestion de la douleur car toutes ont bien mis en avant le fait qu'elles soulageaient tout d'abord la douleur avant d'entreprendre quoique ce soit avec la patiente. C'est la vignette clinique C qui aurait pu nous aider à répondre à cette hypothèse, avec la patiente en début de travail et un col défavorable à une péridurale. Dans cette vignette, trois sages-femmes ont répondu qu'elles feraient posé une péridurale malgré ce col et une autre a dit qu'elle le ferait si la patiente devenait hystérique. Mais ces réponses nous semblent trop légères pour pouvoir généraliser cette idée et valider notre hypothèse.

4.2 Points forts de l'étude

Nous ne pensions pas avoir des entretiens aussi riches et différents les uns des autres. Ceci les a rendus tous très intéressants. Le sujet du déni de grossesse semblait fortement intéresser les sages-femmes lors de la proposition des entretiens et nous n'avons eu aucun mal à les interroger à ce sujet malgré le temps demandé. De plus, chaque sage-femme a raconté des histoires vécues avec des patientes très différentes ainsi que des ressentis variables. Nous avons pu récolter des témoignages très variés : de la patiente très jeune à la patiente plus âgées pensant ne plus pouvoir être enceinte, du déni de grossesse aboutissant à un accouchement sous X ou encore de l'ambiance triste et très sombre à la patiente vivant merveilleusement bien son déni de grossesse total.

La richesse de ces entretiens nous a quand même permis de répondre positivement à quatre sur cinq des hypothèses émises.

4.3 Limites de l'étude

Nous pouvons citer plusieurs limites à cette étude.

Dans un premier temps, comme dans tout sujet où l'étude est qualitative, la part de subjectivité lors de l'analyse est beaucoup plus importante. Même si nous avons essayé de les étudier avec le maximum d'objectivité, il reste quand même toujours une part de subjectivité inconsciente dans l'analyse.

Dans un deuxième temps, il est dommage que nous n'ayons pas pu répondre à la dernière hypothèse sur l'utilisation plus précoce de la péridurale. Nous supposons donc que la vignette clinique à ce sujet ou les questions en rapport n'étaient pas assez adaptées ou pas assez poussées. En effet, il a été difficile de construire des vignettes cliniques vraiment ciblées aux hypothèses, ainsi à posteriori et au vu des réponses apportées par les sages-femmes, nous nous rendons compte que certaines vignettes cliniques manquaient parfois de précisions ou de questions supplémentaires pour pouvoir répondre totalement aux hypothèses.

Dans un troisième temps, il aurait été intéressant d'être accompagnés d'un psychologue lors de nos entretiens afin de pouvoir interpréter au mieux tous les mécanismes de défense, toutes les réponses et réactions des sages-femmes face aux questions posées. Notre travail aurait sûrement été plus complet.

Enfin, il a été difficile de condenser ce travail dans le nombre de pages demandées tant le matériel recueilli était riche. L'analyse en a été d'autant plus complexe car toutes les parties citées nous semblaient importantes d'être mentionnées pour répondre de façon la plus complète possible à toutes nos hypothèses.

4.4 Perspectives et implication

Avec les résultats de cette étude, nous pouvons voir avec beaucoup plus de certitudes que les représentations du déni de grossesse sont complètement différentes d'une sage-femme à une autre. Certaines sages-femmes sont même amenées à penser ou du moins s'interroger sur le fait que certains dénis n'en soient pas (et seraient finalement des grossesses cachées). Mais ces-dernières n'arrivaient pas elles-mêmes à répondre à leurs propres interrogations, à savoir : différencier la grossesse cachée du réel déni. Nous en venons donc à penser qu'il serait intéressant d'avoir de réelles formations lors de nos études à ce sujet afin de savoir définir clairement un déni, quels en sont les signes une fois le déni levé et comment faire la différence avec une grossesse cachée.

De plus, certaines sages-femmes ont exprimé lors des entretiens leur malaise face à ce genre de situations. Elles se sentent souvent démunies et ne savent pas quoi dire aux patientes de peur de les braquer ou de ne pas utiliser les bons mots. Ainsi, il serait donc également intéressant d'avoir de plus grandes bases dans le domaine de la psychologie pour pouvoir aider au mieux ces patientes en étant le moins influencées possible par ses propres mécanismes de défense. Il s'agirait donc d'apprendre à mieux gérer des situations « d'urgence psychologique », chose à laquelle nous ne sommes pas formées ni forcément habituées puisqu'heureusement plus rares.

Enfin, au vu de l'analyse des entretiens et des sages-femmes très fortement marquées et touchées par les patientes qu'elles avaient rencontrées, il serait peut-être intéressant

d'organiser des cellules de débriefing pour les équipes, avec des psychologues ; comme il en existe déjà dans certaines maternités pour des situations telles que la prise en charge de l'accouchement d'une patiente vivant une mort fœtale *in utero* ou lors du décès d'un enfant à la naissance. Le fait que les sages-femmes aient été volontaires et très enthousiastes à la participation de cette étude montre certainement, en plus de leur intérêt, un certain malaise traduisant des situations difficiles à vivre pour elles sur le plan personnel et professionnel et leur besoin d'en parler.

Conclusion

Les résultats de cette étude nous permettent de souligner que le déni de grossesse est un sujet important et marquant chez les sages-femmes aussi bien sur le plan professionnel que personnel nécessitant la survenue de mécanismes de défense comme l'humour, l'identification projective ou l'altruisme. Ces-derniers apparaissent afin de protéger au maximum les sages-femmes de ces situations touchantes et émotionnellement prenantes qui peuvent avoir des répercussions sur leur propre vie personnelle.

Et bien que marquant, il existe un net manque d'unité dans la représentation du déni de grossesse chez les sages-femmes, pourtant professionnels de santé au cœur de l'obstétrique. Nous avons, en effet des définitions, des ressentis professionnels et personnels très hétérogènes. Le déni de grossesse, et notamment le déni partiel, reste encore un sujet très controversé pour certaines sages-femmes. En effet, pour certaines, le « vrai » déni est celui de la patiente qui arrive pour accoucher. Le déni de grossesse partiel est complètement occulté par une grande partie des sages-femmes et par conséquent n'est parfois même pas considéré comme un vrai déni. Certaines situations de déni de grossesse amènent aussi quelques sages-femmes à s'interroger sur la réelle existence d'un déni en le confondant ou suspectant une grossesse cachée par la patiente.

Bien qu'une prise en charge soit toujours légèrement différente de par la singularité des sages-femmes et des patientes elles-mêmes, ce manque d'harmonie dans l'image du déni implique probablement une nette accentuation de ces modifications de prise en charge entre les sages-femmes et notamment dans le domaine de la psychologie. Ceci pouvant entraîner des répercussions sur les sages-femmes elles-mêmes et même sur leurs attitudes vis-à-vis des patientes. Certaines sages-femmes vont beaucoup s'impliquer émotionnellement parlant dans ce genre de situations ou à l'inverse complètement se détacher pouvant ainsi laisser des traces chez une patiente dont le vécu de cette grossesse ou accouchement est déjà difficile.

5 Bibliographie

1. **Grangaud N.** Dénis de grossesse: description clinique et essai de compréhension psychopathologique . Université Paris VII Faculté de médecine Lariboisière Saint-Louis : s.n., 2001.
2. **Québec, Santé et Services Sociaux.** Troubles psychotiques - Santé mentale . [En ligne] [Citation : 25 Mars 2018.] <http://sante.gouv.qc.ca/dossiers/dossier-sante-mentale/>.
3. **Chaulet S.** Dénis de grossesse : exploration clinique et psychopathologique, prise en charge étude rétrospective sur 5 ans au CHU d'Angers [Thèse d'exercice : Médecine - Psychiatrie] . Université d'Angers, faculté de Médecine : s.n., 2011.
4. **L'OBS,** Le déni de grossesse, un phénomène encore mal connu. [En ligne] [Citation : 25 Mars 2018.] <https://www.nouvelobs.com/societe/20090609.OBS9953/le-deni-de-grossesse-un-phenomene-encore-mal-connu.html>.
5. **Ministère des affaires sociales et de la santé.** Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé Connexes CIM-10 FR à usage PMSI Bulletin officiel. 2015.
6. **Lansac J, O'Byrne P, Masson J.** Extraits des mises à jour en gynécologie et obstétrique : le déni de grossesse.. Ext. s.l. : CNGOF, 2010.
7. **Delcroix M, Navarro F.** Qu'est-ce que le déni de grossesse?. s.l. : Elsevier Masson SAS, Mai-Juin 2013, Revue de Santé scolaire & universitaire, Vol. 21, p. 4.
8. **Nisand I.** Le déni de grossesse : La lettre du gynécologue. 2013.

9. **Marinopoulos S.** Extraits des mises à jour en gynécologie et obstétrique: le déni de grossesse et ses manifestations psychiques. s.l. : CNGOF, 2010.

10. **Erno E.** Les sages-femmes face au déni de grossesse : regards introspectifs [Mémoire de fin d'études : maïeutique] . Paris, Ecole des sages-femmes de Baudeloque : s.n., 2013.

11. **Papon S., Beaumel C.** Bilan démographique : Plus de 67 millions d'habitants en France au 1^{er} Janvier 2018. INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques [En ligne] [Citation : 7 Avril 2018.] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3305173>.

12. **Benedeck TF, Missonnier S, Canneaux M.** Devenir parents. Paris : PUF, 2013.

13. **Inpes.** Le vécu de la grossesse par les femmes . [En ligne] 2010. [Citation : 26 Mars 2018.] www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3s.pdf.

14. **L'express.** "Elles accouchent et ne sont pas enceintes" : le déni dévoilé. L'express.fr. [En ligne] 27 Mars 2011. [Citation : 27 Mars 2018.] https://www.lexpress.fr/actualites/1/styles/elles-accouchent-et-ne-sont-pas-enceintes-le-deni-devoile_976694.html.

15. **Navarro F.** Déni de grossesse : la persistance des règles est un signe trompeur 2012, Le concours médical, Vol. 2, pp. 134-147.

16. **Guernalec-Levy G.** Je ne suis pas enceinte, enquête sur le déni de grossesse. s.l. : Stock, 2007.

17. **Association American Psychiatric.** DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française. Paris : Masson, 1996.

18. **Chabrol H.** Recherche en soins infirmiers . s.l. : Association de Recherche en Soins infirmiers, 2005. pp. 31-42.

- 19. Chabrol H, Callahan S.** Mécanismes de défense et coping. s.l. : DUNOD , 2013.
- 20. Le Monde.** Affaire des bébés congelés: Véronique Courjault condamnée. LeMonde.fr. [En ligne] 2009. [Citation : 13 Janvier 2016.] <http://www.lemonde.fr/societe/article/2009/06/18/affaire-des-bebes-congeles-veronique-courjault-condamnee-a>.
- 21. Zagury D.** Quelques remarques sur le déni de grossesse.. 4, 2011, Perspectives Psy, Vol. 50, pp. 314-321.
- 22. Janati I, Dany L, Libert M.** Représentations sociales du déni de grossesse chez des professionnels et futurs professionnels de maternité de la métropole lilloise. 62, 2014, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, pp. 195-202.
- 23. Ordre National des Sages-Femmes.** Compétences des sages-femmes. [En ligne] [Citation : 27 Mars 2018.] <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>.
- 24. Ruzniewski M.** « Les mécanismes de défense ». Paris : DUNOD, 2014. pp. 543-551.

Annexes

Annexe I : Trame des entretiens semi-directifs

QUESTIONS DIRECTES :

Lieu de profession :

Age :

Depuis combien de temps es-tu sage-femme :

- Dans quels services et quels hôpitaux as-tu travaillé ?
- Peux-tu me définir avec vos propres mots le déni de grossesse ?
- D'après toi, quelles sont les patientes les plus touchées par le déni de grossesse ?
- Quel est ton point de vue professionnel sur le déni de grossesse ?
- Que cela t'évoque-t-il d'un point de vue personnel ?
- As-tu déjà rencontré au cours de votre carrière des patientes ayant déjà vécu un déni de grossesse (découverte au décours de la grossesse ou découverte lors de l'accouchement) ? Si oui, combien de fois ?
- Est-ce que tu peux me raconter du coup avec tes propres mots la prise en charge que tu as entreprise ?
- Quel a été ton ressenti dans cette situation ?

VIGNETTES CLINIQUES :

Madame A, 35 ans, consulte aux urgences gynécologiques, pour douleurs abdominales, vous êtes la sage-femme de garde, vous découvrez en faisant une échographie abdominale une grossesse intra-utérine avec un fœtus vivant, à environ 18 SA (4 mois de grossesse).

- Que faites-vous en termes de prise en charge ?
- Que dites-vous à la patiente ?
- Que pensez-vous du ressenti de la patiente ?
- Quel est le vôtre ?

Madame B, 30 ans, arrive aux urgences gynécologiques avec douleurs abdominales intenses qu'elle décrit comme des crampes à intervalle régulier depuis 3h. Madame B ne comprend pas ces douleurs et semble paniquée et très douloureuse (EVA =10). On lui découvre à

l'échographie une grossesse avec un fœtus vivant à terme. Vous êtes la sage-femme de garde, vous l'examinez. Au TV, vous trouvez un col à 7 cm.

- Que dites-vous à la patiente ?
- Que faites-vous en termes de prise en charge dans l'immédiat?
- Que pensez-vous de cette patiente ?

Madame C, 30 ans, arrive aux urgences gynécologiques avec douleurs abdominales intenses qu'elle décrit comme des crampes à intervalle régulier depuis 3h. Madame B ne comprend pas ces douleurs et semble paniquée et très douloureuse (EVA =10). On lui découvre à l'échographie une grossesse avec un fœtus vivant à terme. Vous êtes la sage-femme de garde, vous l'examinez. Au TV, vous trouvez un col centré, mi-long, souple, 2 doigts, avec une tête appliquée. Madame C. est en début de travail.

- Que dites-vous à la patiente ?
- Que faites-vous en termes de prise en charge immédiate ? (Proposez-vous la péridurale ?)

Madame D, 28 ans, est dans votre service de suites de couches où vous êtes la sage-femme de garde. Dans le dossier, vous apprenez que Madame D a découvert sa grossesse tardivement (à 7 mois de grossesse). Aucune transmission n'a été faite à ce sujet et personne du service n'était au courant. Vous allez faire l'examen du jour de cette patiente.

- Allez-vous vous entretenir avec la patiente à ce sujet ?
- Apportez-vous des modifications à la prise en charge de cette patiente ?

Annexe II : Vécu professionnel des sages-femmes face au déni de grossesse

1	<p>DIFFICULTE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situation <u>difficile</u> - Ne sait jamais comment accompagner ces patientes - Situations <u>pas évidentes à gérer</u> (dames parfois qui accouchent sous le secret) <p>TEMPS/URGENCE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situations à gérer souvent <u>dans l'urgence</u> - Arrivée et accouchement <u>dans la foulée</u>, - <u>Pas le temps</u> de se retourner
2	<p>RARE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Très rarement confrontée au déni de grossesse - S'exprime peu sur son vécu professionnel mais rajoute un détail à sa définition : <u>ignorance de la grossesse entraînant un refus/non acceptation de l'accouchement et non acceptation de l'enfant</u>
3	<p>RARE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Rarement confrontée</u> au déni de grossesse <p>QUESTIONNEMENT :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pose plein de questions <ul style="list-style-type: none"> → <u>Reconstitution de l'histoire de la patiente</u> : existence de signes pouvant montrer une grossesse (aménorrhée, nausées, perte de poids ou gain de poids) ? Moyen de contraception avant ? Présence d'un conjoint ? → <u>Futur avec l'enfant</u> : volonté de le garder ? se sentir de l'élever ? financièrement possible d'élever l'enfant ? Discuter des possibilités d'adoption et des possibles aides si elle le garde. → <u>Relation mère/enfant</u> : attachement ? affection ? <p>MAL A L'AISE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne savait pas trop comment se comporter car <u>pas trop d'expérience</u>, - Pas très à l'aise. - <u>A du mal à savoir comment parler des choses</u> pour obtenir plus d'informations sans brusquer la patiente. Ce n'est pas évident de discuter avec une « jeune ».
4	<p>DIFFICULTE ET TEMPS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Outre la <u>difficulté</u> : car <u>plus difficile</u> à prendre en charge, <u>tout de suite, immédiatement, dans l'urgence</u>, quand elles arrivent en SDN pour accoucher - <u>Plus facile</u> de prendre en charge <u>un déni de grossesse total</u> qui vient pour accoucher qu'une patiente qui fait un déni de grossesse et qu'il faut suivre en consultation. Car en SDN : « <u>dans le mou et l'action</u> », « pas le temps de se poser de questions ». Alors qu'en consultations : <u>plus lourd</u> d'un point de vue professionnel car toute la PEC psycho sociale à faire <p>A L'AISE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas plus de souci que ça - Ne le vit pas mal
5	<p>RARE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assez peu confrontée - <u>Evidence</u> que cela existe, en a <u>toujours entendu parler</u> en tant que professionnel

	<p>PLUTOT à l'aise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Pas trop affolée par ce genre de situation</u> (ne parle que des dénis totaux aboutissant à un accouchement) : « chose que l'on a l'habitude de gérer » - Pas déstabilisée plus que ça <p>BESOIN d'AUTRES PROFESSIONNELS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup de choses à mettre en place derrière : - « Ravie » de ne pas être toute seule, <u>travailler à l'hôpital</u> permet de ne pas être seule pour encadrer ces mamans et leurs bébés. - Impossibilité de gérer toute seule (l'accouchement si) mais trop de choses derrière. → Donc « contente » d'avoir des psychologues, assistantes sociales, des pédopsychiatres, d'autres collègues SF
6	<p>TEMPS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Accélééré</u> de la grossesse - Pas de terme précis - Il faut « <u>rattraper le temps perdu</u> » pour le suivi de grossesse <p>BESOIN D'AUTRES PROFESSIONNELS (sous-entendu) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge particulière - Mettre en place plusieurs choses pour le suivi de la grossesse - Si découverte lors de l'accouchement : <u>problèmes de NON suivi</u> et aussi <u>problèmes psychologiques</u> car « passer de l'état de pensée « je ne suis pas enceinte » à état de mère est <u>psychiquement difficile à encaisser</u> »
7	<p>DIFFICULTE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Aie aie aie c'est dur ça... » - Relève plus du « personnel » : difficile de ne pas mélanger le personnel et le professionnel <p>INCOMPREHENSION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Du mal à y croire</u> avant de le voir, - Pensait avant d'en voir que c'était « exagéré », du « bluff »
8	<p>PATHOLOGIE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déni de grossesse évoque une <u>pathologie psy</u> - Prise en compte de la <u>pathologie psychiatrique</u> <p>INCOMPREHENSION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Essaye de comprendre</u> ce qui jour dans l'histoire de la patiente
9	<p>DIFFICULTE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Pas facile</u> d'entourer ces femmes <p>TEMPS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rattraper un certain temps <p>INTERRESSEE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enjeu est <u>assez beau</u> - <u>Aime participer</u> à cet accompagnement

10	<p>DIFFICULTE :</p> <ul style="list-style-type: none">- Hyper désarmant- Distingue deux types de patientes<ul style="list-style-type: none">✓ <i>Les patientes dans l'euphorie, qui hurlent</i> : hyper désarmants, SF dans le moment présent suspension du côté technique de l'accouchement, beaucoup plus dans l'affectif✓ <i>Les patientes mutiques</i> : <u>aussi compliqué</u>, mais plus simple pour l'accouchement car ne part pas forcément en vrille. Psychologiquement, pas forcément plus sain de ne rien dire cependant <p>MAL A L'AISE :</p> <ul style="list-style-type: none">- Désarmée- <u>Car pas de formation</u>, fait avec les « <u>moyens du bord</u> » surtout pour ce qui est de la composante psychologique- Assez limitée
----	--

Annexe III : Vécu personnel des sages-femmes face au déni de grossesse

1	<p>DEPEND DE LA SITUATION</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus facile à gérer si femme accepte bien et repart avec le bébé - Se souvient beaucoup plus des dénis totaux - Moins de souvenirs des patientes ayant vécu un déni partiel - Ressenti exponentiel avec le terme et le degré d'urgence <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avec l'accouchement en 15 min : <u>extrêmement violent</u>, « je l'ai trainée longtemps avec moi celle-ci » ✓ Déni total mais déclenchement donc plus long : <u>moins violent</u> <p>IDENTIFICATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Personne que j'aurais pu côtoyer » : décrit comme une situation assez violente
2	<p>DOUTE sur l'EXISTENCE DU DENI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se demande si parfois ce n'est pas <u>volontaire</u> - A du mal à différencier déni de grossesse et grossesse cachée - <u>Pour les jeunes</u> : « je mets plutôt les jeunes sur le côté grossesse cachée alors qu'on les étiquette dénis de grossesse ». ✓ Doute sur le fait que ce soit juste <u>par ignorance</u> de ce qu'est la grossesse donc ce ne serait pas un déni à proprement parlé. ✓ <u>Aspect psychologique</u> : (grossesse non acceptée par les parents donc cachée) ✓ <u>Phénomène culturel</u> : (grossesse non acceptée avant le mariage donc cachée) → « On appelle cela déni de grossesse mais je pense qu'on peut vraiment faire la nuance avec la grossesse cachée ».
3	<p>EMPATHIE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pense dans un 1^{er} temps au bébé : « pauvre bébé » car arrive dans un contexte un peu particulier <p>CHOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pense que c'est un choc émotionnel pour la patiente (5 fois le mot « choc » en une phrase) <p>JUGEMENT :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressentait parfois qu'elle émettait des jugements : « elle est jeune, elle aurait pu avoir une contraception », ou « pauvre bébé d'arriver dans ce contexte-là »
4	<p>DEPEND DE LA SITUATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressenti très différent selon la situation <p>« VRAI » DENI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les « vrais » dénis de grossesse sont ceux découverts pendant l'accouchement <p>A l'aise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne le vit pas mal - Le comprend - Le vit de la même façon que pour une patiente lambda
5	<p>CHOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « <u>Tsunami</u> » : ou dans cet ordre là - « Intensité émotionnelle démesurée »

	<ul style="list-style-type: none"> - « D'une Ampleur, d'une amplitude » - « Coup de tonnerre » - « Oh mon Dieu ! » <p>« VRAI » DENI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pense directement aux dénis totaux lors de l'évocation du mot déni. - « Vrais » dénis de grossesse sont ceux lors de <u>l'accouchement</u> - Questionnement : contexte de découverte tardive de la grossesse, se demande si c'était une histoire de déni vraiment ou pas ?, + « Mais est-ce-que cela rentre dans l'histoire du déni de grossesse en fait ? Je ne sais pas ... Tu vois j'ai un doute dans cette histoire-là... » <p>DEPEND DE LA SITUATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Il y en a peut-être eu qui étaient dans le déni de grossesse pendant la grossesse et qui ont réalisé un jour qu'elles étaient enceintes et comme moi je les ai vues à l'accouchement ou en SDC je ne m'en souviens pas du coup ». <ul style="list-style-type: none"> - <u>Moins marquée</u> par les dénis de grossesses partiels
6	<p>DIFFICULTE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas évident : - Déstabilisant - <u>Abstrait et particulier</u> surtout pour l'accouchement - Vrai cheminement à faire sur le plan physique et psychologique - Vraiment de l'accélééré - Réussir à être encadrante et à l'écoute - <u>Problèmes aussi pour l'après</u> : est ce qu'elle garde l'enfant ? <p>« VRAI » DENI</p> <ul style="list-style-type: none"> - « vrai » déni de grossesse sont <u>ceux de A à Z</u> (c'est-à-dire jusque l'accouchement) <p>IDENTIFICATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Tendance à se projeter</u> dans ces histoires là
7	<p>DIFFICULTE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficile - Extrêmement triste <p>PEUR :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peur - Angoissant <p>IDENTIFICATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se met à la place de la patiente et du fœtus (« quand on sait l'influence du ressenti psychologique du vécu de la grossesse sur la personnalité, ça fait peur ») <p>INCOMPREHENSION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impossible de s'imaginer (surtout quand on sait ce que c'est d'être enceinte) de ne pas avoir ressenti de mouvements actifs fœtaux (MAF) - « Comment est-ce possible ? » - « Ce sont les MAF que tu as du mal à comprendre »
8	<p>EMPATHIE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>En empathie</u> car traduit une souffrance personnelle <p>JUGEMENT :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne juge pas <p>ORIENTATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oriente vers un professionnel compétent

	<p>INCOMPREHENSION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absolument hallucinant - Assez étonnant - Très interpellant - Impressionnant
9	<p>JUGEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de jugement, pas de jugement de valeur <p>Cela ne la touche pas personnellement</p>
10	<p>DIFFICULTE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Désarmées - <u>Pas de formation</u> notamment sur la composante psychologique qui entre beaucoup en jeu - Faire avec les moyens du bord - Etre <u>assez limitée</u> dans la prise en charge de la découverte et de l'accouchement - Hyper frustrant - Assez compliqué

Annexe IV : Tableau représentant les dénis rencontrés par les sages-femmes au cours de leur carrière

	Combien ?	Quels types ?	Ressenti général
1	Plusieurs cas	Déni total, 26ans, aisée, accouchement sous X	Extrêmement violent, très difficile
		Déni total, déclenchement, infirmière	Moins violent
		Autres dénis partiels	Moins de souvenirs
2	Plusieurs	Se souvient d'un seul Déni total, 15 ans, accouchement sous X	Assez étonnant
3	1 fois	Déni total, 16 ans, accouchement sous X	Rencontre en SDC , Pas trop d'expérience, pas à l'aise, dû mal à ne pas juger
		Déni total, 18 ans	
4	3 voire plus	Déni total, 25 ans, infirmière, accouchement sous X	Incompréhension
		Déni total, petite jeune	Assez bref
		En consultation, II pare, contexte psycho social défavorisé	Le pire, Marquant car 2 ^{ème} déni
5	1 fois voire plus	Déni partiel, 15ans, en GHR puis accouchement	Dépossédée, arrachée
6	10 fois voire plus	Déni total, pour l'accouchement, 15ans, viol	Difficile car note judiciaire
		Déni total, pour l'accouchement, infirmière	Attachant
		Déni total, VI pare, misère sociale, 3 ^{ème} déni	Difficile par le contexte psycho social
		Lors de consultations	Moins marquée
		Déni quasi-total, 40 ans, MFIU	Hyper injuste
7	1 fois	Déni total, 30aine d'années, diagnostiquée stérile	Inquiète, mal à l'aise
8	0	De connaissance, déni total, une copine d'une SF	Interpellant car copine SF n'avait rien vu
9	5 à 10 fois	Déni partiel, 34 SA, aux Urgences	Impressionnant, marquée par la transformation physique, touchée
		Déni total, IV pare, 40 ans	Marquée
10	4 fois	Déni total, IV pare, 40 ans	La plus Violente connue

Annexe V : Extrait de l'entretien n°1

As-tu déjà rencontré au cours de votre carrière des patientes ayant déjà vécu un déni de grossesse (découverte au décours de la grossesse ou découverte lors de l'accouchement) ?

Si oui, combien de fois ?

J'ai eu plusieurs cas... Donc cette fameuse dame qui est arrivée et que j'ai accouchée dans le quart d'heure suivant et qui est partie dans les heures qui ont suivi. J'ai eu des dames qui ont vécu un déni de grossesse et qui avaient déjà accouché que j'ai suivi en SDC. Et j'ai eu une dame qui a débarqué sur ces petites jambes et qui sortaient de son service d'hôpital où elle travaillait à qui j'ai dit : « Et oui, effectivement, vous êtes enceinte », cela se voyait pour le coup, vraiment, et que j'ai propesser parce qu'elle était à terme et qu'elle avait rompu sur liquide teinté et que j'ai accouché dans la nuit donc c'était moins violent que la première.

Mais elle savait qu'elle était enceinte ?

Ha non pas du tout. Mais elle avait perdu un truc bizarre dans la journée donc elle avait regardé sur google et elle s'était dit que peut-être c'était le bouchon muqueux, donc bon... Elle était en train de comprendre dans sa tête que c'était cela qui se passait.

Et as-tu plusieurs dénis partiels où elles ont découvert pendant la grossesse ?

J'en ai eu mais j'en ai moins le souvenir.

Si tu as déjà pris en charge une patiente ayant vécu un déni de grossesse, peux-tu me raconter avec tes propres mots la prise en charge que vous avez entreprise ?

J'ai eu ces deux dames là où vraiment pour le coup je m'en souviens bien.

Donc ce sont les dénis totaux dont tu te souviens, celles où elles arrivent et elles accouchent ?

Oui. C'est ça.

Vraiment pour le coup il y avait celle-ci que j'avais propesser où c'était entre guillemet moins violent. Et il y avait celle qui se savait enceinte depuis peu et qui l'avait planqué à tout le monde et qui est arrivée et qui a accouché dans le quart d'heure puis qui a fait son hémorragie de la délivrance, sous anesthésie générale et qui est reparti sur ses petites jambes le matin à 8h et qui pour le coup n'a jamais rien voulu savoir de son bébé, qui ne l'a pas vue, qui n'a rien voulu savoir et a accouché sous le secret et pour le coup c'était extrêmement violent ça.

Quel a été ton ressenti dans cette situation ?

Violent et hyper difficile. En plus c'était forcément sur une garde hyper chargée, donc pas le temps de m'en occuper comme j'aurais voulu. Et je ne dirais pas difficile de créer un lien avec cette patiente, mais j'ai manqué de temps car j'aurais aimé l'amener à autre chose vis-à-vis de son bébé. Donc difficile de créer un lien car cette dame est arrivée, je l'ai examinée, elle avait un petit bidou donc moi je pensais qu'elle était à un 27 ou 29 SA, mais en fait elle était à terme et a fait un 4kg donc elle était bien à terme, elle était à 9 cm quand je l'ai examinée donc je l'ai passée tout de suite en SDN. Et pas le temps, enfin le temps de rien, elle a juste eu le temps de me regarder et de me dire « Mais je ne veux pas de ce bébé ! Je ne veux pas de ce bébé ! Ce n'est pas possible ! ».

Et tu répondais quoi à cela ?

Je lui ai dit « Ba déjà on va accoucher et on rediscute de tout ça après ». Elle a eu une ventouse cette dame en plus car le rythme était dégueu et on ne savait pas depuis combien de temps. Pendant la ventouse, on a eu le temps de discuter un petit peu, je lui ai demandé si elle voulait le voir, elle m'a dit « non je ne veux pas le voir, je ne veux rien savoir ». Donc on l'a très vite emmené et en fait après on l'a endormie car elle s'est mise à saigner donc il a fallu gérer cette hémorragie de la délivrance et comme c'était un bordel monstre en salle, on n'a pas pu la garder avec nous, donc elle a passé la nuit en salle de réveil sous Nalador. Et comme c'était affreusement le bordel, j'ai eu le temps d'y retourner que de façon très rapide pendant la nuit. Et j'ai vraiment eu le temps de me poser à la fin de ma garde à 8h du matin, où je me suis assise et je lui ai dit « bon maintenant, on fait quoi ? ». Elle m'a racontée un peu sa vie, machin. Et j'ai eu l'impression de manquer de temps avec cette patiente, de ne pas réussir à... Elle ne voulait rien, c'était très difficile qu'elle ne veuille rien savoir, pas le sexe, enfin rien quoi...

Toi tu voulais lui dire ? Tu aurais aimé lui dire ?

J'aurais aimé qu'au moins elle laisse un mot pour ce bébé ou qu'elle laisse quelque chose, une trace, une explication pour cet enfant plus tard, ou qu'elle puisse vraiment verbaliser les choses. Et en fait c'était une dame qui était vraiment très très très isolée qui avait mon âge (26 ans). Et c'était dur de voir que c'était une nana d'un milieu versaillais, enfin c'est con mais elle avait un sac Gérard Darel et des chaussures Repetto quoi.. et de me dire une nana d'un milieu comme ça, favorisé quand même, qui est mais seule au monde, vraiment, où ses parents n'ont même pas vu qu'elle était enceinte... Et ça c'était vraiment.... enfin ouai, je l'ai trainée longtemps celle – ci avec moi...

Annexe VI : Extrait de l'entretien n°6

As-tu déjà rencontré au cours de ta carrière des patientes ayant déjà vécu un déni de grossesse (découverte au décours de la grossesse ou découverte lors de l'accouchement) ? Si oui, combien de fois ?

Une bonne dizaine de fois voire probablement un petit plus. Il y en a sûrement qui m'ont marqués un petit peu plus que d'autres. Tu veux que je te raconte ceux dont je me rappelle ?

Oui.

Je me rappelle d'une jeune femme qui avait 15 ans, qui avait été violée dans son collège, qui était arrivée avec sa maman et qui a accouché hyper rapidement. C'était la première fois où je prenais en charge un déni de grossesse.

J'ai eu une femme qui était infirmière, qui arrivait pareil pour accoucher.

J'ai eu une jeune femme que j'avais déjà accouché pour le 4^{ème} et pour le 6^{ème} enfant et qui avait fait des dénis de grossesse pour chacune de ses grossesses. Elle était plutôt dans la misère sociale. On ne savait pas trop la part de « pas avoir envie de faire suivre sa grossesse parce qu'il y avait un coût » ou le « côté aussi psychologique du poids financier qu'allait représenter un enfant après » et peut-être aussi du coup le non choix de ne pas avoir à décider de « est-ce-que j'avorte ou pas ? est-ce-que je suis capable de l'assumer financièrement ou pas ? ». C'était un déni, où elle est arrivée avec les pompiers et puis elle a accouché dans les deux heures. Et je me souviens très bien lui avoir posé son bébé sur le ventre en lui disant « bravo vous avez une jolie petite fille », puis la patiente a relevé la tête en me demandant comment je m'appelais, je lui ai répondu « D. », et sur ce la patiente a répondu « bon ba appelons la D. ». C'était assez perturbant en fait.

Du coup elle l'a appelée comme toi ?

Alors elle ne l'a pas appelée comme ça, parce que je lui ai dit non car je ne tenais pas particulièrement à ce qu'elle lui donne mon prénom. Donc elle a choisi un autre prénom et a fini par l'appeler « E. ». Mais c'est quand même fixé, j'ai des images fixées et des souvenirs assez précis tu vois ? Ce sont des histoires qui sont quand même à part.

Et la dernière c'était une jeune femme tout juste majeure, d'un niveau social plutôt très bon, avec des parents encadrants, qui allait à la fac, qui avait eu un rapport sexuel 9 mois pile poil avant, qui s'était faite quittée et qui n'avait pas voulu reconnaître son état de grossesse et qui

était donc venue avec sa maman pour de la constipation et qui accouché aux urgences gynécologiques. Personne n'avait pu croire qu'elle allait accoucher sinon qu'elle allait franchement mal. Et puis quand ils ont vu une tête ils ont appelé la sage-femme.

Ce sont toujours des situations, pas catastrophiques mais d'urgence disons, car du coup le fait que tu méconnaisses l'état de grossesse, ta prise en charge n'est pas optimale.

Donc si on fait le point, ce qui t'a marqué ce sont les dénis où les patientes arrivent pour accoucher ?

Oui plus que les autres. Après il y a quand même pas mal de dénis, ou de femmes... alors c'est pareil, est-ce qu'on dit le vrai déni ce sont celles qui méconnaissent leur grossesse, mais il y en a qui n'ont pas envie de savoir qu'elles sont enceintes, qui le savent au fond d'elles-mêmes, mais qui ne l'acceptent pas et qui du coup ne se font pas suivre. Des fois, ce n'est pas toujours facile entre le non suivi qui n'a pas trop envie de savoir les choses et celles qui ne savent vraiment pas. Ce n'est pas toujours franc dans les histoires.

Donc si en consultations, c'est arrivé sur des ouvertures de dossier avec des termes plus ou moins précis mais tardifs d'accueillir ces patientes. Mais cela marque un peu moins que pour l'accouchement quoi.

Tu ne te souviens pas d'une patiente en particulier par exemple ?

Non, je ne serai pas aussi précise que je peux l'être sur les autres patientes.

Par rapport aux quatre situations que tu m'as décrites quel a été ton ressenti à chaque fois ?

Cela a été des ressentis un peu différents.

La mineure avec l'histoire du viol derrière, il s'est quand même posé la question de « Est-ce qu'elle le garde ou non ? ». Les parents lui avaient vraiment laissée le choix, c'était un petit garçon, et la grand-mère avait dit quand « il est hors de question de le laisser ou l'abandonner etc ». Et en fait, on avait eu un rôle de la prévenir quand même que elle, elle avait ce ressenti là (le fait de penser que c'était le mieux pour sa fille) mais que peut-être sa fille voyait à travers les yeux de ce bébé continuellement la personne qui l'avait violée et tout le ressenti qu'elle pouvait avoir avec. Donc là cela a été une histoire un peu compliquée, elle l'a laissé à la pouponnière. Puis je crois qu'elle avait fait des démarches après pour le récupérer. Toujours est-il que la ce sont des histoires avec quand même une note un peu judiciaire derrière. Enfin l'idée qu'elle se soit faite violée au sein même de son collège, tu n'as pas envie de laisser les choses telles que. Donc c'était plutôt orienter sur la note judiciaire et pénale.

Après la jeune infirmière qui avait accouché, c'était attachant parce qu'elle n'avait pas du tout tilté et à aucun moment qu'elle pouvait être enceinte et elle était la première perplexe à se dire qu'elle avait passé des journées entières au boulot sans savoir qu'elle était enceinte. Elle, elle m'avait montrée que cela pouvait toucher toutes les couches et même celles qui étaient les plus avisées, les plus informées ou en tout cas censées être les plus informées, cela pouvait aussi arriver à ces gens-là.

La 6^{ème} pare que j'avais accouché deux fois, c'était plutôt le contexte psycho social qui était difficile : avec une femme qui était déjà larguée en fait, qui était déjà sous l'eau avec ses cinq enfants et qui allait accueillir ce 6^{ème} enfant et qui vivait dans un squat, qui buvait et qui fumait beaucoup. Donc un accompagnement plutôt social.

Et puis la jeune femme que j'avais accouchée aux urgences centrales. Cela avait été plutôt perturbant car je me rapprochais plus, enfin je me projetais plus dans l'histoire de la grand-mère on va dire. Parce que le vécu de la grand-mère (le vécu de la jeune fille était difficile aussi), mais le vécu de la grand-mère l'était aussi : car voir sa fille accoucher aussi violemment et tout de suite cette famille qui accueille cet enfant. Tu te projettes et tu demandes « Et moi à sa place comment j'aurai pu réagir ? ». Donc je me positionnais plus vers la grand-mère ce coup-là. En plus on a découvert que grâce à l'accouchement, cette jeune fille avait une maladie sexuellement transmissible donc il y a eu une prise aussi médicale et intéressante.

Donc du coup oui chaque histoire soulève d'autres problèmes.

(Pendant la vignette A):

Oh , je viens de me rappeler d'une dame qui avait fait un déni de grossesse et une mort fœtale in utero. Tu vois je l'avais complètement zappée elle. Elle était quasiment à terme. C'était une femme qui avait plus de 40 ans donc c'était la seule et unique grossesse qu'elle avait eue.

Elle en voulait un ?

Non, enfin oui. En fait c'était assez ambivalent. Elle n'en voulait pas parce que ce n'était pas l'homme avec qui elle aurait dû faire et que d'un point de vue familial, cela posait problème. Mais en même temps c'était probablement sa seule chance d'en avoir un donc c'était hyper partagé quoi.

C'est toi qui l'as accouchée ?

Non je l'ai vu en suites de couches. Je lui ai présenté son bébé.

Et elle tu l'as vécu comment ?

Mmmh. C'était hyper injuste en fait. D'ailleurs c'est pour ça que je le refoule bien et que je m'en rappelle qu'après coup. C'était presque injuste. Bon la vie est parfois injuste mais elle je sentais que c'était quand même, cela avait probablement été sa seule chance et elle était passée à côté à la fois du bonheur de la grossesse et du bonheur d'être maman. Donc c'était un peu plus... Je pense que c'est pour ça que je la remets encore plus loin que les autres dans mes souvenirs.

Trop dur ?

Oui c'était un cap, une étape.

Annexe VII : Extrait de l'entretien n°7

As-tu déjà rencontré au cours de votre carrière des patientes ayant déjà vécu un déni de grossesse (découverte au décours de la grossesse ou découverte lors de l'accouchement) ? Si oui, combien de fois ?

Oui une seule fois

Est-ce que tu peux me raconter du coup avec tes propres mots la prise en charge que tu as entreprise?

On lui avait dit qu'elle avait des ovaires polykystiques, et puis on lui avait dit qu'elle n'aurait pas d'enfant et cela faisait un moment qu'elle n'en avait pas. Elle avait déjà un garçon de 7 ans. Elle a beaucoup travaillé à l'étranger car son mari était pompier et ils ont été expatriés un moment. Comme ils déménageaient beaucoup, ils avaient fait un peu une croix sur une grossesse. En France, elle travaillait dans une boulangerie, elle travaillait debout, c'était une femme costaud, déjà physiquement pas obèse mais plantureuse, en pleine santé, bien avec son conjoint.

La veille, elle était passée à la caserne, tout le monde l'a vue en pleine forme. Et le lendemain, elle devait aider une amie à déménager. Donc après sa journée de boulot, elle commence à aider pour le déménagement et là elle a commencé avoir mal au ventre. Elle rentre à la maison, puis finalement elle se met à saigner. Elle ne savait pas d'où exactement (vagin, anus ...). Elle va à Bégin aux urgences, elle a dû tomber sur un interne ou je ne sais plus qui lui a dit qu'il ne savait pas, qu'il voyait en effet quelque chose, et puis elle s'est mise à avoir envie de pousser enfin bref elle a accouché. Et Comme la mater était fermée, ils l'ont transférée aux diaconesses, donc elle s'est retrouvée aux SDC chez nous avec sa petite fille.

Mais alors là, tu aurais vu le truc... Finalement c'était le bonheur, la famille était super présente. Ils ont tous été acheté ce qu'il fallait. Le mari est tombé des nues, La caserne tous tombés des nues parce que la veille la femme était là comme d'habitude.

Elle m'a dit qu'elle n'avait pas changé de taille de pantalon, qu'elle n'avait jamais eu mal au dos, pas plus mal que d'habitude... Rien ...

Mouvement du bébé pas sentis jusqu'au jour J.

Tout allait bien. Ça allait tellement bien que je me disais que ce n'était pas possible ! Je me disais « mais comment cela se fait-il qu'elle ne craque pas ? ». La femme gérait tout ça avec de l'humour en plus. C'est ça qui était à la fois suspect et je me disais « elle va craquer ».

Le séjour a duré la même chose que les autres patientes, 3 jours, elle se sentait prête à partir. Et la psychologue ne l'avait pas vue, car elle était en vacances. Donc comme elle semblait aller bien pour tout le monde, elle a fait ses trois jours et elle est partie.

Pendant le séjour à la mater, impeccable, le garçon de 7 ans aux anges.

Quel a été ton ressenti dans cette situation ?

Je trouve ça dingue. Je ne l'ai pas vu pleurer, moi je me serais écroulée en me disant « mais comment j'ai pu passer à côté d'un truc pareil quoi ? », se sentir coupable et tout. Mais elle prenait ça, enfin je ne sais pas... Moi pour moi ce n'était pas normal qu'elle ne s'écroule pas après elle s'est peut-être écroulée après...

J'étais plutôt Inquiète pour elle. Et puis d'un autre côté tu te sens Mal à l'aise, je trouve que c'est plus le rôle du psychologue d'aller d'essayer d'aller chercher les fils de l'histoire. Quand tu es là en SDC en tant que SF, tu te dis qu'il y a tellement de gens qui doivent la questionner, tu te sens intrusive dans les questions. La psychologue, elle a plus l'habitude tu vois ? Toi tu te demandes « jusqu'où je peux aller dans les questions sans bouleverser, sans faire des boulettes ? ». Moi je trouve cela assez Complicé.

Le père, je ne l'ai pas vu car quand il passait je n'étais pas là.

En plus avec le turn over, c'est ça le problème des maternités, c'est qu'en SDC tous les jours tu as une SF différente. Donc pour suivre une patiente et voir l'évolution sur plusieurs jours, à part les petits mots que tu te mets dans les transmissions assez rapides car tu n'as le temps de rien et ba...tu vois la qualité du suivi quoi... Trop d'intervenants et c'est là où le fait d'avoir une psychologue à mi-temps dans le service ce n'est pas bien.

A Mignot, vous vous en avez plusieurs et c'est mieux.

Annexe VIII : Extrait de l'entretien n°9

As-tu déjà rencontré au cours de votre carrière des patientes ayant déjà vécu un déni de grossesse (découverte au décours de la grossesse ou découverte lors de l'accouchement) ? Si oui, combien de fois ?

Oui entre 5 et 10 fois.

Est-ce que vous pouvez me raconter du coup avec tes propres mots la prise en charge que tu as entreprise ?

Un c'était à Bordeaux il y a quelques années, c'était une patiente qui était transférée des urgences générales. Elle consultait pour des douleurs rénales. Et en fait en faisant, l'écho des reins, ils ont découvert le bébé. Elle était je pense vers 35 Sa dans mes souvenirs sur l'estimation. Quand elle est arrivée, l'aide-soignante comme pour toutes patientes qui arrivent lui demande d'aller faire pipi. Elle était donc debout dans le couloir, c'était une femme qui était un petit peu ronde mais voilà, cela ne se voyait pas qu'elle était enceinte. Elle rentre dans le box des urgences, on lui fait une échographie obstétricale, une perfusion, un monitoring. Parce qu'elle contractait pas mal, elle devait être à 34 SA. Donc on essayait quand même d'arrêter les contractions parce que le terme n'étant pas sûr, on ne voulait pas passer à côté d'un prématuré. Elle reste dans le box des urgences au moins deux heures. On avait appelé la psychologue. Et elle se relève au bout de deux trois heures pour aller faire pipi, elle va aux toilettes, elle sort des toilettes, et je me souviens très bien, la psychologue arrive à ce moment-là, et croise cette dame dans le couloir. La psychologue revient vers nous en nous disant qu'elle n'a pas vu la dame dans le box, je lui réponds donc que c'est la dame qu'elle vient de croiser dans le couloir. Et là, la psychologue me répond que « ce n'est pas possible » qu'elle ne s'en soit pas rendue compte car la dame qu'elle venait de croiser avait du ventre. Son ventre était donc sorti en trois heures de temps. C'était impressionnant. Elle a su qu'elle était enceinte et le corps en trois heures d'écart, debout dans le même couloir, ce n'était plus la même, morphologiquement c'était impressionnant. Cela m'a toujours m'a marquée.

Moi j'ai été... c'est toujours touchant. On se sent toujours « wouah » Après dans cette situation-là particulièrement, elle a bien accepté, enfin dans la mesure de ce qu'elle pouvait faire. Elle s'est sentie entourée, tout a été mis en place pour l'accompagner au mieux, elle a été hospitalisée, elle n'a pas accouché à ce moment-là. Je pense que c'est différent quand le

déni de grossesse arrive au moment de l'accouchement tout de suite. Là elle a été hospitalisée en grossesse patho, et elle est ressortie pour revenir accoucher. Et je n'ai pas eu de nouvelles ensuite...

Il y en d'autres qui t'ont marqué ?

Cela marque toujours ... oui il y en a une autre qui m'a marquée, c'était plus loin, c'était à Angers. J'étais étudiante et c'était une maman qui avait déjà trois enfants, elle avait autour de 40 ans. Et elle est arrivée pour accoucher, enfin elle est arrivée avec des douleurs de contractions qu'elle n'avait pas reconnu comme des contractions. Et cela a été hyper violent pour elle. Et en même elle avait du mal à comprendre pourquoi elle n'avait pas ressenti ces signes de grossesses. Elle racontait très bien qu'elle avait une absence de règle mais qu'elle avait des règles irrégulières avant, elle avait des signaux digestifs mais elle se disait qu'elle avait mangé un truc pas bon, elle sentait les mouvements du bébé mais à l'époque elle pensait que c'était digestif... et voilà. Ce qui m'avait vraiment marquée, c'est que c'était un 4^{ème} enfant, et elle était en couple avec son mari. Et c'est là que je me suis dit que ce n'est pas forcément des situations de précarité on va dire.

Annexe IX : Entretien n°5 dans sa totalité

Peux-tu me définir avec vos propres mots le déni de grossesse ?

Alors, pour moi le déni de grossesse c'est un état de grossesse qui est passé complètement inaperçu pour la mère que ce soit physiquement, psychologiquement, biologiquement parlant. Elle ne s'est rendue compte de rien.

D'après toi, quelles sont les patientes les plus touchées par le déni de grossesse ?

Pour moi il n'y a pas de cible particulière. C'est tout âge confondu, toute origine confondue. Je ne me représente pas de type de femmes.

Quel est ton point de vue professionnel sur le déni de grossesse ?

Pour moi c'est une évidence que cela existe, j'en ai toujours entendu parler en tant que professionnel. J'y ai été assez peu confrontée. Après, qu'est-ce que je peux te dire d'un point de vue pro ? Je me sens finalement pas trop affolée par ce genre de situation. Finalement la chose à laquelle je pense est un accouchement aux urgences, et ça ce sont des choses que l'on a l'habitude de gérer donc cela ne me déstabilise pas plus que ça. Après, il y a beaucoup de choses à mettre en place et la dessus je me dis que en tant que SF je suis ravie de ne pas être toute seule. Travailler à l'hôpital, est dans ce cadre-là, permet de ne pas être seule pour encadrer cette maman et ce bébé. En tant que professionnel SF, je ne vais pas pouvoir gérer cela toute seule, l'accouchement si mais il va y avoir tellement de choses à mettre en place autour, que tu es contente d'avoir des psy, des assistantes sociales, des pédopsychiatres... d'autres collègues sages-femmes.

Que cela t'évoque-t-il d'un point de vue personnel ?

Un tsunami. Quelque chose de cet ordre-là. Je suis une femme émotive, donc l'intensité émotionnelle de cet évènement-là me semble démesurée. C'est vraiment d'une ampleur, d'une amplitude. Déjà que la maternité c'est quelque chose alors là c'est vraiment le coup de tonnerre d'une maternité déniée qui arrive à l'évidence le jour de l'accouchement... Oh mon Dieu !

As-tu déjà rencontré au cours de votre carrière des patientes ayant déjà vécu un déni de grossesse (découverte au décours de la grossesse ou découverte lors de l'accouchement) ? Si oui, combien de fois ?

C'est à quoi j'ai essayé de réfléchir quand tu m'as dit on le fait, j'ai essayé de me souvenir... Une fois j'ai été confrontée à un vrai déni de grossesse, c'est-à-dire une jeune femme arrive aux urgences centrales et elle a mal au ventre, on nous appelle parce qu'en fait elle est en train d'accoucher, je la croise car ce n'était pas moi la SF qui faisait l'accouchement mais j'étais dans l'équipe ce jour-là donc j'ai été amenée à faire des soins etc. Donc ça s'est arrivé une vraie fois. Après je repense à une jeune femme, mais on était dans un contexte de découverte tardive de la grossesse, et j'étais en train de me demander si c'était une histoire de déni vraiment ou pas ? Mais je suis dans l'incertitude. Mais c'était une jeune fille de 15 ans, cela m'avait énormément marquée, parce que au moment de son accouchement, elle était clairement dans un... elle savait pour le coup qu'elle était enceinte, elle l'avait bien compris, elle avait un gros ventre, elle avait un bébé qui bouge, elle a été hospitalisée avant etc. elle l'avait découvert à 5 mois de grossesse et c'est une jeune femme qui accouché à terme. Je l'ai donc retrouvée au moment de l'accouchement, et ce moment de l'accouchement a été vraiment un refus total de cet enfant. Elle avait une écharpe noire sur le visage, elle m'a dit « je ne veux pas vous entendre, je ne veux pas vous voir, je ne veux rien voir ». Cela été quelque chose de frappant. Donc en fait cette femme savait qu'elle était enceinte mais elle était dans un refus complet de ce qui était en train de se passer.

C'est toi qui l'as accouchée ?

Oui oui.

Tu l'as vécu comment ?

C'était affreux. C'est un évènement de ma vie et dans ma carrière de SF que je n'oublierai jamais. Et ce n'était pas il y a très longtemps, c'était il y a 3 ans. Donc pourtant j'étais diplômée depuis assez longtemps, je commençais à me dire que je ne suis plus un bébé sage-femme. Ça a été affreux ! J'ai dû désapprendre tout ce que je savais en tant que SF. Tout ce qu'on nous apprend : créer du lien avec le regard, rassurer avec la voix, faire participer la patiente pour son accouchement... Je n'avais le droit à rien, elle m'a expressément interdit tout ça. Interdit le contact visuel car elle avait une écharpe noire sur le visage. Elle ne voulait pas me voir et elle ne voulait pas que je la vois donc elle a poussé avec une écharpe sur son visage, une écharpe noire, dans la pénombre. Elle me disait « je ne veux pas vous entendre, ne me parlez pas ». Donc j'avais juste le droit de dire « poussez » parce qu'il fallait que je lui dise quand. Donc heureusement que ma collègue aide-soignante était là, donc je la regardais elle. D'ailleurs elle s'en souvient aussi. C'était quelque chose de très violent et c'était assez

affreux. Mais est-ce que cela rentre dans l'histoire du déni de grossesse, en fait je ne sais pas ?
Tu vois j'ai un doute dans cette histoire-là...

Elle l'a découvert tardivement à 5 mois ? Ce n'est pas toi qui lui a annoncé la grossesse ?

Non à ce moment je n'étais pas intervenue. Je l'avais juste vue en grossesse patho quand j'ai pris en charge cette patiente pour la première fois...

Tu l'as revue cette dame en SDC ?

Non je ne l'ai pas revue après. On était au départ dans un contexte d'accouchement sous le secret, il était prévu cela. Et puis j'ai car je suis allée à la pêche aux infos qu'elle a repris son bébé, elle a renoncé à l'accouchement sous le secret deux mois plus tard.

Au moment de la naissance, elle n'avait pas voulu le voir ?

Non, rien.

Elle a enlevé son écharpe noire après l'accouchement.

Donc tu l'as vue et elle vous a vue après ?

Oui, après l'accouchement. Mais en fait cette femme elle m'a demandée. C'est un truc de malade. J'avais créé un lien pendant ce fameux weekend en grossesse patho avec elle et on avait réussi... Enfin j'avais fait tout ce que je savais faire pour entrer en contact avec elle, toutes les techniques que j'avais apprises de relations d'aide, je les avais synchronisées avec elle et cela avait fonctionné. Et voilà, on se posait à l'époque des questions sur son petit copain qui était là, qui n'était pas forcément très sympa avec elle. Donc j'ai essayé d'en savoir davantage sur l'origine de sa grossesse, si il y avait eu viol maltraitance etc parce qu'elle n'avait pas 15 ans lorsqu'elle est tombée enceinte donc cela aurait pu engendrer des choses au niveau légal un peu plus poussées etc. Et du coup j'y suis allée un peu cool, sans forcément stigmatiser sur elle, j'essayais d'en savoir plus sur le papa et puis je lui ai demandé « vous avez qui est le papa ? » et puis le petit copain était là, et à ce moment-là elle a dit à son copain « Ba vas-y toi, dis toi, dis !! » Donc elle attendait qu'il se positionne. Je sentais bien qu'il y avait quelque chose, donc je continue et je dis « BA vous savez je vous pose la question parce qu'à l'hôpital on voit de tout : on a des patientes en couple, des patientes accompagnées d'un monsieur mais qui n'est pas le papa du bébé qu'elle porte, on a parfois et c'est moche des patientes qui ont été violées... ». Enfin tu vois histoire de prononcer le mot. Et elle qui avait un regard fuyant depuis le départ, qui regardait la fenêtre plus que moi, a planté ses yeux dans les miens au moment où j'ai prononcé ce mot-là. Donc en termes de communication non verbale cela prenait du sens. Et puis 15 jours après j'arrive en garde, et mes collègues me

disent que la jeune fille m'a réclamée. Elle était en pré travail depuis la veille au soir, et aucune n'a réussi à l'examiner ni se déshabiller, elles n'avaient pas réussi à la toucher. Elle m'a donc réclamée, je suis allée la voir, j'ai réussi à la faire se déshabiller, à l'examiner et tout ça... Elle ne voulait pas accoucher, elle ne voulait pas qu'on la touche, bon finalement on a réussi mais à un prix qui moi m'a coûté. C'était compliqué. Elle avait passé toute la nuit en SDN à contracter sans que personne ne puisse l'examiner. Puis quand j'ai réussi à l'examiner, on a pu lui poser une péridurale et puis après elle a accouché.

Mais je me suis faite dépossessionner pour réussir à rentrer en contact avec elle, d'ailleurs c'était très troublant, j'en avais parlé à la psy qui m'avait accompagnée à l'époque, j'ai dû oublier tout ce que je savais faire.

La psy qui la suivait ?

Non la psy qui était avec moi car j'étais à une période de ma vie assez compliquée et où je me suis enfoncée après et cette histoire a fait partie de l'engrenage. C'était compliqué, je rêvais d'elle la nuit, je voyais son écharpe noire... C'était un peu compliqué. Parce que le weekend en grossesse patho, il y avait eu en plus d'autres trucs qui étaient assez merdiques, puis au cabinet je m'étais faite un peu engueulée par un gynécologue... donc cette période avait été un peu hard, donc je me suis faite suivre par une psy qui m'a super bien aidée et à qui du coup forcément j'avais reparlé de cet accouchement qui m'avait un peu marqué. Et j'ai été obligée d'oublier tout ce que je savais faire, c'est-à-dire tout ce que j'avais appris ne fonctionnait pas, tout ce que les autres SF arrivaient à faire ne fonctionnait pas. Mais il fallait qu'on trouve un chemin pour elle, il n'y avait pas le choix. Donc je me suis dit « oublie toutes les règles de d'habitude, trouve autre chose ». Donc j'ai arrêté de parler, j'ai arrêté de la regarder, je me suis dépossessionnée, beaucoup, pour essayer de trouver ce qui pourrait fonctionner avec elle.

Ton ressenti face à cette situation est donc dépossessionné, as-tu d'autres mots... ?

Oui dépossessionnée. Je me suis moi dépossessionnée et je me suis vraiment arrachée, j'ai donné le meilleur de moi professionnellement et humainement parlant. Je suis allée chercher, mais vraiment toutes mes ressources possibles.

Tu as l'air d'avoir mis du temps à te remettre de cette histoire ?

Oui c'était probablement un peu too much. Sauf qu'elle a accouché quand même, alors que personne n'avait réussi à la toucher et qu'en plus finalement elle a repris son bébé.

Pour toi c'était une victoire qu'elle reprenne son bébé ?

Oui oui, à la fin oui. Après est-ce que c'en est une, je n'en sais rien mais pour moi oui. Pour moi c'était indispensable d'avoir la fin de l'histoire, parce que c'est pareil dans les histoires de déni de grossesse, des dames qu'on accouche à l'arrache, on a du mal à avoir la fin, on ne sait pas en fait l'avenir de ces femmes et de ces bébés. Et là moi il me la fallait, pour tourner la page, il me fallait, je devais savoir. Je savais qu'elle renonçait à son bébé et qu'elle accouchait sous le secret, et je me suis demandée « Qu'est-ce qu'il en est ? Est-ce-que'elle a renoncé pour de vrai ? ». Et on m'a dit qu'elle l'avait repris. La fin de l'histoire pour moi, enfin ce n'est pas la fin car c'était le début de leur vie à deux, mais la fin de cette... Comment te dire ça ? C'est con ce que je suis en train de te dire ! Je suis en train de te dire que c'est la fin de l'histoire alors qu'en fait non, mais c'était la fin de mon histoire et le début de la leur, mais en tout cas il me fallait ce maillon de la chaîne.

VIGNETTES CLINIQUES :

Madame A, 35 ans, consulte aux urgences gynécologiques, pour douleurs abdominales, vous êtes la sage-femme de garde, vous découvrez en faisant une échographie abdominale une grossesse intra-utérine avec un fœtus vivant, à environ 18 SA (4 mois de grossesse).

Que fais-tu en termes de prise en charge?

Oups... alors, déjà j'essaye tout de suite de communiquer avec la patiente l'information que j'ai. Directement je lui dis, « ba écoutez voilà, ce que je viens de voir, c'est ça », après je lui dis « que c'est un tout début et qu'on va faire d'autres examens médicaux ». Et puis je vais aussi lui dire « qu'il n'y a bien sûr pas que le médical, que c'est une grosse nouvelle et qu'on peut lui donner accès à du soutien psychologique, social et qu'il y a plein de choses à mettre en place ». Je vais tout de suite essayer de faire les deux branches de l'arbre, qui pour moi sont aussi importantes l'une que l'autre : en savoir un peu davantage sur ce bébé et tout de suite essayer de l'épauler un peu face à cette nouvelle hallucinante.

Que penses-tu du ressenti de la patiente ?

Je pense qu'elle est choquée. Après pour moi choc ne veut pas dire mauvais choc, je ne présage pas de dire si c'est une bonne ou mauvaise nouvelle. Après je vais quand même essayer d'en savoir davantage, donc je vais présumer qu'elle est choquée, donc je vais essayer de savoir assez vite si j'ai raison de penser qu'elle est choquée ou pas. Je vais lui demander comment elle prend cette nouvelle.

Quel est le tien ?

J'ai le sentiment d'être celle qui incarne soit une bonne soit une mauvaise nouvelle. Je ne sais pas encore si je vais l'oiseau de mauvais augure ou si je vais être quelqu'un de sympa parce que j'annonce une nouvelle sympa. Donc j'ai le ressenti d'être dans une position entre deux chaises, je ne sais pas encore qui je vais être pour la dame.

Te sens-tu à l'aise ?

Pas forcément mal à l'aise. Je n'ai pas spécialement d'appréhension où je me dis « merde ou autre »...

Madame B, 30 ans, arrive aux urgences gynécologiques avec douleurs abdominales intenses qu'elle décrit comme des crampes à intervalle régulier depuis 3h. Madame B ne comprend pas ces douleurs et semble paniquée et très douloureuse (EVA =10). On lui découvre à l'échographie une grossesse avec un fœtus vivant à terme. Vous êtes la sage-femme de garde, vous l'examinez. Au TV, vous trouvez un col à 7 cm.

Que dis-tu à la patiente ?

Alors... Je tourne 7 fois ma langue dans ma bouche avant de parler. J'essaye de ne pas me précipiter sur des mots mal choisis, je pense que c'est important. Je vais essayer de lui donner les faits, c'est-à-dire lui expliquer avec des mots simples la situation c'est-à-dire qu'elle est enceinte, qu'elle va avoir son bébé et que c'est maintenant dans les heures qui viennent. Je vais lui dire que j'ai bien conscience qu'elle ne savait pas. Je vais essayer de me mettre à son échelle, à sa portée. Je vais lui expliquer avec des mots simples et les plus adaptés possibles ce qu'il va se passer. On va essayer de l'aider à gérer sa douleur, car je vois bien et j'entends bien qu'elle a mal. Je vais essayer de répondre à sa douleur.

Comment fais-tu pour répondre à sa douleur du coup ?

Dans un premier temps, je vais l'aider à s'installer le plus confortablement possible. Je ne vais pas lui promettre une péridurale car je ne suis pas sûre qu'on va pouvoir lui poser, car on n'a sûrement pas tous les examens complémentaires, il nous manque des choses. Mais je lui dis que je vais en parler aux personnes qui sont susceptibles de m'aider pour ça, que je ne suis pas toute seule et qu'il y a des gens qui vont m'aider à m'occuper d'elle et qu'on va voir ce qu'on peut faire en termes de gestion de la douleur. Je pense à la péri sans lui promettre, je dis que

j'entends et reconnais sa douleur. Après je lui demande si elle a besoin que je prévienne quelqu'un. J'essaie de voir si on peut la soutenir avec des personnes qui lui sont proches.

Que penses-tu de cette patiente ?

Je pense surtout qu'elle a mal et qu'elle va avoir un bébé alors qu'elle ne s'y attend pas du tout et que du coup elle a besoin de toute mon attention. Et si je peux, elle devient ma priorité. Si je peux, c'est toujours pareil. Sa situation requiert toute mon attention, et je me dis qu'il faut qu'on l'aide. C'est une urgence, urgence médicale mais pas que, urgence médicale et humaine. Donc si je peux plaquer tout le reste, je plaque tout le reste.

Madame C, 30 ans, arrive aux urgences gynécologiques avec douleurs abdominales intenses qu'elle décrit comme des crampes à intervalle régulier depuis 3h. Madame B ne comprend pas ces douleurs et semble paniquée et très douloureuse (EVA =10). On lui découvre à l'échographie une grossesse avec un fœtus vivant à terme. Vous êtes la sage-femme de garde, vous l'examinez. Au TV, vous trouvez un col centré, mi-long, souple, 2 doigts, avec une tête appliquée. Madame C. est en début de travail.

Que dis-tu à la patiente ?

Un peu comme tout à l'heure. Pour moi l'objectif est de décrire la situation avec des mots simples et les plus adaptés possibles, de ne pas cacher les faits, lui dire « voilà ce que j'ai vu et ce que j'ai compris de sa situation ». Je vais pareil essayer de faire en sorte de soulager sa douleur, là j'ai plus d'aisance pour gérer sa douleur, on n'est pas sur la péri, donc je peux assez vite lui proposer des antalgiques auxquels j'ai accès facilement.

Tu ne proposes pas de péridurale ?

Non

Que fais-tu en termes de prise en charge immédiate ?

Je vais aussi assez vite lui demander si elle veut que je prévienne quelqu'un ou s'il y a du monde autour d'elle. Et puis là aussi je vais essayer de lui décrire ce qu'il va se passer mais avec du coup un lapse de temps qui est plus long et qui va nous permettre sûrement de faire intervenir des gens avant l'accouchement.

Comme ?

Comme moi je pense assez rapidement au psy. Je dirais s'il peut venir juste derrière moi, c'est quand même pas mal. Là on est plus pour moi dans une urgence psychologique et humaine que médicale car là j'ai quand même trois minutes devant moi. Donc pourquoi pas rapidement gérer cette partie-là. C'est-à-dire que j'ai été celle qui a fait une annonce un peu brutale donc on peut peut-être vite derrière amener quelqu'un qui peut faire le deuxième tour : voir comment la dame réagit, comment elle est, est-ce qu'elle est choquée et tout ça ? Et ensuite on va pouvoir décanter au niveau médical, récolter des informations, faire un dossier, faire un bilan... Mais le médical va venir un peu après...

Sachant que c'est toi qui as fait l'annonce, est-ce que tu penses que tu passerais la main ?

Si je peux, j'avoue que j'ai envie de la suivre. J'ai moi plutôt cette envie-là. Après je sais que je suis en mesure de me poser la question en fonction de ce que je vais percevoir de la patiente, si je sens que j'ai été l'oiseau de mauvais augure, que j'ai été celle qui a annoncé un drame, je vais essayer de capter cela et pourquoi pas envisager de passer la main si la dame ne peut plus me voir en peinture.

Tu le proposes à la patiente spontanément ou pas ?

Non je ne suis pas sûre d'avoir le recul nécessaire pour le faire.

Madame D, 28 ans, est dans votre service de suites de couches où vous êtes la sage-femme de garde. Dans le dossier, vous apprenez que Madame D a découvert sa grossesse tardivement (à 7 mois de grossesse). Aucune transmission n'a été faite à ce sujet et personne du service n'était au courant. Vous allez faire l'examen du jour de cette patiente.

Vas-tu t'entretenir avec la patiente à ce sujet ?

Je vais tout faire pour. Je repère quelque chose qui mérite mon attention donc je vais tout faire pour en parler et de voir comment la dame se positionne. Après quelles vont être les clefs pour y arriver ? JE sais qu'il me faut du temps devant moi, donc je vais essayer d'en trouver le plus possible. Je vais donc d'abord faire mon examen du jour, parce que c'est quand même par cela que je commence, puis je prends des nouvelles de la dame, puis ma phrase un peu clef c'est « Et le moral comment ça va ? » et puis je vais lui demander comment cela se passe avec son bébé et voilà. SI je sens l'ouverture possible, je lui ferais reparler de sa grossesse en lui disant que j'ai eu l'information que sa grossesse n'avait pas été celle de « madame tout le

monde ». Je vais donc lui demander comment cela se passe avec son bébé, comment elle le vit et après je vais voir, je vais essayer de débobiner la ficelle si je le peux et si la dame me laisse aussi ça. J'ai conscience aussi qu'il y a des dames qui ne me laisseront pas rentrer dans leur histoire.

Tu ne forces pas le sujet du coup ?

Non, non je ne force pas si je sens que cela ne vient pas.

Apportes-tu des modifications à la prise en charge de cette patiente ?

Je ferais en sorte de proposer à la patiente un accompagnement psychologique si elle le souhaite donc je ferais en sorte de lui laisser et revoir cette possibilité. Et j'appellerai le psy et probablement les pédopsy pour les informer de la situation.

Tu leur dirais de venir la voir ?

En tout cas, je leur demande leur avis, je leur demande si eux veulent venir voir la dame comme ils pourraient se présenter ou si ils veulent que moi je les introduise. Je leur demanderai leur avis mais je ne suis pas sûre que d'autorité je vais leur dire « venez »

Donc si la patiente n'est pas d'accord, tu appelles quand même les psy mais tu ne les fais pas venir?

Oui, oui. Je leur dis que j'ai essayé d'ouvrir la porte avec cette patiente, et que je n'ai pas de retour très positif, qu'est-ce qu'on fait » ? Comme un staff un peu. Et après si les psy me disent qu'il faut qu'ils passent et bien charge à moi de retourner voir la dame et de lui dire « ba voilà, j'ai pris avis auprès des équipes de pédopsychiatrie et que ces derniers souhaitent avoir un entretien avec elle qui ne présage pas de l'avenir »

Pour moi le déni de grossesse, ce sont des femmes qui sont dans une certaine détresse. Détresse qui n'est pas la même pour toutes. Mais à la limite c'est pour elles que j'ai envie de me défoncer encore plus tu vois ? une dame qui a un chéri, qui est bien accompagnée, qui débute une grossesse dont elle a rêvée, etc qui mène sa grossesse normal, un travail normal et un accouchement normal, c'est merveilleux et c'est tant mieux que nous on ait ça en majorité car c'est comme ça que c'est chouette que ce soit. Mais je me dis qu'il y a quand même des femmes qui ont besoin de tout notre savoir-faire et toute notre attention. Et en ce sens que j'avais abordé l'IVG, il y a des SF qui te disent que l'IVG c'est l'opposé du métier de sage-femme, ba non, les femmes qui sont en demande d'IVG, ce sont des femmes enceintes

comme les autres, elles sont juste un peu plus dans la merde que les autres. Elles ont donc le droit d'avoir une SF qui leur tient la main. Et donc dans le déni de grossesse, je réalise que j'ai un peu cette même envie là de me dire « C'est une femme enceinte, c'est juste qu'elle ne le savait pas donc elle a encore plus besoin de moi ». Donc il faut être encore plus au taquet et ne pas dire de conneries et voilà quoi et c'est en ça que ce sont des sujets qui me passionnent quand bien même je n'ai pas eu d'expérience de fou la dedans. Après j'essayer de fouiller un peu dans ma mémoire si il y en a eu d'autres mais pas tant que ça quoi... Après il y en a peut-être eu et je ne m'en souviens pas, être puis il y en a peut-être eu qui étaient dans le déni de grossesse pendant la grossesse et qui ont réalisé un jour qu'elles étaient enceintes et comme moi je les ai vues à l'accouchement ou en SDC... Et je ne m'en souviens pas parce que finalement le travail s'est fait bien.

Et ba il y en a une autre !! Ma copine un jour m'a appelé pour une patiente avec une grossesse découverte à 6 mois. Par contre là je n'ai pas su si c'était un déni ou une grossesse cachée, qu'elle a fait passer un peu inaperçu. J'étais là pour l'accouchement et c'était un hasard absolu. Et en fait cette jeune femme a fait tout le boulot en trois mois, alors OK en accéléré mais elle l'a fait le boulot et c'était une maman comme les autres quoi. Quand je l'ai prise en SDN pour son accouchement, alors ok c'était une mère célibataire, mais c'était une maman comme les autres quoi, elle a juste fait en accéléré ce que font d'autres femmes en 9 mois.