



HAL
open science

Le déni de grossesse

Bertille Mancho

► **To cite this version:**

| Bertille Mancho. Le déni de grossesse. Pédiatrie. 2020. dumas-03182124

HAL Id: dumas-03182124

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03182124v1>

Submitted on 26 Mar 2021

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.

Projet Professionnel

Le déni de grossesse



École de puéricultrices

Ifsanté Lomme

Remerciements

Je tiens à remercier :

Madame CATRICE Nathalie,

Dans son exercice de directrice de projet professionnel, pour sa disponibilité, sa patience, et ses précieux conseils.

Madame LAUGEL Christine,

Ma référente pédagogique durant cette année de formation ainsi que

Madame VANDTOURHNOUDT,

Pour leur accompagnement et leur soutien.

Mademoiselle CLERGÉ Pauline,

Pour sa créativité et la réalisation de l'illustration de mon mémoire.

Mes collègues de promotion et plus particulièrement RIGOULET Claire,

Pour leur présence.

Les professionnels de santé,

Qui ont eu la générosité de contribuer à ma formation, et de répondre à mes questions.

Ma famille, mes amis,

Pour leurs conseils, leur soutien et leurs relectures qui m'ont aidé à avancer.

Et tous ceux qui ont apporté leur contribution à l'aboutissement de ce travail et plus généralement à mon cheminement jusqu'ici.

« Il ne suffit pas d'être enceinte pour attendre un enfant. »

Maëva Rémy, Sage-Femme

Table des matières

Introduction :	1
I. De la situation d'appel à la question de départ	2
A. Description de la situation d'appel.....	2
B. Questionnement.....	5
C. Question de départ.....	5
II. Cadre théorique	6
A. Cadre contextuel.....	6
1. Service de maternité	6
2. Puéricultrice en service de maternité	8
3. Déni de grossesse	8
a) Définition	8
b) Les différents types de déni de grossesse.....	10
i. Le déni de grossesse partiel.....	10
ii. Le déni de grossesse total.....	11
c) Le corps du déni	12
d) Profils	13
B. Cadre conceptuel	14
1. Concept d'accompagnement	14
2. Concept d'attachement.....	18
III. Question de recherche et hypothèse	23
A. Question de recherche	23
B. Hypothèse de recherche	23
IV. Cadre exploratoire	24
A. Méthode.....	24
1. Population ciblée	24
2. Lieux d'enquête.....	24
3. Outil d'enquête	24
4. Préparation de l'enquête.....	25
5. Présentation des objectifs et de l'enquête	25
6. Déroulé des entretiens	26
7. Limites.....	27
8. Méthode d'analyse	28

B. Analyse.....	29
C. Validation ou invalidation de l'hypothèse	42
D. Réflexion professionnelle.....	43
Conclusion.....	44
Piste d'ouverture	45
Bibliographie.....	
Annexes	

Introduction :

Dans le cadre de ma formation puéricultrice et pour la finalité de celle-ci, il nous est demandé de réaliser un travail de recherche sur le sujet de notre choix. Ce travail fait parti de l'un des trois domaines de la formation : l'identité professionnelle à partir de l'élaboration d'un projet professionnel.

Il consiste en l'élaboration et la soutenance de celui-ci, et s'inscrit dans le cadre de la compétence 8. D'après le référentiel de compétences de la puéricultrice : « *Rechercher, traiter et produire des données professionnelles et scientifiques* »¹.

Au cours de mes années de formation en soins infirmiers, j'ai rencontré différentes situations sur différents lieux de stage. Suite à ces stages, j'ai pu vivre des situations qui m'ont marqué. J'ai souhaité réaliser mon projet professionnel sur un stage réalisé en service de maternité lors de mon stage préprofessionnel. Ce travail se centre sur **l'accompagnement de la puéricultrice dans un service de maternité sur la construction de la relation mère/enfant dans une situation de déni de grossesse.**

Par ce travail, je souhaite mettre en avant l'influence du rôle de la puéricultrice dans la construction de la relation mère/enfant dans cette situation particulière. Ce sujet est pour moi intéressant à traiter du fait de mes interrogations lors de ce stage face à cette situation. De plus, ce sujet est souvent rapporté lors de drames médiatisés sans pour autant être vraiment développés. Ce travail me permettra de comprendre la prise en charge de la maman et de l'enfant dans ce genre de situation mais aussi de comprendre la construction de la relation entre la mère et son enfant.

Mon sujet professionnel se compose de plusieurs parties. Dans un premier temps, je développerai ma situation d'appel, puis je mettrai en avant mon questionnement ainsi que ma question de départ. Je développerai dans une seconde partie, les éléments théoriques du cadre contextuel et du cadre conceptuel. Puis j'exposerai ma méthodologie d'enquête ainsi que les résultats obtenus. Enfin, je conclurai ce travail de recherche en ouvrant celui-ci vers un nouveau questionnement.

¹ Référentiel de compétences puéricultrices – validé par la DGOS, 2009.

I. De la situation d'appel à la question de départ

A. Description de la situation d'appel

La situation a été vécue lors de mon stage préprofessionnel de 3^{ème} année infirmière dans un service de maternité. J'ai choisi ce terrain de stage lors de mon stage préprofessionnel car j'avais pour objectif de suivre la formation puéricultrice. Cette maternité est une maternité de niveau 3. Elle est en cours de labélisation IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébé).

Le service de maternité où j'ai réalisé mon stage prend en charge les futures mamans pour leur accouchement. L'ensemble du personnel médical assure la surveillance de la femme enceinte et de son bébé. Le service de maternité est composé de sages-femmes et gynécologues obstétriciens ainsi que de puéricultrices, d'auxiliaires de puériculture et de pédiatres. La maternité est aussi en relation avec certaines structures comme la PMI (protection maternelle infantile), le centre maternel (foyer mère-enfant), le réseau Pauline (réseau Périnatal de l'Audomarois et du Littoral autour de la Naissance et de l'Enfant).

Le mardi matin arrive dans le service une jeune maman de 18 ans. L'accouchement a eu lieu au domicile la veille dans les alentours de 22h. La jeune maman aurait accouché sans avoir connaissance de sa grossesse.

Le cas de cette maman et de son enfant nous est expliqué par un membre de l'équipe du bloc obstétrical par téléphone avant son arrivée dans notre service. Aucune notion sur l'état de l'enfant et de la maman ne nous a été communiqué à ce moment.

Cette information nous a alors permis de contacter la psychologue et l'assistante sociale afin de les prévenir de la situation pour qu'elles puissent organiser une visite dans le service rapidement.

Le soir de l'accouchement, la jeune maman aurait ressenti de fortes douleurs dans le ventre avant de se rendre dans la salle de bain et d'accoucher subitement. Elle aurait alors crié au secours et son plus jeune frère serait alors arrivé pour l'aider. Il aurait alors ramassé le nouveau-né qui était sur le sol et aurait appelé à l'aide. Les secours ont été appelés par le père de la maman. Les pompiers ont ensuite conduit la maman et son bébé aux urgences maternité du centre hospitalier.

La jeune maman vit au domicile de son père avec ses 6 frères et sœurs (elle est la 5^{ème} de la fratrie). Ses parents sont divorcés et la jeune fille n'a plus de contact avec sa mère. Le contexte familial de la jeune maman est le suivant : son père l'a toujours prévenu qu'il ne voulait pas qu'elle tombe enceinte et que si cela arrivait, elle devrait s'assumer seule. Par la

suite, nous apprendrons que la relation entre le père de la maman et celle-ci est parfois complexe de par le comportement de la jeune maman. Nous apprendrons qu'elle faisait parfois des fugues sans donner de nouvelles à son père pendant plusieurs jours.

La jeune maman a quitté le cursus scolaire après sa troisième et n'a pas de diplôme. Elle avait rendez-vous le lendemain de l'accouchement à la mission locale afin de discuter de son avenir et d'une possible formation en tant que fleuriste.

La jeune maman arrive donc avec son bébé à l'hôpital sans accompagnant. Elle a une attitude prostrée, il n'y a aucune interaction verbale ou visuelle avec son fils. Elle reste le regard figé sur la fenêtre.

Il faudra attendre le lendemain pour qu'elle nous explique que son père ne viendra pas et qu'elle ne sait pas si elle veut garder l'enfant car elle n'est plus avec le papa de celui-ci. Elle nous explique aussi ne pas avoir de prénom pour le bébé. Elle ajoute aussi qu'elle ne sait pas gérer cette situation car elle ne s'attendait pas du tout à cela et qu'elle a l'impression d'avoir eu « *un petit Alien qui est sorti de mon corps* ».

Dans cette situation, beaucoup de professionnels de santé interviennent auprès de la maman et du nourrisson. En effet, les interventions de ces professionnels sont plus récurrentes que dans une situation de grossesse connue puisque le diagnostic de déni de grossesse a été posé par la psychologue. Dans cette équipe pluridisciplinaire on retrouve : le pédiatre, la puéricultrice (l'étudiante infirmière), l'auxiliaire de puériculture, la sage femme, l'assistante sociale, la psychologue. Ces deux dernières ont conseillé de prendre rendez-vous avec la puéricultrice de PMI. Quotidiennement, une feuille de relation mère/enfant est remplie sur les conseils de la pédiatre afin de pouvoir apprécier l'évolution de cette relation. Dans cette feuille, tous les professionnels de santé peuvent noter l'évolution de cette relation. Dans cette feuille sont notées les interactions entre la mère et l'enfant, les soins, le questionnement de la maman sur la suite des événements...

Lors de son hospitalisation, cette jeune maman bénéficie d'un accompagnement par la puéricultrice, l'auxiliaire de puériculture et moi-même. Le nouveau-né est en chambre 24h/24 avec la maman. Le premier jour de son hospitalisation, la maman semblait avoir moins de réticence à la communication avec la puéricultrice et avec moi-même. Il lui était aussi plus facile pour elle de parler avec moi vu notre légère différence d'âge. De plus, les trois jours suivants son arrivée, la puéricultrice, l'auxiliaire de puériculture et moi-même étions présentes de jour.

Les premiers jours, la maman refusait de regarder son enfant et de réaliser les soins. Il a alors fallu s'occuper de l'enfant tout en essayant d'intégrer la maman lors des soins, de

manière douce et sans la forcer. La communication avec la maman se faisait plus grande de jour en jour car elle s'habituaît à nous voir.

Lors de son 5^{ème} jour d'hospitalisation, ses grandes sœurs sont venues lui apporter son téléphone portable (qu'elle n'avait pas depuis son arrivée) des vêtements neufs pour bébé (vêtements achetés par le papa de la jeune maman). Ses sœurs lui expliquent aussi que son père viendra la voir mais qu'il n'était pas encore prêt ce jour là.

Suite à cette visite, nous avons remarqué un changement de comportement de la maman. Elle commence à réfléchir au prénom qu'elle pourrait donner au nourrisson et nous dit hésiter encore entre 2 prénoms.

Elle est de plus en plus à l'aise lors des soins au bébé, accepte de les réaliser elle même, tout en demandant à une puéricultrice ou à une auxiliaire de puériculture ou à moi-même de rester à ses côtés afin de la reconforter sur les gestes qu'elle réalise.

Une de ses sœurs repassera 2 jours plus tard et passera l'après-midi avec elle.

Au 9^{ème} jour de son hospitalisation, un rendez-vous entre la maman, le père de la maman et la psychologue est organisé. Ce rendez-vous permet à la jeune maman d'être accompagnée par la psychologue lors de la première venue de son père mais aussi d'accompagner le père face à cette situation imprévue.

Suite à ce rendez-vous, des solutions émergent et la jeune fille semble décidée (avec l'approbation de son père) à garder l'enfant et à s'engager pour l'assumer pleinement. Elle explique qu'elle prendra en charge son bébé et qu'elle fera le nécessaire pour reprendre rendez-vous à la mission locale afin de préparer son avenir.

La maman et son père ainsi que l'équipe pluridisciplinaire se mettent alors d'accord sur l'entrée en centre maternel après la sortie de la maternité.

L'assistante sociale contacte alors une puéricultrice de PMI afin qu'elle vienne se présenter l'après-midi même à la jeune maman et au papa de celle-ci.

Suite à ce rendez-vous et après être restée seule avec son père et ses sœurs, la jeune maman nous annonce avoir choisi le prénom du bébé.

Le 10^{ème} jour, la puéricultrice de PMI repasse dans le service afin d'expliquer à la jeune maman qu'une place en centre maternel est disponible dès le lendemain et lui demande si elle est prête à s'y rendre avec son bébé lors de sa sortie. La jeune maman accepte de sortir le lendemain. La puéricultrice et la jeune maman prépare alors la sortie prévue au lendemain.

La maman quittera la maternité avec son nourrisson à son 11^{ème} jour d'hospitalisation. Ils seront accompagnés par la puéricultrice de PMI au centre maternel. Cette même puéricultrice assurera les prochaines visites afin de réaliser un suivi.

B. Questionnement

Cette situation a suscité chez moi un questionnement :

- Qu'est ce que le déni de grossesse ?
- Comment prendre en charge le nouveau-né dans une situation de déni de grossesse ?
- Comment inclure la mère dans les soins dans une situation de déni de grossesse ?
- Comment prendre en charge le nouveau-né tout en incluant la mère dans les soins ?
- Comment évaluer l'évolution de la relation mère/enfant ?
- Comment favoriser le lien mère-enfant dans ce contexte ?
- Quel est le rôle des accompagnants (professionnels de santé et famille) dans le cheminement vers l'acceptation du nouveau-né ?

C. Question de départ

En quoi l'accompagnement de la puéricultrice en service de maternité dans un contexte de déni de grossesse total favorise t-il la construction de la relation mère/enfant ?

Cette question va me permettre de traiter du sujet du déni de grossesse et plus particulièrement de comprendre l'accompagnement par la puéricultrice dont bénéficie la maman et son nouveau-né après l'accouchement.

II. Cadre théorique

Pour mon cadre théorique, j'ai décidé de séparer le cadre contextuel du cadre conceptuel, afin de réaliser deux parties distinctes.

Dans une première partie, je vais exposer mon cadre contextuel qui permet de situer mon travail de recherche. J'expliquerai alors ce qu'est un service de maternité, puis je développerai les fonctions de l'infirmière puéricultrice dans ce service. Ensuite, je définirai le déni de grossesse, j'en expliquerai les différents types, puis j'expliquerai la physiologie du corps de la femme en situation de déni de grossesse, pour enfin expliquer le profil des femmes touchées.

Dans une deuxième partie, j'exposerai les concepts que j'ai choisis pour mon travail de recherche. J'expliquerai alors le concept d'accompagnement puis je définirai le concept d'attachement.

A. Cadre contextuel

1. Service de maternité

Depuis les décrets du 9 octobre 1998 du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale, les maternités sont classées en trois types en fonction du niveau de soins aux nouveau-nés.

Une maternité de niveau 3 dispose d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale.

Ces 3 unités permettent la prise en charge respective des grossesses normales, des grossesses à risque modérée et des nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière ou des grossesses à haut risques et des nouveau-nés présentant des détresses graves.²

D'après l'article R.712-86, les unités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale exercent les missions suivantes :

² Société Française de Néonatalogie : <http://www.societe-francaise-neonatalogie.fr/2016/07/04/carte-des-maternites-type-i-ii-iii/>

« I. - L'unité d'obstétrique assure, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance. Elle participe également au dépistage des facteurs de risques durant la grossesse, notamment dans le cadre des consultations prénatales. Elle assure les soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement. Si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer sa prise en charge adaptée, il organise son transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés.

« II. - L'unité de néonatalogie assure tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, la surveillance et les soins spécialisés mentionnés au II de l'article R. 712-85, que les nouveau-nés soient ou non nés dans l'établissement. Un secteur de soins intensifs aux nouveau-nés présentant une ou plusieurs pathologies aiguës ou sortant d'une unité de réanimation néonatale peut être organisé au sein de l'unité de néonatalogie. Si l'unité de néonatalogie où se trouve l'enfant ne peut assurer la prise en charge adaptée du nouveau-né, elle organise son transfert vers une unité ou un établissement apte à délivrer les soins appropriés.

« III. - L'unité de réanimation néonatale assure tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, la surveillance et les soins spécialisés mentionnés au III de l'article R. 712-85, que les nouveau-nés soient nés ou non dans l'unité d'obstétrique de l'établissement. Cette unité doit être associée à un secteur de soins intensifs de néonatalogie sur le même site. »³

Chaque maternité peut demander la labélisation Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB). Cette labellisation est établie suite à un programme qui est basé sur 3 points : la formation du personnel soignant, l'organisation des soins et le soutien parental. Ce programme reprend 12 recommandations qui s'inscrivent dans une éthique de santé publique. Ce programme a pour but d'organiser les soins autour des rythmes biologiques du nouveau-né et de sa mère.

³ KOUCHNER, Bernard. Décret no 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). Fait à Paris, le 09/10/1998. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000207560&dateTexte=&categorieLien=id>

2. Puéricultrice en service de maternité

La puéricultrice en service de maternité exerce principalement des fonctions d'éducation, d'encadrement et d'accompagnement des parents.

Plusieurs actions relèvent de son rôle propre telles que :

- Accompagner la réalisation des soins d'hygiène et de confort quotidien
- Accompagner l'allaitement maternel
- Observer l'adaptation des nouveau-nés
- Observer et suivre de jeunes mères en cas de déni de grossesse, de contextes sociaux ou psycho-sociaux
- Réaliser des réunions de conseils de sortie (prévention)
- Assurer l'encadrement des auxiliaires de puériculture, ainsi que des étudiants.

Dans le cas de déni de grossesse, le rôle de la puéricultrice est d'accompagner la mère dans l'apprentissage de son nouveau rôle.

Dans ce contexte, le soutien à la parentalité prend toute sa dimension. D'après Kuessan Delavaud (2009)⁴, puéricultrice en maternité : « *Il est indispensable de rechercher la coopération et la participation maximale de ces mères. L'accompagnement des pratiques de soins auprès de leur nouveau-né est des plus attentionné.* »

3. Déni de grossesse

a) Définition

Il est difficile de donner une définition type du déni de grossesse. En effet, il s'agit d'un concept clinique encore mal défini. De plus, même si le déni de grossesse existe probablement depuis des siècles, il n'apparaît dans la littérature médicale française qu'en 1976.

D'après un article de Janati Idrissi, Dany et Libert (2014) nommé Représentations sociales du déni de grossesse chez des professionnels et futurs professionnels de maternité de la métropole Lilloise : « *Il est communément admis qu'il s'agit de la non conscience de l'état de grossesse à un moment où l'enfant devrait être représenté dans le psychisme maternel.* »⁵

⁴ KUESSAN DELAVO, Solange. Le rôle de la puéricultrice en maternité, observer et accompagner. *Le cahier de la puéricultrice*, mai 2009, n°227, p. 13.

⁵ DANY, Lionel ; JANATI IDRISSE, Majda ; LIBERT, Michel. Représentations sociales du déni de grossesse chez les professionnels et futurs professionnels de maternité de la métropole lilloise. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2014, volume 62, n°4, p. 195-202.

La citation suivante de Seguin et al. (2013) illustre de façon globale le déni de grossesse : « *Tous les auteurs se rejoignent pour dire qu'à l'égard de cette méconnaissance de l'état gravide s'installe ce qui a été nommé une « complicité psychosomatique », où les femmes ne présentent pas les signes habituels de la grossesse, comme si le corps se montrait complice du déni psychique : chez la plupart, l'aménorrhée n'est pas observable de part la présence de métrorragies ; le poids varie peu ; le volume abdominal et celui de la poitrine ne changent pas ; les nausées ne sont pas présentes ; les mouvements fœtaux ne sont pas perçus. Il semble d'ailleurs que la levée du déni, lorsqu'elle a lieu, amène à des réajustements très rapides entraînant notamment l'adaptation du corps et des perceptions à la réalité de l'état de grossesse.* ». ⁶

Pour Marinopoulos (2011), psychologue clinicienne et psychanalyste, il est question de « *L'attitude d'une femme qui n'est pas consciente qu'elle est enceinte. Il s'agit d'un phénomène inconscient* ». De plus, cette auteure ajoute que « *le déni de grossesse est donc impensable, un état d'être enceinte qui ne se pense pas* ». ⁷

D'après le psychiatre Bayle (2016)⁸, le terme de déni de grossesse définit l'état dans lequel se trouve une femme lorsqu'elle ne parvient pas à identifier sa grossesse au delà de 20 semaines d'aménorrhée. De plus, il exprime que selon la période durant laquelle est découverte la grossesse, le déni est classé en deux types :

- Le déni partiel qui correspond à la découverte de son état de grossesse entre le cinquième et le huitième mois de gestation,
- Le déni total qui correspond à la découverte de son état de grossesse uniquement au moment de l'accouchement.

Peu d'études épidémiologiques existent au sujet du déni de grossesse. Les études épidémiologiques concernant le déni de grossesse portent sur des dénis au-delà de 5 mois.

En ce qui concerne les dénis partiels, la fréquence retrouvée est de 1 pour 475 naissances

⁶ SEGUIN, Sarah et al. Dénis et négations de grossesse : une revue de la littérature. Dans *La psychiatrie de l'enfant*. Paris : Presses Universitaires de France, 2013, p. 282 et 283.

⁷ MARINOPOULOS, Sophie ; NISAND, Israël. *Elles accouchent et ne sont pas enceintes : Le déni de grossesse*. Paris : Les liens qui libèrent, 2011, p. 19.

⁸ BALE, Benoît et al. Dossier : Le déni de grossesse. *Vocation sage-femme*, mai 2016, vol 15, n°120, p. 10 à 13.

d'après l'enquête conduite par Wessel.

Concernant les dénis totaux, les cas sont estimés à 1 pour 2 500 naissances.

Dans La revue de santé scolaire et universitaire de mai 2013, écrite par Dalcroix et al. : « *Si l'on rapporte ces taux au nombre de naissances survenant annuellement en France (822 000 naissances en 2012), les dénis partiels au-delà de cinq mois concerneraient plus de 1 600 femmes chaque année. Ceux entre le troisième et le cinquième mois probablement au moins le double et quelque 330 femmes accoucheraient sans avoir jamais su qu'elles étaient enceintes.* »⁹

b) Les différents types de déni de grossesse

Il existe deux types de déni de grossesse. Le déni de grossesse partiel et le déni de grossesse totale. Ces deux types sont définis par le moment de la découverte de la grossesse.

i. Le déni de grossesse partiel

On appelle déni de grossesse partiel la situation dans laquelle se retrouve une femme lorsqu'elle prend conscience de sa grossesse entre le cinquième et le huitième mois. En effet, il arrive qu'une femme découvre sa grossesse lors d'un simple examen médical. Le levé du déni se fait donc avant le terme. Comme l'écrit Guernalec-Levy (2007), journaliste, dans Je ne suis pas enceinte, enquête sur le déni de grossesse : « *Certaines se pensent enceintes de deux mois, vont consulter et découvrent qu'elles sont dans leur sixième mois. D'autres tombent des nues lorsqu'elles apprennent, au détour d'un examen médical (les médecins ne passent pas toujours à côté d'une grossesse !) qu'elles vont accoucher dans trois ou quatre mois.* »¹⁰ Dans cette situation, le corps de la femme change en quelques heures. En effet, dès l'annonce de la grossesse, la femme prend pleinement conscience de son état et les symptômes de la grossesse qui étaient jusqu'alors absent, se manifestent rapidement. Dans le même ouvrage que cité précédemment : « *Irène est allée consulter son gynécologue. À l'échographie, elle était visiblement enceinte de 6 mois. « Le soir même j'ai ressenti des contractions, des douleurs dans les seins et mon ventre s'est mis à s'arrondir ».* ». Lorsque se produit ce changement physique,

⁹ DELCROIX, Michel ; NAVARRO, Félix et al. Le déni de grossesse. *La revue de Santé scolaire et universitaire*, mai 2013, volume 4, n°21, p. 21.

¹⁰ GUERNALEC-LEVY, Gaëlle. *Je ne suis pas enceinte : Enquête sur le déni de grossesse*. Paris : Stock, 2007, p. 34 à 35.

on peut alors souligner que les femmes acceptent à ce moment « *sans aucune résistance ni réticence la réalité de leur grossesse.* »¹¹

D'après Bayle (2016) dans *Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique* : « *La découverte du déni en cours de grossesse ne provoque pas chez la patiente le même degré de sidération et de chaos psychique que dans le cas du déni total.* » Cependant, dans le même ouvrage, l'auteur explique que la future mère peut alors s'en tenir à une reconnaissance relative de la grossesse. D'un côté, elle est consciente de l'existence de sa grossesse mais pour elle, l'enfant n'a pas encore la matérialité vivante qu'il aura à l'accouchement. Le risque est alors de banaliser la grossesse, comme si ces futures mamans avaient rejoint un schéma de grossesse dite « normale ». Pour l'auteur, l'accompagnement auquel auront droit ces patientes devra alors être continu et ajusté au rythme de la patiente. La coordination des différents professionnels médicaux devient alors un facteur essentiel dans la prise en soin de cette future maman et de son futur bébé.

ii. Le déni de grossesse total

Le déni de grossesse total est souvent découvert aux urgences. En effet, dans ces situations, les femmes arrivent aux urgences pour douleurs abdominales inexplicables. Le diagnostic est souvent porté rapidement. En effet, soit la femme rompt la poche des eaux, soit les résultats de l'examen sanguin pose rapidement le diagnostic. Lorsque le diagnostic est posé, la femme est réorientée vers les urgences obstétricales si cela est possible. Dans d'autres cas, l'accouchement est réalisé directement aux urgences où elle est arrivée. Cependant, dans un quart des cas, l'accouchement a lieu au domicile. C'est alors le SAMU qui se rend au domicile pour effectuer l'accouchement et organiser le transfert à l'hôpital.

Contrairement au déni de grossesse partiel, la découverte de la grossesse se fait presque simultanément à la naissance de l'enfant. Cela provoque alors chez la mère, un choc psychologique intense. En effet, comme le décrit Bayle (2016) dans *Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique* : « *L'évidence du « je ne suis pas enceinte » a volé en éclats. Les points d'appui, ce qui est réel, ce qui ne l'est pas, s'effondrent. Le bouleversement émotionnel est majeur. Comme la femme, dans son psychisme et dans la réalité matérielle de son corps, en est le lieu, elle ne peut s'en distancier, se décentrer de cette irréalité qui l'affecte de l'intérieur, et elle se sent littéralement aliénée.* »¹². Le terme « aliénée » est ici choisi pour

¹¹ BALE, Benoît. *Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique*. Toulouse : Érès, 2016, page 137.

¹² BALE, Benoît. *Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique*. Toulouse : Érès, 2016, pages 132.

reprendre de multiples déclarations de femmes ayant subi un déni de grossesse total. En effet, ce terme est défini pour décrire une personne déséquilibrée, démente, se trouvant dans une situation insensée. Lorsque ces femmes se sentent aliénées, Bayle (2016) veut exprimer le fait qu'elles se sentent dans une situation complètement insensée qu'elles ne contrôlent pas. De plus, pour elles, après l'accouchement, c'est un « Alien » qu'elles viennent de mettre au monde. C'est pour cela que ces femmes ont besoin de l'accompagnement des soignants (sages-femmes, médecins, puéricultrices, pédiatres...).

c) Le corps du déni

Le déni de grossesse se caractérise par la pauvreté de signes physiques. En effet, les symptômes évocateurs d'une grossesse tels que l'aménorrhée, l'accroissement du périmètre abdominal, la prise de poids, les mouvements fœtaux ne sont pas perçus lors d'un cas de déni de grossesse.

Dans les cas de déni de grossesse, l'aménorrhée est fréquemment absente. En effet, dans ces situations particulières, les règles persistent. En ce qui concerne l'accroissement du périmètre abdominal, il peut être totalement absent ou modéré. Généralement, c'est en regardant des photos anciennes après l'accouchement qu'il est possible d'identifier une voussure abdominale. Pour ce qui est de la prise de poids, il arrive habituellement qu'il reste stable ou que la prise soit modérée. Celle-ci est souvent expliquée par les femmes, par d'autres circonstances, comme par exemple la fin des fêtes de fin d'années ou encore après un régime avec une grande perte de poids rapide. Ajoutons à ces symptômes, les mouvements fœtaux, qui lors des dénis de grossesses, ne sont pas perçus, ou du moins pas identifiés comme tels. Ils sont alors interprétés de manières différentes par les femmes.

En ce qui concerne les autres symptômes tels que la sensation de jambes lourdes, la tension mammaire, la respiration courte, l'hyperlordose sont absents ou très atténués.

Rappelons également qu'entre un tiers et la moitié des femmes qui présentent un déni de grossesse sont multipares d'après plusieurs études dont celle de Pierronne et al. (2002) intitulée Le déni de grossesse : à propos de 56 cas observés en maternité. Dans cette étude, il est expliqué que ces multipares « *qui ont antérieurement vécu des grossesses « normales » et qui savent donc par expérience « ce que c'est qu'être enceinte »* ». ¹³

¹³ PIERRONNE, Colette et al. *Le déni de grossesse : à propos de 56 cas observés en maternité.* Disponible sur : https://documentation.ch-mazurelle.fr/index.php?lvl=notice_display&id=38670 Dans Perspectives psy, n°3, volume 41, 2002.

Du fait de l'absence des symptômes de la grossesse ou d'erreurs d'interprétations de ceux-ci, la femme qui présente un déni de grossesse continue de vivre sa vie « comme si de rien n'était », et cela parfois même jusqu'au terme. De plus, toujours d'après Delcroix et al. (2013) : « *L'état paucisymptomatique, aux symptômes atténués, isolés [...], ne permet habituellement pas à la femme et à son entourage de prendre conscience de la grossesse ; tout comme il peut induire le médecin – y compris le plus compétent – en erreur.* »¹⁴

Lors d'un déni de grossesse, le fœtus se place dans le corps de la mère d'une manière particulière. En effet, dans une grossesse classique, le fœtus se place en position fœtal ce qui pousse sur les abdominaux et ce qui fait gonfler le ventre. Dans le déni de grossesse, le fœtus va se placer de manière longitudinale le long de la colonne vertébrale. De plus, le fœtus se positionne plus en profondeur ce qui ne fait pas gonfler le ventre de la maman.

Ce placement du fœtus n'impacte en rien sur l'évolution, la taille ou le poids du fœtus.¹⁵

d) Profils

Le déni de grossesse véhicule une foule d'idées reçues concernant le profil des femmes qui présentent un déni de grossesse. En effet, ces idées reçues prétendent qu'il s'agirait essentiellement d'adolescentes, de malades mentaux ou de femmes socialement démunies. Ces stéréotypes sont faux.

Dans les études publiées dans le livre de Bayle (2016)¹⁶, les auteurs concluent qu'il n'y a pas de profil de femme « type » pouvant avoir un déni de grossesse. En effet, il explique que dans la majorité des cas, les femmes qui présentent un déni de grossesse, n'ont pas d'antécédent ni de pathologie psychiatrique.

Le déni de grossesse est donc susceptible de toucher toutes les femmes en âge de procréer.

¹⁴ DELCROIX, Michel ; NAVARRO, Félix et al. Le déni de grossesse. *La revue de Santé scolaire et universitaire*, mai 2013, volume 4, n°21, p. 21

¹⁵ MINJOLLET, Pauline. Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique, interviewée dans *La maison des maternelles*, dossier : J'ai fait un déni de grossesse

¹⁶ BAYLE, Benoît. *Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique*. Toulouse : Érès, 2016, page 78.

B. Cadre conceptuel

1. Concept d'accompagnement

D'après une interview de Marinopoulos (2011) au sujet de son livre *Elles accouchent et ne sont pas enceintes*, et plus particulièrement sur la question « Dénier de grossesse partiel, déni de grossesse total : comment créer un lien avec bébé ? », pour épauler au mieux une maman qui n'a pas vécu un long processus psychique qui débute dès la grossesse, il faut du temps. Même si tout se passe en accéléré pour ces mères après l'accouchement, cela ne résout pas le manque de grossesse dite psychique. La dyade mère/enfant nécessite donc un certain accompagnement.

La définition du verbe « accompagner » est reprise par Paul (2012), formatrice auprès des professionnels de l'accompagnement, dans *L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique* comme s'exprimant en trois éléments : « *Se joindre à quelqu'un/pour aller où il va/en même temps que lui* »¹⁷. Le premier élément est donc la jonction entre deux personnes, ce qui met en avant que le concept d'accompagnement est basé sur une relation entre ces deux personnes. Le deuxième et le troisième élément selon Paul (2012) sont le mouvement et la destination ; les deux personnes avancent ensemble, et au même endroit. L'accompagnement est donc l'aide d'une personne envers une autre pour lui permettre un cheminement. La personne qui vient en aide à l'autre doit alors s'accorder à celle qu'il accompagne.

L'élément « d'être avec » définit ici par Paul (2012), « *suppose être disponible, présent, ouvert, attentif* »¹⁸.

Comme l'explique Libert (2016) dans *Le déni de grossesse*, un trouble de la gestation psychique, les soignants doivent être capables d'accueillir et de contenir ces femmes ainsi que le bouleversement qui les déborde. Ils doivent être bienveillants, empathiques, tout en sachant expliquer au minimum ce qu'il se passe mais aussi en ayant une écoute attentive autant sur le plan verbal que sur le plan physique. Toute cette écoute attentive va permettre à l'équipe

¹⁷ PAUL, Maela. *L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique*. Paris : 2012, page 14.

¹⁸ PAUL, Maela. *L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique*. Paris : 2012, page 14.

soignante de s'adapter et de s'ajuster à l'intensité et à l'évolution de ce choc émotionnel. Ce rôle d'accompagnement par les soignants va permettre à la maman de retrouver petit à petit ses repères, de comprendre au moins un peu ce qui vient de lui arriver. Il est important de laisser du temps à la mère pour qu'elle puisse verbaliser ce qu'elle vient de vivre. De plus après l'accouchement, tous les gestes traditionnels comme poser le bébé sur le ventre de la maman ou proposer la tétée de bienvenue peuvent être ressentis comme une violente intrusion ou complètement inadéquats à la situation. Il est alors nécessaire de proposer ces gestes après un échange authentique avec la maman afin qu'elle se sente prête et en sécurité avant de réaliser ces gestes. En effet, d'après Bayle (2016) : « *L'accompagnement de la reconstruction psychique de la mère et du déploiement prudent de ses premiers gestes vers le bébé, oser le toucher, découvrir du bout des doigts le contour de son corps, doit suivre le rythme de la musique interne de celle-ci, se mettre à son diapason.* »¹⁹

Lors d'une grossesse dite « normale », une enveloppe se construit entre la mère, le père et le bébé. Toujours d'après Bayle (2016), cette enveloppe « *va avoir une fonction contenante et porteuse essentielle : elle donne forme, structure et harmonise les représentations de cette grossesse-là, de l'évolution du statut de cette femme, de son couple de l'enfant à venir.* » La grande différence dans le déni de grossesse, c'est que cette enveloppe, ce cocon, n'est pas mis en place par anticipation. Les parents sont alors pris au dépourvus, ce qui les force à inventer des solutions partielles non encore reliées. C'est alors le rôle des soignants, d'apporter une enveloppe provisoire à cette maman, qui va permettre la reconstruction maternelle et par la suite permettre à cette maman de mettre en route ses capacités propres de recontenancement. Ce recontenancement peut être assez rapide, quelques heures, alors que pour d'autres il peut être beaucoup plus lent. En effet, il leur faut le temps de se rassembler aux yeux des autres, des proches, des soignants avant de pouvoir offrir la disponibilité nécessaire au bébé. C'est alors dans ces moments-là que le rôle des soignants est alors de nouvelle sollicité. Le travail en équipe, et en réseau permet d'accompagner la maman dans l'apprentissage de la maternité.

Selon Marinopoulos (2011), lors de la prise en charge de la maman et du bébé en maternité, plusieurs moyens s'offrent aux puéricultrices pour tenter de créer un lien entre les deux. L'allaitement peut devenir un moyen pour la mère et l'enfant d'entrer en contact,

¹⁹ BAYLE, Benoît. *Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique*. Toulouse : Érès, 2016, page 133.

néanmoins, il ne faut surtout pas le rendre obligatoire. La mère pourra avoir besoin d'un cheminement pour se familiariser avec son nouveau-né mais aussi pour conquérir son tout nouveau statut de mère, qui ne lui est pas familier. Le travail des puéricultrices sera de soutenir la mère et de l'accompagner au mieux le temps de cette évolution, mais aussi de lui indiquer qui seront les professionnels qui pourront l'épauler, notamment au niveau psychologique.

Comme le souligne Libert (2016) dans *Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique* : « *Accompagner la découverte du déni de grossesse est une aventure passionnante, qui nous oblige opportunément à intégrer le médical, le sociétal, le juridique, l'éthique, la médiologie* »²⁰. Autant de disciplines qui doivent être gérées par la puéricultrice du service de maternité afin de coordonner les différents intervenants dans cette situation.

Pour terminer, il conclut : « *À conditions qu'ils soient accompagnés par un environnement contenant, attentif et respectueux, mère et enfant voient se créer en eux, entre eux, une dynamique résolutive qui aboutit à des interactions heureuses dans la majorité des cas* »²¹.

Cependant, cet environnement qui entoure l'enfant et la mère n'est pas composé uniquement du personnel médical. En effet, le rôle du père, des proches et de la famille est important dans ces situations, tant pour la mère que pour le nouveau-né. C'est d'ailleurs une des premières difficultés pour ces mères qui viennent de découvrir leur grossesse : affronter la réaction de leur entourage. D'après Delcroix (2013): « *Leur capacité à admettre la réalité, à accepter la grossesse et la naissance malgré tous les bouleversements psychiques a des conséquences fondamentales sur la façon dont ces mères, et peut-être leurs enfants, vont vivre par la suite leur situation* »²². Le plus souvent, ces mères ont la chance de voir leur entourage accepter le bébé mais aussi accepter et comprendre que le déni est un phénomène inconscient et involontaire. Ils reconnaissent d'ailleurs, un peu plus tard qu'eux non plus n'ont pas su voir cette grossesse.

²⁰ LIBERT, Michel. Accompagner les négations de grossesse. Dans *Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique*. BAYLE Benoît. Toulouse : Érès, 2016, page 123.

²¹ LIBERT, Michel. Accompagner les négations de grossesse. Dans *Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique*. BAYLE Benoît. Toulouse : Érès, 2016, page 144.

²² DELCROIX, Michel ; NAVARRO, Félix et al. Le déni de grossesse. *La revue de Santé scolaire et universitaire*, mai 2013, volume 4, n°21, p. 17.

Lorsque l'on parle d'accompagnement par la puéricultrice, il est aussi nécessaire de parler d'accompagnement à la parentalité. Comme il est expliqué par Mauvais (2008) : « *Il n'est guère aujourd'hui d'équipes de professionnels de l'enfance qui ne comptent ou ne revendiquent 'l'accompagnement de la parentalité' au nombre de leurs principaux objectifs* »²³. La parentalité est « *un processus [...] qui, naissant et se nourrissant de l'interaction parent-enfant, implique des droits et des devoirs du parents vis-à-vis de son enfant, des mécanismes psychiques et affectifs pour répondre aux besoins de l'enfant (mécanismes qui sont d'ailleurs à l'œuvre chez tout parent, y compris avant la naissance de l'enfant), ainsi que des pratiques (de soins et éducatives)* »²⁴. Dans les travaux de Benedek, le déni de grossesse est d'ailleurs souvent relié à la parentalité.

²³ MAUVAIS, Pierre et al. *La parentalité accompagnée*. Toulouse : Érès, 2008, page 7.

²⁴ Dossier parentalité et droits de l'enfant, Coordination des ONG pour les Droits de l'Enfant. Juin 2011. Disponible sur : https://www.lacode.be/IMG/pdf/Analyse_parentalite_1-definition.pdf

2. Concept d'attachement

Du fait que je m'interroge sur l'influence du déni de grossesse sur le lien mère-enfant, j'ai décidé d'aborder le thème de l'attachement. Ce lien d'attachement est aussi bien dirigé de la mère vers l'enfant mais aussi de l'enfant vers sa mère.

Le concept d'attachement est un concept qui est important de citer lorsque l'on parle de déni de grossesse. En effet, une femme qui est enceinte et qui est consciente de son état, a le temps de se faire à l'idée qu'elle va accoucher d'un petit être humain et donc l'attachement commence dès lors qu'elle apprend la grossesse. Cependant, lors d'un déni de grossesse, ce lien d'attachement doit être créé après la naissance de l'enfant.

Pour Lecanuet (2007), directeur de recherche au Centre National de la Recherche Scientifique, l'attachement commence in utéro. En effet, le fœtus est capable de mémoriser les stimulations sensorielles qui viennent de l'extérieur. Cette expérience sensorielle comprend par exemple l'odeur du liquide amniotique, la voix maternelle, la langue parlée ou bien encore la sonorité de la parole. La naissance apporte donc peu de modifications des systèmes sensorielles du nouveau-né. Ces expériences de mémorisation « *permettent au nouveau-né d'engager des réponses initiales d'attention, de recherche ou de reconnaissance relativement spécialisées* »²⁵. Ces réponses initiales sont les prémices de l'attachement.

Selon différents auteurs, l'attachement peut être un comportement, un besoin ou une tendance. D'après Zazzo (1982), psychologue français, chez l'enfant « *comme chez la plupart des mammifères, l'attachement n'est pas immédiat. Il n'est pas inné. Il est le résultat d'une construction* ». ²⁶

La théorie de l'attachement a été développée par Bowlby au cours des années 1940. Il s'est très tôt intéressé aux conséquences négatives d'une séparation entre la mère et son nouveau-né, sur le développement psychoaffectif et relationnel de celui-ci. D'après Bowlby, la construction du lien d'attachement chez les humains se construit progressivement sur plusieurs mois. Toujours d'après Bowlby, c'est surtout par répétitions des soins prodigués et par

²⁵ LECANUET, Jean-Pierre. Miscellanés. Dans : *L'attachement, de la théorie à la clinique*. PIERREHUMBERT, Blaise. Toulouse : Érès, 2007, page 100.

²⁶ LECANUET, Jean-Pierre. Miscellanés. Dans : *L'attachement, de la théorie à la clinique*. PIERREHUMBERT, Blaise. Toulouse : Érès, 2007, page 101.

répétition des moments partagés qu'un enfant s'attache à un adulte. Bowlby insiste d'ailleurs particulièrement sur le fait que l'attachement est un besoin primaire et essentiel à la survie de l'espèce. La figure maternelle devient la base de la sécurité nécessaire à son exploration du monde futur. Il est reconnu aujourd'hui que ce lien mère-enfant se crée tout au long de la grossesse et pas seulement le jour de l'accouchement.

De plus, lorsque Zaouche Gaudron (2007) reprend Bowlby pour définir la figure d'attachement « présence, disponibilité, continuité », elle ajoute qu'« *il colore la relation mère-enfant de sens, de par la notion de modèles internes opérants que construit l'enfant au travers de cette relation signifiante.* »²⁷

Bowlby ajoute la notion du « caregiving ». Il l'a défini comme étant « *le versant parental de l'attachement. Il représente la capacité à prodiguer des soins, à s'occuper d'un plus jeune que soi, aussi bien de pourvoir à ses besoins physiologiques que ses besoins affectifs* »²⁸. Le « caregiving » définit alors les comportements qu'adoptent les parents afin de favoriser la proximité et le réconfort de l'enfant lorsque celui-ci exprime un sentiment de détresse ou de danger. Il est donc le réciproque de l'attachement.

Pour Pierrehumbert (2004), l'attachement est lié à la parentalité. En effet, les successeurs de Bowlby se sont concentrés sur « *l'effet des soins parentaux sur la qualité de la relation d'attachement du bébé à son parent* »²⁹. Pour Pierrehumbert (2004), il s'agirait d'un « *bon accordage affectif* »³⁰ entre la mère et le nouveau-né. Cet accordage dépendrait des ajustements émotionnels, comportementaux et affectifs entre les deux.

D'après Guédeney (2011), les émotions ont un rôle dans l'organisation et l'expression de l'attachement. En effet, elle explique qu'un enfant dépend des soins d'une personne adulte afin de survivre. Elle ajoute que c'est par les soins qui sont prodigués par les parents que le nouveau-né régule sa peur, son chagrin ou sa colère. Ces émotions vécues par l'enfant sont

²⁷ ZAUCHE GAUDRON, Chantal. John Bowlby et Henri Wallon : des chevauchements possibles. Dans : *L'attachement, de la théorie à la clinique*. PIERREHUMBERT, Blaise. Toulouse : Érès, 2007, page 84.

²⁸ BARBEY-MINTZ, Anne-Sophie ; DUGRAVIER, Romain. Origines et concepts de la théorie de l'attachement. Dans : *Enfances et psy (Théorie de l'attachement. De la dépendance à l'autonomie...)*. Toulouse : Érès, 2015, page 21.

²⁹ PIERREHUMBERT, Blaise et al. Théorie de l'attachement et parentalité. Dans : *Devenir père, devenir mère*. Dugnat, Michel. Toulouse : Érès, 2004, page 35.

³⁰ PIERREHUMBERT, Blaise et al. Théorie de l'attachement et parentalité. Dans : *Devenir père, devenir mère*. Dugnat, Michel. Toulouse : Érès, 2004, page 39.

souvent démontrées par des pleurs. Ces pleurs alertent les parents et activent le système d'attachement par les réponses réconfortantes de la part des parents. Elle reprend ensuite les paroles de Winnicott : « *Un bébé seul, ça n'existe pas !* »³¹.

D'après une interview de Marinopoulos au sujet de son livre *Elles accouchent et ne sont pas enceintes*, et plus particulièrement sur la question « Dénier de grossesse partiel, déni de grossesse total : comment créer un lien avec bébé ? », la grossesse marque une période de réflexion essentielle de la vie d'un enfant. Lorsqu'il évolue dans le ventre de sa mère, celle-ci se met à le penser, l'imaginer, le projeter. La première étape pour créer le lien mère-enfant est donc de reconnaître cet enfant en tant que tel.

Toujours d'après cette psychologue, le lien mère/enfant est plus compliqué à tisser de par l'absence de contact par la pensée. Y porter une attention particulière dans le suivi mère/enfant spécifique contribue grandement à l'évolution de ce lien. Pour cela il faut que la mère trouve un professionnel en qui elle a confiance et avec lequel elle pourra échanger afin de prendre conscience des épreuves traversées. Cela est essentiel pour l'équilibre psychologique de la nouvelle famille.

D'après cette psychologue, un grand nombre de femmes pense en premier lieu à ce qu'était leur vie pendant la grossesse dont elle n'avait pas connaissance. Très souvent elle contracte un genre de « boulimie relationnelle », elles pensent qu'il faut absolument rattraper le temps perdu. C'est alors que naît la difficulté de la création d'un lien équilibré.

Lors d'une situation de déni de grossesse, l'attachement peut être perturbé ou même absent. Suite à l'accouchement, la mère peut se retrouver dans un état de choc post-traumatique et n'arrive pas forcément à être disponible pour créer ce lien d'attachement mère-enfant. Il est donc nécessaire de la part des soignants d'y prêter une attention particulière. De plus, il peut arriver que la mère ne souhaite pas voir l'enfant. Il est d'ailleurs important de rappeler que l'attachement ne concerne pas exclusivement le binôme mère/enfant. L'enfant est aussi capable de s'attacher à son père. Plusieurs spécialistes se sont penchés sur le sujet en essayant de définir ce lien : « *Le père est-il une figure d'attachement aussi sûre, aussi « efficace » que la mère ?* »³² ou bien encore : « *Le type d'attachement au père reproduit-il le type d'attachement de la*

³¹ WINICOTT, Donald.W. L'angoisse associée à l'insécurité. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, p. 198-202.

³² LE CAMUS, Jean. Quelle place pour le père dans la théorie de l'attachement ? Dans : *L'attachement, de la théorie à la clinique*. PIERREHUMBERT, Blaise. Toulouse : Érès, 2007, page 119.

mère ? »³³. Malgré les nombreuses recherches qui ont été faites sur ce sujet, Le Camus (2007) conclut : « *La « nature du lien de l'enfant » à son père est bien loin d'avoir livré tous ses secrets* »³⁴.

³³ LE CAMUS, Jean. Quelle place pour le père dans la théorie de l'attachement ? Dans : *L'attachement, de la théorie à la clinique*. PIERREHUMBERT, Blaise. Toulouse : Érès, 2007, page 121.

³⁴LE CAMUS, Jean. Quelle place pour le père dans la théorie de l'attachement ? Dans : *L'attachement, de la théorie à la clinique*. PIERREHUMBERT, Blaise. Toulouse : Érès, 2007, page 122.

Conclusion du cadre théorique

Le cadre théorique m'a permis d'apprendre beaucoup sur le déni de grossesse en général, sur ses différentes formes, sur l'accompagnement de la puéricultrice dont bénéficiait le duo mère/enfant, tout au long de leur prise en soin dans le service de maternité. De plus, j'ai appris également sur l'attachement entre la mère et son enfant.

III. Question de recherche et hypothèse

A. Question de recherche

Suite à l'étude que j'ai réalisé par le biais de mon cadre théorique, une question de recherche est ressortie :

En quoi le rôle de la puéricultrice en service de maternité dans un contexte de déni de grossesse permet-il la construction de la relation mère/enfant ?

B. Hypothèse de recherche

Cette question de recherche engendre une hypothèse suivante :

- L'accompagnement de la puéricultrice favorise le lien d'attachement entre la mère et son nouveau-né dans un contexte de déni de grossesse

IV. Cadre exploratoire

A. Méthode

1. Population ciblée

J'ai choisi d'enquêter auprès de 4 infirmières puéricultrices diplômées d'état possédant diverses expériences professionnelles mais travaillant toutes en service de maternité. J'ai décidé d'interroger des puéricultrices ayant vécu une ou plusieurs situations de déni de grossesse au cours de leur parcours professionnel afin de pouvoir répondre à mes questions et ainsi pouvoir apprécier l'évolution de cette prise en charge en fonction du nombre de situations vécues.

Le choix d'enquêter auprès des puéricultrices s'explique par le fait que je souhaitais connaître le point de vue des professionnels de santé accompagnants ce binôme mère/nouveau-né dans un contexte de déni de grossesse. Cela me permet de recueillir leur ressenti sur l'accompagnement qu'elles apportent mais aussi sur la construction du lien d'attachement entre ces deux protagonistes.

2. Lieux d'enquête

J'ai réalisé mes enquêtes de terrain sur 2 lieux différents. J'ai choisi ces lieux d'enquête d'après leur proximité de mon domicile. De plus, j'ai choisi deux lieux différents afin de pouvoir apprécier différentes méthodes selon des lieux différents.

3. Outil d'enquête

J'ai utilisé comme outil d'enquête un entretien semi-directif. Ce dernier va me permettre d'avoir des réponses complètes et précises avec un échange conséquent. L'entretien semi-directif permet de centrer le discours sur le soignant. Ce type d'entretien va me permettre de recueillir des réponses riches en contenu, mais également riches en ressenti par rapport au vécu des professionnels. De plus, au cours de cet entretien, plusieurs questions de relances sont présentes afin de préciser certaines réponses. Cela va donc me permettre d'avoir davantage de matière à analyser.

4. Préparation de l'enquête

J'ai effectué ma grille d'entretien seule. Cette grille comprend les questions que je poserai aux professionnels ainsi que les objectifs en rapport avec ces questions. Après avoir pris rendez-vous avec ma directrice de mémoire, je lui ai présenté ma grille afin de recueillir son avis pour d'éventuelles modifications nécessaires et d'ensuite avoir son accord pour réaliser ces entretiens. Cette dernière m'a aidée à préciser mes questions et à rendre plus fluides mes entretiens.

Suite à cet entretien, j'ai élaboré ma grille d'entretien définitive et obtenu l'autorisation d'enquête par ma directrice de mémoire.

Dès l'obtention de cette autorisation, j'ai testé mon entretien sur une personne de ma promotion ayant travaillé dans un service de maternité et ayant été confronté à une situation de déni de grossesse. Je me suis ensuite rapprochée des professionnels de santé que j'avais pu rencontrer lors de précédents stages afin de les solliciter pour mon enquête. J'ai décidé de réaliser mes entretiens directement dans les services. J'ai fait ce choix car il était plus facile de contacter des professionnels sur leur terrain plutôt qu'à leur domicile. J'ai donc obtenu l'accord des cadres de santé avant de réaliser ces entretiens.

5. Présentation des objectifs et de l'enquête

QUESTIONS	OBJECTIFS
<p>1. Quel est votre parcours professionnel ? Depuis quand êtes-vous diplômée ?</p> <ul style="list-style-type: none">- Relance 1 : Avez-vous déjà participé à une conférence sur le déni de grossesse ? Que cela vous a-t-il apporté ?- Relance 2 : Combien de situation de déni de grossesse avez-vous rencontré lors de votre parcours professionnel ?	<p>Prendre connaissance des expériences professionnelles des soignants afin de pouvoir apprécier les réponses selon leurs expériences face à cette situation.</p>

<p>2. Quelle est pour vous la définition de l'accompagnement de la maman et du nourrisson par la puéricultrice en service de maternité ?</p> <p>- Relance : Et dans une situation de déni de grossesse ?</p>	<p>Prendre connaissance du point de vue des professionnels de santé sur leur rôle d'accompagnant en service de maternité.</p>
<p>3. Quels sont les moyens dont vous disposez ou que vous utilisez pour mettre en place cet accompagnement dans une situation de déni de grossesse ?</p> <p>- Relance : En terme de relais, que faites-vous et comment le faites-vous ? (appels, rendez-vous...)</p>	<p>Prendre connaissance des moyens possibles permettant la mise en place d'un accompagnement dans une situation de déni de grossesse ?</p>
<p>4. Comment faites-vous pour permettre le lien d'attachement entre la mère et son nourrisson dans un contexte de déni de grossesse ?</p>	<p>Prendre connaissance de la posture d'accompagnant de la puéricultrice concernant la construction du lien d'attachement dans un service de maternité.</p>
<p>5. Pouvez-vous me donner un ou deux points que nous n'aurions pas abordés dans ce sujet et que vous trouvez important de citer ?</p>	<p>Permettre aux soignants d'ajouter des points importants sur le sujet du déni de grossesse que j' n'aurai pas abordé lors de mon entretien.</p>

6. Déroulé des entretiens

Avant de réaliser mes entretiens auprès des professionnels de santé, j'ai testé mon enquête auprès d'une de mes collègues de promotion ayant déjà travaillé en service de maternité. Cela m'a permis de voir si rien ne manquait dans mon entretien et si celui-ci était fluide.

Dans un des deux centres hospitaliers où j'ai réalisé mes entretiens, j'ai d'abord été accueillie par la cadre du service dans son bureau afin de lui expliquer mon entretien et le type de puéricultrice que je voulais interroger. Nous nous sommes ensuite rendus dans le service.

J'ai donc réalisé mes deux entretiens dans ce service le même jour. J'étais dans un bureau, avec une puéricultrice puis avec l'autre. Je me suis alors présentée à elles, puis je leur ai expliqué que cet entretien était anonyme et je leur ai ensuite demandé l'accord pour enregistrer notre entretien afin de pouvoir le retranscrire mot pour mot. Elles se sont ensuite chacune présentées à moi et m'ont donné leur accord pour l'enregistrement. Nous n'avons pas été dérangé. Ces deux entretiens ont duré 9 et 7 minutes.

Dans le deuxième centre hospitalier où j'ai réalisé mes entretiens, j'ai d'abord contacté la cadre du service par téléphone afin de me présenter et de présenter le sujet de mon mémoire afin d'obtenir son accord pour réaliser deux entretiens. La cadre du service m'a alors demandé de lui envoyer mon guide d'entretien, puis elle m'a envoyé un mail en me donnant l'autorisation de les réaliser. J'ai alors contacté le service de maternité qui m'a alors conseillé d'appeler un samedi à 15h puis le lundi suivant à 15h également. L'équipe préférerait ainsi des entretiens téléphonique suite aux conjonctures actuelles. Lors des appels, je me suis alors présentée et j'ai exposé aux professionnels mon sujet de mémoire et j'ai rappelé que les entretiens étaient anonymes. Je leur ai également demandé leur accord pour enregistrer nos entretiens afin de pouvoir les retranscrire mot pour mot. Suite à leurs accords, j'ai donc réalisé ces entretiens. Les professionnelles de santé se sont isolées dans une pièce afin de ne pas être dérangées. Les entretiens ont duré 6 minutes et 7 minutes et demie.

Un des entretiens a été choisi et mis en annexe. J'ai choisi l'entretien qui me semblait correspondre le plus à mes recherches mais également qui me semblait le plus complet. De plus, la puéricultrice avec qui j'ai réalisé cet entretien est celle qui a le plus d'expérience en tant que puéricultrice puisqu'elle est diplômée puéricultrice depuis 2012. (Voir retranscription d'entretien n°1, placé en annexe)

7. Limites

Les conditions actuelles n'étant pas optimales pour mener les entretiens avec les professionnels de santé, j'ai dû me limiter à 4 entretiens. L'analyse n'est donc pas représentative d'une grande partie des soignants.

Suite aux conjonctures actuelles, j'ai réalisé les entretiens auprès de deux puéricultrices que j'avais rencontrées lors d'un précédent stage mais aussi auprès de deux puéricultrices que je n'avais jamais rencontrées auparavant. Un des deux lieux d'enquête m'a demandé de réaliser mes entretiens par téléphone, cela a donc été plus difficile car je ne pouvais pas voir les réactions de la personne à qui je parlais.

8. Méthode d'analyse

Pour mon travail d'analyse, j'ai choisi la méthode d'analyse qualitative et comparative. J'ai donc réalisé des entretiens semi-directifs auprès des professionnels de santé que j'ai enregistrés afin de pouvoir les retranscrire de façon précise.

J'ai ensuite réalisé l'analyse thématique des entretiens que j'avais obtenu. J'ai regroupé les réponses des puéricultrices dans des tableaux en fonction des thèmes retrouvés dans les réponses. Chaque thème et sous-thème est analysé en fonction de la puéricultrice. Toutes les questions sont donc analysées de manière linéaires, croisées et comparatives en reprenant les propos des puéricultrices dans les tableaux. J'ai choisi de travailler par thème afin de faciliter l'analyse car cette technique permet de regrouper les grandes idées évoquées lors des différents entretiens.

B. Analyse

Afin de faciliter la lecture de mon analyse, un tableau récapitulatif des puéricultrices en fonction de leurs expériences a été réalisé grâce aux réponses de la question 1. Ici « PDE » est utilisé pour Puéricultrice Diplômée d'État.

Tableau 1 : Expérience professionnelle des puéricultrices interrogées :

Noms Thèmes	PDE 1	PDE 2	PDE 3	PDE 4
Nombre d'années depuis le diplôme	« Je suis diplômée infirmière depuis 2009 », « je suis partie en école de puéricultrices en 2012 »	« Je suis diplômée infirmière depuis juillet 2017, et j'ai ensuite été diplômée puéricultrice en décembre 2018. »	« Je suis infirmière depuis 10 ans et puéricultrice depuis 2 ans. »	« Je suis diplômée infirmière depuis 2012 et puéricultrice depuis décembre 2013. »
Expérience avant la maternité	« J'ai d'abord travaillé en tant qu'infirmière dans un service de néonatalogie en 2010 », « De 2012 à février 2020 j'ai fait que de la néonatalogie »	« J'ai travaillé 6 mois en néonatalogie entre deux comme ma rentrée puéricultrice était en janvier »	« Donc parmi tous les services que j'ai fait de la cancérologie, médecine, chirurgie... enfin je ne vais pas tous te les dire puisqu'en fait on pourrait presque citer tous les services qui existent ! »	« Tout de suite après mon diplôme j'ai travaillé dans un service d'hématologie cancérologie »
Nombre d'année d'expérience en maternité	« Depuis 2 mois et demi maintenant je travaille en maternité. »	« Une fois diplômée puéricultrice j'ai travaillé tout de suite en maternité et en néonatalogie. On peut faire les deux en même temps ici. »	« Mais avant de faire ma formation puéricultrice, j'ai travaillé 6 mois en maternité et c'est d'ailleurs pour ça que j'ai fait ma formation ensuite. Je voulais rester là. Donc depuis mon diplôme de puéricultrice, je suis de nouveau en maternité. »	« Ça va faire 2 ans que je travaille dans ce service de maternité. »

Nombre de déni de grossesse rencontrés	<i>« J'en ai déjà vécu un en maternité récemment, et deux en néonatalogie »</i>	<i>« J'en ai vécu une seule en maternité. »</i>	<i>« Combien j'ai rencontré de situation de déni de grossesse...je ne sais plus te dire vraiment. Au total je dirais moins de dix. »</i>	<i>« Ah et bien justement en presque 2 ans, je ne sais même plus te dire exactement, je vais te dire quand même entre 5 et 10 cas. »</i>
---	---	---	--	--

Ce tableau permet une lecture plus simple des réponses obtenues et permet donc d'analyser la première question de mon entretien qui visait à résumer leur parcours professionnel ainsi que leur expérience en matière d'accompagnement de déni de grossesse. On constate donc ici que 3 des puéricultrices interrogées ont entre 8 et 10 ans de diplôme infirmier et la 4^{ème}, 3 ans de diplôme infirmier. On peut également remarquer que 2 des puéricultrices ont entre 6 ans et 8 ans de diplôme puéricultrice alors que les 2 dernières ont moins de 2 ans de diplôme puéricultrice.

De plus, deux des puéricultrices interrogées ont travaillé dans des services de néonatalogie ou l'une d'entre elle avait déjà rencontré des situations de déni de grossesse. Toutes les puéricultrices interrogées ont moins de 3 ans d'expérience en maternité, cependant, elles ont toutes vécu au moins une situation de déni de grossesse. Deux d'entre elles n'en n'ont rencontré qu'un à 3, cependant, les 2 dernières en ont rencontré entre 5 et 10. Cela veut donc dire que même si leur expérience en maternité demeure courte, certaines ont développé des compétences dans le domaine des dénis de grossesse.

En ce qui concerne les formations ou les conférences sur le déni de grossesse, aucune des puéricultrices interrogées n'a eu la chance d'y participer, cependant, elles seraient intéressées car elles expliquent qu'elles se retrouvent parfois démunies face à ce genre de situation.

Plusieurs questions de mon entretien ont pour thème l'accompagnement. En effet, l'une d'elle se porte sur la définition en général de l'accompagnement par la puéricultrice en maternité et sa relance est ciblée sur l'accompagnement dans un contexte de déni de grossesse. Une autre reprend les moyens qui existent et qui sont utilisés pour permettre cet accompagnement ainsi que les relais existant en matière d'accompagnement. Les résultats sont alors repris dans le tableau suivant :

Tableau 2 : L'accompagnement :

Noms		PDE 1	PDE 2	PDE 3	PDE 4
Thèmes					
	Sous-thèmes				
Définition de l'accompagnement en général	Parentalité	« Elle doit accompagner dans la parentalité », et « Elle apprend les parents à découvrir leur bébé en fait. »	« Rendre un maximum les parents autonomes »	« C'est la prise en charge globale de la maman, du bébé mais aussi du papa. », et « Les accompagner dans la parentalité. »	« Aider les parents dans leur rôle de parents », et « En gros c'est les accompagner à devenir parents. »
	Éducation	« Elle apprend également à faire tous les soins à faire au bébé »	« Notre rôle d'accompagnant est ciblé sur l'éducation »	« On va apprendre aux parents les soins de base »	« On les accompagne aussi dans l'allaitement, qu'il soit maternel ou artificiel. »
	Disponibilité	/	« Leur faire comprendre qu'ils peuvent nous appeler et nous solliciter à chaque moment de l'hospitalisation »	/	/
	Évaluation du lien d'attachement	« Elle veille au lien parents enfants »	/	/	/
Définition de l'accompagnement en situation de déni de grossesse	Parentalité	« C'est tout ça, mais plus encore ! »,	« C'est pareil aussi sur notre rôle d'accompagnant en éducation. »	« On va soutenir les parents dans leur rôle »	« Il faut aussi qu'on accompagne l'entourage si elle en a. Que ce soit le papa ou la famille, eux aussi ont besoin d'accompagnement »

					<i>ent pour pouvoir à leur tour accompagner cette maman. »,</i>
	Éducation	<i>« C'est tout ça, mais plus encore ! »,</i>	<i>« Au niveau des soins il n'y a pas de différence parce qu'au final on leur montre les mêmes soins qu'à des parents lambda si je peux dire.</i>	<i>« ...et dans les soins... »</i>	<i>« Il faut également leur apprendre les soins à prodiguer au bébé »</i>
	Disponibilité	<i>« En fait, tout ce qui est réalisé par la puéricultrice est fait en prenant souvent plus de temps et on est beaucoup plus présente. »,</i>	<i>« On est beaucoup plus présent dans leur chambre aussi, on passe plus souvent pour savoir si tout va bien ou s'ils ont besoin de quelque chose. »</i>	<i>« Peut être juste j'aimerais insister sur le temps... Il ne faut vraiment pas hésiter à prolonger les hospitalisations, même si les parents se sont fait à l'idée. Il leur faut quand même un peu plus de temps. »</i>	<i>« Il faut essayer de voir si la maman accepte déjà d'être maman, donc pour ça on passe du temps avec elle. »</i>
	Évaluation du lien d'attachement	<i>« C'est tout ça, mais plus encore ! », et « En plus de tout ça, on évalue le lien mère enfant en permanence avec une feuille de suivi.»</i>	<i>« C'est au niveau du lien parents enfants que c'est différent. On surveille beaucoup plus ça. »</i>	<i>« Mais on va surtout observer beaucoup plus au niveau du lien d'attachement. »,</i>	<i>« On est aussi très attentif au lien entre la maman et son bébé. »</i>
Moyens existant pour mettre en place l'accompagnement		<i>« Déjà on fait une expertise ici, avec les pédiatres, les sages-femmes... Après on met</i>	<i>« On a des feuilles de suivi de lien parents enfants. »</i>	<i>« Dans l'hôpital ici, on n'a pas de moyens spécifiques. »</i>	/

		<p><i>aussi en route une feuille de suivi du lien mère-enfant. On évalue si la maman est à l'aise dans les soins, si elle parle à son bébé etc... » , et</i></p> <p><i>« On fait passer une infirmière psy, ça permet à la maman de verbaliser sur son déni de grossesse. »</i></p>			
<p>Relais existant prenant en charge les dénis de grossesse</p>		<p><i>« En terme de relais on a la PMI, le PRADO (les sage-femme) qui passent au domicile. », et</i></p> <p><i>« la puéricultrice passe directement dans le service et elle prévient ensuite une assistante sociale. »</i></p>	<p><i>« On travaille beaucoup avec la PMI aussi », et</i></p> <p><i>« On travaille aussi avec l'assistante sociale qui est la pendant les STAFF donc elle agit directement. »</i></p>	<p><i>« On va surtout travailler en réseau pour préparer la sortie. Donc de notre place, on prévient la PMI, l'assistante sociale, la psychologue et après chacune intervient dans cette prise en charge et chacune prévoit de revoir la petite famille après le retour à domicile. »</i></p>	<p><i>« Dans cette situation particulière, on prévient l'assistante sociale. Et ensuite, c'est l'assistante sociale qui fait le lien avec la PMI. Donc c'est surtout du travail en réseau quoi. » et « Il y a aussi la sage-femme qui repasse au domicile, donc après, tous ces professionnels se font des transmissions sur la suite de cet accouchement. »</i></p>

Ce tableau permet donc l'analyse des réponses sur le thème de l'accompagnement, en ce qui concerne la définition de celui-ci mais également sur les moyens et les relais qui existent pour permettre cet accompagnement.

En ce qui concerne la définition de l'accompagnement en général, 2 sous-thèmes ont été cités par les 4 puéricultrices : la parentalité et l'éducation aux parents. En effet, pour la totalité des puéricultrices, l'apprentissage du nouveau rôle de parents est primordial ainsi que l'éducation aux soins d'hygiène de confort et de bien-être du nourrisson. De plus, un autre sous-thème a été cité par une seule des puéricultrices ; la disponibilité. Effectivement, pour la puéricultrice 2, il est également primordial de faire comprendre aux parents que c'est notre rôle de répondre à toutes leurs questions ou appréhensions et que les parents peuvent nous solliciter à n'importe quel moment. Enfin, un dernier sous-thème abordé par une des puéricultrices est celui de l'évaluation du lien d'attachement entre les parents et leur nouveau-né. Elle explique que le rôle de la puéricultrice est également de veiller à la création de ce lien.

Quant à la définition de l'accompagnement dans une situation de déni de grossesse, les 4 puéricultrices citent toujours la parentalité et l'éducation aux parents comme sous-thème principaux. Cependant, contrairement à la définition générale, elles ont toutes abordé le sujet de la disponibilité du professionnel face aux parents dans ce contexte de déni de grossesse. En effet, elles expliquent ceci par le fait que ce bébé est inattendu et donc que la maman et le papa ont besoin de plus de présence des professionnels mais aussi de plus d'écoute de leur part afin d'appréhender cette situation particulière. Tandis que dans la définition générale de l'accompagnement, une seule des puéricultrices avait abordé le sujet de l'évaluation du lien d'attachement entre les parents et le nouveau-né, dans la définition de l'accompagnement en situation de déni de grossesse, elles sont alors 4 soit la totalité des puéricultrices à aborder ce sujet. En effet, elles expliquent toutes que dans ce cas précis, l'attachement qui n'a pas pu se faire pendant la grossesse, doit donc débiter dès la naissance de l'enfant et que ce lien est donc plus long et difficile à se créer. Elles accordent alors une attention toute particulière à la création de ce lien et en son évaluation.

Suite à l'évocation de ce lien d'attachement entre les parents et leur nouveau-né, 2 des puéricultrices ont expliqué que dans leur service, une feuille de suivi de l'attachement était réalisée afin de noter quotidiennement l'évolution de ce lien en fonction des interactions entre les parents et l'enfant face aux soins d'hygiène, de confort ou de bien-être du nouveau-né. Les 2 autres puéricultrices ont confié qu'elles n'avaient pas de moyens autre que le personnel soignant. En effet, toutes les puéricultrices interrogées expliquent que la collaboration avec les pédiatres, les sages-femmes mais également l'infirmière psychologique est mise en place dans cette situation de déni de grossesse.

Concernant les relais qui sont mis en place par les puéricultrices, toutes citent la PMI (protection maternelle infantile) et l'assistante sociale, qui passent le plus souvent directement

dans le service afin de mettre en place le début d'un suivi qui se continuera après le retour au domicile. Par ailleurs, 2 des puéricultrices ajoutent que les sages-femmes passent également à domicile et sont aussi un soutien pour la continuité de la création du lien d'attachement entre les parents et l'enfant.

Au terme de l'analyse, nous pouvons donc affirmer que toutes les puéricultrices exercent un accompagnement différent chez une famille vivant une situation de déni de grossesse que chez une famille ayant eu le désir d'enfant. Ainsi, on peut en conclure que l'accompagnement par la puéricultrice d'une famille vivant une situation de déni de grossesse repose principalement sur l'apprentissage de la parentalité, l'éducation des soins aux parents, la disponibilité de l'équipe soignante mais également l'évaluation de la création du lien d'attachement entre les parents et le nouveau-né. De plus, on remarque que dans certains établissements, en plus des moyens humains (pédiatres, sages-femmes, infirmière psychologique), des moyens techniques (feuille de suivi de la relation parents-enfant) sont mis en place afin de prendre en charge au mieux ce contexte particulier de déni de grossesse.

En guise de conclusion sur la thématique de l'accompagnement, on remarque alors que certains éléments retrouvés lors du cadre exploratoire ont d'abord été traité par le cadre théorique. En effet, en ce qui concerne l'accompagnement, nous retrouvons dans les deux parties : la parentalité qui a été développée par Paul (2012), l'éducation aux parents en matière de soins qui a été expliqué par Guédeney (2011) et par Mauvais (2008) ainsi que la disponibilité qui a été abordée par Bowlby. Nous retrouvons également les moyens et relais qui existent et qui sont utilisés sur le terrain et qui ont été évoqués par Libert (2014) ou encore Le Camus (2007) comme la Protection Maternelle et Infantile (PMI) ou encore l'intervention des sages-femmes mais aussi des assistantes sociales ainsi que des professionnels en matière de psychologie. Un des éléments qui a été évoqué par les puéricultrices mais que je n'ai pas retrouvé dans le cadre exploratoire est l'évaluation du lien entre les parents et l'enfant.

C'est pourquoi, l'une des questions de mon entretien portait sur le lien d'attachement entre les parents et le nouveau-né. Elle portait plus principalement sur les moyens mis en place par les puéricultrices pour favoriser la création de ce lien. Les résultats obtenus sont alors repris dans le tableau suivant :

Tableau 3 : L'attachement :

Noms		PDE 1	PDE 2	PDE 3	PDE 4
Thème					
	Sous-thèmes				
Création du lien d'attachement entre les parents et le nouveau-né	Mise en confiance des parents	« Je valorise aussi beaucoup la maman dans son rôle de parent. Quand elle fait un soin, une pesée, je souligne tous les points positifs pour qu'elle prenne confiance en elle et qu'elle voit qu'elle peut être une bonne mère. »	« On va proposer d'investir les parents au maximum dans les soins. »	« Je pense qu'il faut valoriser la maman »	« On essaye le plus possible de faire participer la maman dans les soins. Au début on lui montre et plus le temps passe, plus on la laisse s'en occuper toute seule. »
	Permettre l'autonomisation des parents dans le temps	« Personnellement je laisse le temps aux parents de se faire à l'idée de ce qu'il vient de leur arriver. »	« Savoir si tout est prêt à la maison pour accueillir bébé ou s'ils ont besoin d'un peu plus de temps en maternité pour prévoir tout ça. »	« Il faut aussi lui laisser le temps d'investir son bébé car ce n'est pas facile. », et « Dans la plupart des situations de déni comme ça, on propose une hospitalisation prolongée. », et « Ça permet de permettre une écoute de notre part un peu plus longue sur le temps. » ; et « Peut être juste j'aimerais	« Forcément ça prend parfois un peu plus de temps, mais on lui laisse justement ce temps pour qu'elle prenne sa place de maman. »

				<i>insister sur le temps... Il ne faut vraiment pas hésiter à prolonger les hospitalisations, même si les parents se sont fait à l'idée. Il leur faut quand même un peu plus de temps. »</i>	
	Favoriser les échanges physiques	<i>« Et puis, au fur et à mesure je propose de câliner le bébé, de le porter, de faire du peau à peau. », et « C'est grâce au contact physique que les parents et le bébé peuvent se découvrir mutuellement puis peuvent créer un lien d'attachement. »</i>	<i>« On propose peut-être un peu plus aux parents de faire du peau à peau. »</i>		<i>« Tu vois on peut aussi proposer l'allaitement maternel, même si ce n'est pas les 2 premiers jours le temps qu'elle s'y face. Le contact physique c'est un point pour créer ce lien d'attachement. »</i>
	Écoute attentive	<i>« Je les écoute beaucoup. »</i>		<i>« Ça permet une écoute de notre part un peu plus longue sur le temps. »</i>	

Ce tableau permet donc l'analyse des réponses sur le thème de l'attachement. Effectivement, 4 sous-thèmes sont revenus plusieurs fois lors de mes entretiens auprès des puéricultrices interrogées.

Le premier sous-thème qui a été cité par la totalité des puéricultrices concerne la mise en confiance des parents. En effet, chacune explique qu'il est important de valoriser et de rassurer les parents dans les gestes qu'ils réalisent au quotidien afin qu'ils prennent confiance en ce qu'ils font et en leur rôle de parents. Cette mise en confiance est permise par les soins quotidiens d'hygiène de confort et de bien-être pour le nouveau-né. Les puéricultrices expliquent d'ailleurs qu'il faut tout d'abord montrer les soins plusieurs fois et ensuite accompagner les parents en faisant avec eux, avant qu'ils osent se lancer seul dans ces tâches. C'est un processus qui prend du temps.

Par conséquent, le deuxième sous-thème qui est abordé par les professionnelles de santé est le facteur de temps. En d'autres termes, elles expliquent que l'autonomisation des parents prend du temps et qu'il faut être capable de leur en donner. Il faut en premier lieu que les parents prennent le temps de comprendre ce qu'il vient de leur arriver avant de pouvoir prendre le temps de découvrir leur nourrisson et de découvrir leur nouveau rôle face à cet enfant. La puéricultrice 3 explique d'ailleurs qu'il est possible d'allonger les hospitalisations afin que tout le monde ait le temps de trouver sa place et de préparer le retour à la maison.

D'après 3 des 4 puéricultrices, il est également nécessaire de favoriser les échanges physiques entre les parents et le nouveau-né. Elles expliquent que plusieurs moyens permettent cet échange physique tels que le peau à peau ou l'allaitement maternel. Et que c'est ces contacts physiques qui permettent la création du lien d'attachement entre parents et enfant.

Un dernier sous-thème est évoqué par 2 des 4 puéricultrices, c'est celui de l'écoute attentive. Elles expliquent chacune que cette écoute attentive permet aux parents de se sentir entendus et épaulés dans cette épreuve qu'ils traversent.

Pour conclure sur la thématique de l'attachement, on remarque alors que certains éléments retrouvés lors du cadre exploratoire ont d'abord été traités par le cadre théorique. En effet, dans les deux parties nous retrouvons abordés les sujets suivant : l'autonomisation des parents dans le temps qui est développé par Bowlby, mais également les échanges physiques qui sont décrit par Marinopoulos (2011) ainsi que l'écoute attentive qui est expliquée par Libert (2014). Un des éléments qui a été évoqué par les puéricultrices mais que je n'ai pas retrouvé dans le cadre exploratoire est la valorisation des parents et la mise en confiance face aux soins qu'ils réalisent auprès de leur enfant.

Lors de la dernière question de mon entretien, je permettais aux professionnels de parler d'un ou plusieurs éléments qu'elles pensaient important de souligner ou d'ajouter au sujet du déni de grossesse, et que je n'aurais peut-être pas abordé lors de notre discussion. Chacune a

alors apporté un ou des éléments qui leur tenait à cœur suite à ce sujet. J'ai repris ces éléments dans un tableau :

Tableau 4 : Thèmes important pour les puéricultrices :

Noms Thèmes	PDE 1	PDE 2	PDE 3	PDE 4
Accompagnement psychologique	« J'ai oublié de te parler de suivi psychologique de la maman. Évidemment c'est un côté qui est à ne surtout pas négliger dans ce genre de situation. »	/	/	/
Accouchement sous X	« Je me souviens également du premier que j'ai pris en charge en néonatalogie. La maman n'a pas voulu le garder et a demandé à ce que ce soit un accouchement sous X. C'était difficile à gérer mais heureusement, ça reste quand même rare que ça se termine comme ça. »	/	/	« Il n'y a eu qu'une seule fois où la maman ne pouvait vraiment pas s'occuper de son bébé car elle avait des problèmes sociaux, et elle a décidé de demander un accouchement sous X. »
Accompagnement du papa		« Et que même si on parle souvent de lien mère enfant, il faut tout autant faire attention au papa. Je trouve qu'on n'en parle pas assez quand on aborde ce sujet. C'est souvent à lui de tout préparer en urgence à la maison et du coup	/	/

		<i>c'est une cause de grand stress supplémentaire chez lui. Lui aussi a donc besoin d'être accompagné. »</i>		
Prendre le temps	/	/	<i>« Peut être juste j'aimerais insister sur le temps... Il ne faut vraiment pas hésiter à prolonger les hospitalisations, même si les parents se sont fait à l'idée. Il leur faut quand même un peu plus de temps. »</i>	/

Ce tableau permet donc de visualiser quels sont les thèmes abordés par les puéricultrices. On remarque alors que seule la puéricultrice 1 a ajouté deux thèmes alors que les trois autres en ont ajouté qu'un seul. Ces deux thèmes abordés par la première puéricultrice sont l'accompagnement psychologique de la maman suite à cet accouchement. En effet, elle explique ici que même si la puéricultrice est présente quotidiennement pour la maman, notre rôle du point de vue psychologique à ses limites et que parfois nous sommes démunies face aux besoins de ces mamans. Le deuxième thème dont elle parle est l'accouchement sous X. C'est son expérience professionnelle qui lui fait mettre en avant ce sujet. Par ailleurs, la puéricultrice 4 aborde également le sujet de l'accouchement sous X, qu'elle a également rencontré lors de son parcours professionnel.

En ce qui concerne la puéricultrice 2, elle préfère cibler sa dernière réponse sur le papa. En effet, elle explique qu'on parle souvent de l'accompagnement de la maman en situation de déni de grossesse et que le papa est trop souvent mis de côté. Elle précise d'ailleurs que beaucoup de choses comme par exemple la préparation de la maison et l'achat du matériel nécessaire reposent alors sur les épaules de celui-ci.

Quant à la puéricultrice 3, elle précise que pour elle, c'est vraiment le facteur du temps qui est important. Que dans ces situations complexes pour les parents, il faut vraiment laisser du temps aux parents entre eux pour qu'ils comprennent ce qu'il vient de se passer mais aussi prendre le temps avec eux pour leur expliquer la prise en soins de leur enfant.

Suite à la dernière question de mon entretien qui proposait aux puéricultrices d'insister sur un point ou d'en développer un que je n'avais pas abordé lors de notre discussion, certains éléments retrouvés lors du cadre exploratoire ont d'abord été traité par le cadre théorique. En effet, dans les deux parties nous retrouvons l'accompagnement psychologique de la maman suite à une situation de déni de grossesse qui a été développé par Marinopoulos (2011), mais on retrouve également l'accompagnement du papa qui a été abordé par l'une des puéricultrices mais aussi par Delcroix et al. (2013). Le sujet de la disponibilité et du temps a également été souligné par une des puéricultrices et qui avait été traité auparavant par Bowlby. Cependant, un des éléments dont je n'ai pas parlé dans le cadre exploratoire mais que j'ai croisé lors de mes lectures et qui a été retrouvé dans deux des entretiens des puéricultrices est l'accouchement sous X suite au déni de grossesse.

C. Validation ou invalidation de l'hypothèse

À l'issue de ce travail de recherche et d'investigation, nous pouvons valider l'hypothèse émise en début de recherche :

- *L'accompagnement de la puéricultrice favorise le lien d'attachement entre la mère et son nouveau-né dans un contexte de déni de grossesse.*

À l'issue de l'analyse des entretiens et de la comparaison avec le cadre théorique, cette hypothèse est validée. En effet, l'accompagnement par la puéricultrice facilite la création du lien d'attachement entre la mère et son nouveau-né et plus généralement entre les parents et leur nouveau-né. C'est alors grâce à l'accompagnement de la puéricultrice en terme d'éducation aux parents, de disponibilité, d'évaluation et d'accompagnement à la parentalité, que la création de l'attachement est possible. Mais également grâce aux moyens qu'elle utilise et les relais qu'elle met en place, ainsi que la mise en confiance des parents, l'autonomisation de ceux-ci dans le temps, la favorisation des échanges physiques entre les parents et le nouveau-né et l'écoute attentive de la puéricultrice que cet attachement est possible.

D. Réflexion professionnelle

L'écriture de ce projet professionnel m'a permis de répondre à la problématique : « **En quoi le rôle de la puéricultrice en service de maternité dans un contexte de déni de grossesse permet-il la construction de la relation mère/enfant ?** » et d'en apprendre davantage sur les méthodes d'accompagnement de la puéricultrice face à une situation de déni de grossesse ainsi que sur la mise en place du lien d'attachement entre les parents et leur nouveau-né dans ce contexte spécial de déni de grossesse.

Cela m'a également amené à une réflexion professionnelle sur ma pratique en tant que future puéricultrice. En effet, il me semble primordial de prendre en compte l'impact de mon attitude professionnelle ainsi que de ma posture professionnelle sur la qualité de l'accompagnement.

Au cours de l'écriture de ce projet professionnel, j'ai pu découvrir l'impact de l'accompagnement de la puéricultrice dans une situation particulière telle que le déni de grossesse. En effet, la puéricultrice est alors un point de repère pour les parents vivant cette situation. Son rôle est de les accompagner au quotidien dans l'apprentissage de la parentalité et de leur donner confiance en leur propre rôle de parents. Pour cela, la puéricultrice doit être dans une attitude professionnelle et être empathique, doit savoir écouter attentivement les demandes des parents et doit favoriser ce lien entre parents et enfant. La pratique de ces attitudes dans le milieu professionnel permet d'en apprendre davantage sur nos capacités à les développer dans nos soins et dans notre accompagnement quel que soit le service dans lequel nous travaillons. La puéricultrice doit alors être en mesure de s'adapter à chaque situation, à chaque parent, à leurs besoins et à leurs demandes. Elle doit donc aussi faire preuve d'adaptabilité.

Suite à ce travail, lors de ma future pratique professionnelle, j'aurai conscience de la place de l'accompagnement de la puéricultrice dans chaque situation, et ce, quel que soit le service dans lequel j'exercerai mon métier.

Conclusion

Ce projet professionnel m'a confirmé l'importance des capacités relationnelles de l'infirmière puéricultrice ainsi que de toute l'équipe gravitant autour des parents et de l'enfant dans une situation de déni de grossesse.

Mes recherches et mes divers entretiens avec les soignants m'ont permis de comprendre le déni de grossesse dans sa globalité mais aussi de constater les difficultés de création du lien d'attachement entre la mère et son enfant dans un contexte tel que celui-ci. Elles m'ont aussi permis de constater le rôle de l'infirmière puéricultrice dans cet accompagnement mais aussi dans l'organisation de celui-ci.

L'infirmière puéricultrice en service de maternité doit être en mesure de mobiliser ses compétences techniques, organisationnelles et relationnelles dans le but de permettre la création du lien d'attachement entre les parents et l'enfant. Elle doit aussi être en mesure de connaître tous les outils à sa disposition et être capable de les utiliser à bon escient afin d'accompagner au mieux les parents et l'enfant à la création du lien d'attachement qui les unit.

Piste d'ouverture

Suite à mes recherches et après analyse des réponses suite aux entretiens que j'ai réalisé auprès des professionnels de santé, je me suis interrogée sur la prise en charge d'une mère et de son nouveau-né lors de la décision d'un accouchement sous X. En effet, c'est un sujet que j'ai retrouvé lors de mes lectures mais également dans deux des quatre entretiens auprès des puéricultrices.

C'est un sujet que je n'ai pas choisis d'aborder lors de mon travail de fin d'étude car il n'était pour moi, pas en relation direct avec ma question de recherche. Cependant, lors de mes lectures et au cours de mes entretiens, c'est un sujet qui est revenu plusieurs fois.

Bibliographie

Ouvrages :

- BALE, Benoît. *Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique*. Toulouse : Érès, 2016. 256 p. ISBN : 978-2-7492-5010-6
- GUEDENEY, Nicole. *L'attachement, un lien vital*. Paris : Fabert, 2011. 64 p. ISBN : 978-2849221419
- GUERNALEC-LEVY, Gaëlle. *Je ne suis pas enceinte : Enquête sur le déni de grossesse*. Paris : Stock, 2007, 258 p. ISBN : 978-2-234-06018-0
- MAUVAIS, Pierre et al. *La parentalité accompagnée*. Toulouse : Érès, 2008, 142 p. ISBN : 978-2-7492-0929-6
- MARINOPOULOS, Sophie ; NISAND, Israël. *Elles accouchent et ne sont pas enceintes : Le déni de grossesse*. Paris : Les liens qui libèrent, 2011, p. 229. ISBN : 978-2-918597-28-5

Chapitres :

- BARBEY-MINTZ, Anne-Sophie ; DUGRAVIER, Romain. Origines et concepts de la théorie de l'attachement. Dans : *Enfances et psy (Théorie de l'attachement. De la dépendance à l'autonomie...)*. Toulouse : Érès, 2015, p. 14 à 22.
- LE CAMUS, Jean. Quelle place pour le père dans la théorie de l'attachement ? Dans : *L'attachement, de la théorie à la clinique*. PIERREHUMBERT, Blaise. Toulouse : Érès, 2007, p. 117 à 122. ISBN : 9782749226897
- LECANUET, Jean-Pierre. Miscellanés. Dans : *L'attachement, de la théorie à la clinique*. PIERREHUMBERT, Blaise. Toulouse : Érès, 2007, p. 95-103. ISBN : 9782749226897
- PIERREHUMBERT, Blaise et al. Théorie de l'attachement et parentalité. Dans : *Devenir père, devenir mère*. Dugnat, Michel. Toulouse : Érès, 2004, p. 35 à 51. ISBN : 9782865865949
- SEGUIN, Sarah et al. Dénis et négations de grossesse : une revue de la littérature. Dans *La psychiatrie de l'enfant*. Paris : Presses Universitaires de France, 2013, p. 267 à 292.
- ZAUCHE GAUDRON, Chantal. John Bowlby et Henri Wallon : des chevauchements possibles. Dans : *L'attachement, de la théorie à la clinique*. PIERREHUMBERT, Blaise. Toulouse : Érès, 2007, p. 83-88. ISBN : 9782749226897

Articles :

- BALE, Benoît et al. Dossier : Le déni de grossesse. *Vocation sage-femme*, mai 2016, vol 15, n°120, p. 9-25.
- CHAULET, Sophie et al. Le déni de grossesse : étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse. *Annales Médico-Psychologiques*, 2013, vol 171, n°10, p. 705-709.
- DANY, Lionel ; JANATI IDRISSE, Majda ; LIBERT, Michel. Représentations sociales du déni de grossesse chez les professionnels et futurs professionnels de maternité de la métropole lilloise. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2014, volume 62, n°4, p. 195-202.
- DELCROIX, Michel ; NAVARRO, Félix et al. Le déni de grossesse. *La revue de Santé scolaire et universitaire*, mai 2013, volume 4, n°21, p. 9-25.
- DIET, Anne-Lise. Le déni de grossesse. *Connexions*, 2018, n°109, p. 137-150.
- KUESSAN DELAVO, Solange. Le rôle de la puéricultrice en maternité, observer et accompagner. *Le cahier de la puéricultrice*, mai 2009, n°227, p. 13-14.
- NONOTTE, Anne-Claire. Le déni de grossesse. 2016

Articles électroniques :

- Dossier parentalité et droits de l'enfant, Coordination des ONG pour les Droits de l'Enfant. Juin 2011. Disponible sur : https://www.lacode.be/IMG/pdf/Analyse_parentalite_1-definition.pdf [consulté le 13 décembre 2019]
- KOUCHNER, Bernard. Décret no 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). Fait à Paris, le 09/10/1998. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000207560&dateTexte=&categorieLien=id> [consulté le 09 novembre 2019]
- PIERRONNE, Colette et al. *Le déni de grossesse : à propos de 56 cas observés en maternité.* Disponible sur : https://documentation.ch-mazurelle.fr/index.php?lvl=notice_display&id=38670 [consulté le 30 septembre 2019]

- Société Française de Néonatalogie. Disponible sur : <http://www.societe-francaise-neonatalogie.fr/2016/07/04/carte-des-maternites-type-i-ii-iii/> [consulté le 12 septembre 2019]

Documents audiovisuels :

- La maison des maternelles. *Tout savoir sur le déni de grossesse*. 23 Mars 2017. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=2INeIuz1n0Q> [consulté le 22 Septembre 2019]
- La maison des maternelles. *J'ai fait un déni de grossesse*. 13 avril 2018. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=r3Sf-C9deO0> [consulté le 22 Septembre 2019]
- La maison des maternelles. *J'ai fait un déni de grossesse...* 16 mars 2019. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=7dedekZO100> [consulté le 22 Septembre 2019]
- DELACROIX Olivier. *Le déni de grossesse*. Émission radio sur Europe 1. 24 octobre 2018. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=VXMy-k_YoQk [consulté le 22 Septembre 2019]
- Ça commence aujourd'hui. *Mères du jour au lendemain !* 10 décembre 2018. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=00cBUorvlBI&feature=youtu.be> [consulté le 22 Septembre 2019]
- Je t'aime etc... *Déni de grossesse : comment se remettre ?* 3 septembre 2018. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=bHmdN_hwap8 [consulté le 22 Septembre 2019]
- Mille et une vies. *Déni de grossesse : comment ne pas s'en apercevoir ?* 16 janvier 2017. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=Oj12ZVfw6Fs> [consulté le 22 Septembre 2019]
- Mamans ! *Le déni de grossesse*. 15 mars 2013. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=g4MipCF_UHg [consulté le 22 Septembre 2019]

Annexes

Annexe I : Retranscription de l'entretien avec la puéricultrice 1 :

Moi : Alors, pour commencer, quel est votre parcours professionnel et depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?

PDE 1 : Je suis diplômée infirmière depuis 2009. J'ai d'abord travaillé en tant qu'infirmière dans un service de néonatalogie en 2010, et ensuite je suis partie en école de puéricultrices en 2012. De 2012 à février 2020 j'ai fait que de la néonatalogie, et depuis 2 mois et demi maintenant je travaille en maternité.

Moi : D'accord. Avez-vous déjà participé à une conférence sur le déni de grossesse ?

PDE 1 : Non je n'ai jamais participé à ce genre de conférence, mais oui ça serait intéressant. La semaine dernière nous avons eu ici un cas de déni de grossesse mais les parents avaient pour projet d'avoir un enfant l'année prochaine. Donc ils étaient déjà dans cette démarche d'avoir un enfant, ça s'est donc très bien passé mais c'est vrai que parfois, dans des cas plus compliqués, c'est difficile de savoir comment faire pour ne pas brusquer la maman.

Moi : Oui je vois. Et combien de situation de déni de grossesse avez-vous rencontré lors de votre parcours professionnel ?

PDE 1 : Oui donc justement j'en ai déjà vécu un en maternité récemment, et deux en néonatalogie.

Moi : D'accord. Quelle est pour vous la définition en général de l'accompagnement de la maman et du nourrisson par la puéricultrice en service de maternité ?

PDE 1 : La puéricultrice en service de maternité, elle doit accompagner dans la parentalité, elle veille au lien parents enfant et elle apprend également à faire tous les soins à faire au bébé. Elle apprend les parents à découvrir leur bébé en fait.

Moi : Très Bien. Et dans une situation de déni de grossesse ?

PDE 1 : Dans une situation de déni de grossesse, c'est tout ça, mais plus encore ! En fait, tout ce qui est réalisé par la puéricultrice est fait en prenant souvent plus de temps et on est beaucoup plus présente. En plus de tout ça, on évalue le lien mère enfant en permanence avec une feuille de suivi. En fait, la maman n'a pas eu le temps de se préparer à tout ça donc le lien a plus de mal à se mettre en route.

Moi : D'accord. Justement, quels sont les moyens dont vous disposez ou que vous utilisez pour mettre en place cet accompagnement dans une situation de déni de grossesse ?

PDE 1 : Déjà on fait une expertise ici, avec les pédiatres, les sages-femmes... Après on met aussi en route une feuille de suivi du lien mère-enfant. On évalue si la maman est à l'aise dans les soins, si elle parle à son bébé etc... Et le papa aussi, je te dis la maman mais on est très attentif aussi au lien avec le papa.

Moi : Et en terme de relais, que faites-vous et comment le faites-vous ? (Appels, rendez-vous...)

PDE 1 : Alors, en terme de relais on a la PMI, le PRADO (les sage-femme) qui passent au domicile. En fait en temps normal, on prévient la PMI en fonction du secteur d'habitation des parents, la puéricultrice passe directement dans le service et elle prévient ensuite une assistante sociale qui elle aussi passe directement ici. Ça c'est le protocole. Mais là, avec le confinement, les nouvelles règles tout ça, la PMI et l'assistante sociale ne passe plus dans le service. Donc c'est à nous de faxer tous les documents, de les appeler et de prévoir des rendez-vous pour le retour au domicile. C'est un peu plus compliqué je trouve, mais on n'a pas le choix.

Moi : Oui, je comprends. Et vous, comment faites-vous pour permettre la création du lien d'attachement entre la mère et son nourrisson dans un contexte de déni de grossesse ?

PDE 1 : Personnellement je laisse le temps aux parents de se faire à l'idée de ce qu'il vient de leur arriver. Je les écoute beaucoup. Et puis, au fur et à mesure je propose de câliner le bébé, de le porter, de faire du peau à peau. C'est quelque chose que l'on propose toujours en maternité, mais dans cette situation je le fais un peu plus. C'est grâce au contact physique que

les parents et le bébé peuvent se découvrir mutuellement puis peuvent créer un lien d'attachement.

Je valorise aussi beaucoup la maman dans son rôle de parent. Quand elle fait un soin, une pesée, je souligne tous les points positifs pour qu'elle prenne confiance en elle et qu'elle voit qu'elle peut être une bonne mère.

Moi : Très bien. Une dernière question pour conclure. Pouvez-vous me donner un ou deux points que nous n'aurions pas abordés dans ce sujet et que vous trouvez important de citer ?

PDE 1 : Oui, j'ai oublié de te parler de suivi psychologique de la maman. Évidemment c'est un côté qui est à ne surtout pas négliger dans ce genre de situation. Donc dans ces cas-là, on fait passer une infirmière psy, ça permet à la maman de verbaliser sur son déni de grossesse. Évidemment elle nous en parle à nous puéricultrice, mais on n'a pas forcément toutes les réponses qu'une infirmière psy pourrait lui apporter.

Par contre, je te disais tout à l'heure que le dernier déni de grossesse que j'avais pris en charge ici c'était très bien passé, mais je me souviens également du premier que j'ai pris en charge en néonatalogie. La maman n'a pas voulu le garder et a demandé à ce que se soit un accouchement sous X. C'était difficile à gérer mais heureusement, ça reste quand même rare que ça se termine comme ça. En général, tout se passe bien, on prend un peu plus de temps avec les parents et le bébé mais quand ils sortent d'ici, c'est qu'ils sont prêts et ils sont bien suivis à l'extérieur grâce à ce qu'on a mis en place.

Moi : D'accord. Je vous remercie pour le temps que vous avez pris pour répondre à mes questions.