

Table des matières

1. Introduction	7
2. Questions et problématique	8
2.1 Origine de notre question de recherche	8
2.2 Intérêt pour le système socio-sanitaire	9
2.3 Concepts centraux	9
2.3.1 Déni de grossesse	10
2.3.2 Lien d'attachement.....	11
2.3.3 Postpartum.....	12
2.3.4 Parentalité.....	12
2.3.5 Concept de la transition.....	13
3. Méthodologie	15
3.1 Bases de données	15
3.1.1 Mots clés/Keywords	15
3.1.2 Recherches dans les bases de données.....	16
3.1.3 Cross-referencing.....	16
3.2 Autres sources	17
3.3 Résultat des recherches	17
4. Processus de sélection des articles	17
4.1 Critères d'inclusion et d'exclusion : tableau	18
4.2 Grille de lecture : grille d'analyse pour les articles	18
4.3 Articles retenus	18
5. Analyse des articles	19
5.1 Bell, L., Paul, D., & St-Cyr Tribble, D. (2004, Juillet). « Établissement du lien mère-enfant et père-enfant à la période périnatale » <i>Perspective Infirmière</i>, pp. 12-22.	19
5.2 Ferrarello, D., Hatfield, L. (2014, Janvier), “Barriers to skin-to-skin care during the postpartum stay”. <i>Lippincott Williams & Wilkins, Vol. 39, N°1</i>, pp. 56-61.	20
5.3 Beier, K.M., Wille, R., Wessel, J., (2005, Novembre), “Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction : a proposal for international classification systems” <i>Journal of Psychosomatic Research</i>, N°62, pp. 723.730	21
5.4 Nunes, M.I., Do Espírito Santo, M.I., Da Costa, A.C., Forte, A.O., (2009, Mars), “Nursing intervention for the promotion of mother-baby interactions”. <i>Revista Referência</i>. Vol. 2, N°9, pp. 15-26	22

5.5	Wessel, J., Gauruder-Burmester, A., Geringer, C., (2006, Décembre), “Denial of pregnancy – Characteristics of women at risk.” <i>Acta Obstetricia et Gynecologica</i> , pp. 542-546.	23
5.6	Susan, H. F., Amy, H., & Miram, R., (2007, Mars), “Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy”. <i>The Academy of Psychosomatic Medicine</i> , pp. 117-122.	24
5.7	Johansson, K., Aarts, C., & Darj, E., (2009, Octobre), “First-time parent’s experiences of home-based postnatal care in Sweden”. <i>Uppsala Journal Of Medical Sciences</i> , pp. 131-137.....	25
5.8	Endrikat, J., Wessel, J., Buscher, U., (2002, Mai), “Frequency of denial of pregnancy : results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin”. <i>Acta Obstetricia et Gynecologia Scandinavica</i> , pp. 1021-1027.....	26
6.	Comparaison des résultats	28
7.	Discussion et perspectives	38
7.1	Les différentes perspectives	38
7.1.1	Formations spécialisées pour renforcer les connaissances des soignants en postpartum.	38
7.1.2	Rôle infirmier pour promouvoir les liens d’attachement parents-enfants et enjeux dans un contexte de déni de grossesse	39
7.1.3	Stigmatisation du déni de grossesse et caractéristiques des femmes à risque..	41
7.1.4	Importance de l’interdisciplinarité dans la prise en soins des femmes ayant souffert d’un déni de grossesse.....	42
7.1.5	Rôle infirmier dans l’accompagnement des parents dans leur transition dans leur nouveau système familial	43
7.1.6	Enjeu du retour à domicile après un séjour en postpartum.....	44
7.2	Recommandations pour la pratique	45
7.3	Perspective de recherche.....	46
7.4	Les limites de la revue de littérature	47
8.	Conclusion.....	47
9.	Liste de références	50
10.	Bibliographie	52
11.	Annexe	I
11.1	Annexe 1 : grille de lecture des articles	I

1. Introduction

Le plus parfait des miracles s'est installé en elle et grandira pour les 40¹ prochaines semaines à venir. Pour la plupart des femmes, la grossesse est considérée comme une période de réjouissance, de préparation à la venue d'un nouvel enfant, de projection dans le futur avec l'annonce aux proches, aux choix d'un prénom, aux multiples échographies. Dès la découverte de la grossesse, un lien d'attachement commence alors à s'établir entre les parents et le fœtus. Cependant, pour certaines femmes, cette période est courte, précipitée voire inexistante. La venue de l'enfant peut alors être vécue comme un événement traumatisant, sans qu'aucun lien d'attachement n'ait pu être préalablement tissé entre les parents et l'enfant. Le déni de grossesse est un sujet tabou, qui engendre de nombreux préjugés de par son aspect irréel et surtout inexplicable. Ces stigmatisations sont particulièrement présentes dans notre société et peuvent également être portées par des professionnels de la santé. C'est alors que survient un manque de connaissances et de professionnalisme qui peut considérablement influencer les prises en soins. Le déni de grossesse est un phénomène qui demande une prise en soins rigoureuse et à long terme. Le moyen le plus efficace de nuire à ces stigmatisations est alors de faire connaître et reconnaître ce phénomène au grand jour.

La venue au monde d'un nouvel enfant représente pour chaque famille², quelles que soient les conditions dans lesquelles la grossesse et l'accouchement se sont déroulés, une importante transition dans un nouveau système familial. Ces familles sont alors accompagnées dans cet événement par des équipes soignantes dont le but est de faciliter et d'harmoniser cet important changement. Lors de déni de grossesse, cet accompagnement doit être rigoureux et systématique, au vu des nombreux enjeux qu'il représente. Nous avons donc pris la décision de diriger notre revue de littérature à l'aide de la théorie intermédiaire de la transition de A. Meleis.

Les infirmières³ ont un rôle primordial quant à l'organisation d'un retour à domicile d'une famille ayant été touchée par le déni de grossesse, de par leur rôle d'intermédiaire entre plusieurs systèmes culturels incluant la culture institutionnelle, médicale et celle du patient et de ses proches (Nadot, 2005). Comme évoqué brièvement ci-dessus, le lien d'attachement peut devenir problématique dans le contexte d'un déni de grossesse. L'infirmière, en collaboration avec la sage-femme, est alors au plus près de la patiente et a les compétences requises pour favoriser la relation entre les parents et leur nouveau-né. Après avoir brièvement décrit le contexte de notre revue de littérature, nous exposons le déroulement de cette dernière. Premièrement nous présentons, dans la problématique, notre question de recherche au regard de nos nombreuses réflexions. Deuxièmement, nous définissons cinq concepts centraux se reliant au déni de grossesse. Troisièmement, à la suite de l'analyse de huit articles scientifiques, nous exposons les principaux résultats et plusieurs recommandations pour la pratique, favorisant une prise en soins de qualité. Ensuite, nous exposons des propositions d'interventions infirmières à mettre en place dans but d'optimiser l'accompagnement des familles lors de leur retour à domicile à la suite d'un déni de grossesse. Pour rédiger ces pistes d'intervention, nous nous référons à des recherches scientifiques. Finalement, nous avons fait le choix d'inclure au maximum le père dans la prise en soins.

¹ Nous écrivons tous les nombres de un à neuf en lettre.

² Tout au long de notre travail, nous entendons par le terme « famille » le couple et le nouveau-né

³ Bien entendu, ce qui se lit au féminin, se lit également au masculin

2. Questions et problématique

“Quelles sont les interventions postnatales spécifiques à envisager pour optimiser l’accompagnement des familles touchées par le déni de grossesse afin de favoriser le lien d’attachement parent-enfant et de les préparer à vivre leur retour à domicile de manière sécuritaire ?”

2.1 Origine de notre question de recherche

Lorsque nous avons dû choisir le thème de notre travail de Bachelor, il nous est paru évident de développer un sujet dans le domaine de la maternité. En effet, en commençant l’année préparatoire nous avons toutes les deux le souhait de devenir sage-femme. Toutefois, en arrivant au terme de notre formation d’infirmière, nous réalisons que nous nous sommes pleinement épanouies dans ce rôle et n’avons dès lors plus ce projet d’avenir. Durant ces quatre années de formation, nous avons eu de nombreuses opportunités à travailler en binôme et après plusieurs travaux menés ensemble, nous avons réalisé que nous abordions la même méthode de travail et de recherche. Il était dès lors évident de nous unir dans la création d’un tel dossier.

Nous travaillons également toutes les deux dans les soins à domicile et c’est la raison pour laquelle il nous tient à cœur d’envisager une prise en soins d’une famille, dans ce contexte. En dehors de nos études en soins infirmiers, nous travaillons au sein des Centres Médicaux Sociaux (CMS) de notre région d’habitation. Nous côtoyons particulièrement des personnes âgées et percevons l’impact et les bénéfices des soins à domicile dans leur quotidien. Il est enrichissant pour nous d’analyser un autre domaine en termes de soins à domicile, celui du suivis postpartum qui comprend, selon nous, une importante phase d’adaptation pour la famille.

Dans le cadre de nos expériences professionnelles, nous n’avons malheureusement pas pu effectuer de stage dans un service de maternité. Cependant, l’une d’entre nous a pu se familiariser avec le domaine de la pédiatrie lors de son stage final, ce qui a pu apporter différentes pistes de réflexion sur les dynamiques familiales et les liens d’attachement problématiques. En outre, lors de nos différents stages au bloc opératoire et en salle de réveil, nous avons eu l’opportunité d’être présentes lors de césariennes et d’accouchements par voie basse, ce qui nous a permis d’observer le premier contact entre les parents et l’enfant.

Il est important de relever que l’une d’entre nous a été confrontée de près, lors d’une expérience familiale, à un lien d’attachement problématique dès la naissance, dans un contexte d’une grossesse compliquée. Après cette expérience, de nombreux questionnements autour de l’impact du lien d’attachement ont émergé. Selon N. Guédeney (2012), un lien d’attachement inefficace entre les parents et l’enfant peut avoir un effet dévastateur sur la dynamique familiale et le développement psychomoteur de l’enfant.

Le déni de grossesse est un sujet peu exposé. Il est vrai que, dans la littérature, c’est un sujet encore tabou pour lequel les professionnels de la santé ont des avis divergents et parfois de nombreux préjugés. Au début de notre réflexion, il était indispensable pour nous d’en comprendre les enjeux. Le principal enjeu relevé au début de nos recherches porte sur l’établissement d’un lien d’attachement favorable en cas de déni de grossesse. En effet, dans ce contexte, le lien d’attachement entre les parents et l’enfant sera d’autant plus difficile

à établir car les premiers liens avec le fœtus se font lors des premiers mois de la grossesse dès que les parents prennent conscience qu'ils attendent un enfant. (Ott & Schmit, 2010).

Nous nous sommes alors questionnées sur l'importance d'établir des interventions ciblées dans le but de favoriser le lien d'attachement et d'aider les parents à effectuer la transition dans leur nouveau rôle de façon optimale. Suite à ce questionnement, nous avons donc songé sous quel procédé nous pouvions prévoir, avec la collaboration interprofessionnelle, un retour à domicile sécuritaire.

Ce travail vise à développer un projet de soins à long terme au vu d'un retour à domicile suite à une hospitalisation dans un service de maternité. Pour proposer différentes interventions à intégrer dans le projet de soins, nous nous référons au rôle autonome de l'infirmière qui prend alors tout son sens dans un tel projet. C'est un travail de collaboration interprofessionnelle avec les sages-femmes ainsi que d'autres intervenants qui permet une prise en soins de qualité.

2.2 Intérêt pour le système socio-sanitaire

Au niveau du contexte socio-sanitaire, un lien d'attachement problématique suite à un déni de grossesse peut avoir d'énormes répercussions sur la dynamique de la famille, sur le développement psychomoteur de l'enfant, ainsi que de nombreuses conséquences psychologiques pour les membres de la famille et des retentissements sur tout le contexte de vie (Bell, Goulet, Tribble & Paul, 2004). Tschannen, Mira, Giacomini et Palmieri (2013) affirment que le déni de grossesse est une problématique qui touche environ une grossesse sur 500. C'est une problématique non négligeable qui comprend un risque de santé majeur pour la mère et l'enfant [traduction libre] (Friedman, Heneghan & Rosenthal, 2007 p.121). Si le déni de grossesse était référencé et clairement défini, les soignants pourraient s'appuyer sur les mêmes bases théoriques, ce qui permettrait de spécifier un canevas pour ces prises en soins complexes [traduction libre] (Beier, Wille, Wessel, 2006 p. 729). Les prises en soins de ces grossesses doivent impérativement être adaptées, cependant de nombreuses stigmatisations présentent dans notre société et portées par certains soignants peuvent entraver ces dernières.

Selon Nunes, Do Espírito Santo, Da Costa & Forte (2009), il existe de nombreux bénéfices à une formation spécialisée au postpartum, dans le but d'être expert dans les interactions parents/enfants, ainsi que dans les complications envisageables durant la période postnatale. [Traduction libre] (p.24).

2.3 Concepts centraux

Cette question de recherche touche différentes thématiques bien distinctes nécessitant un éclaircissement de l'enjeu d'un retour à domicile d'une famille touchée par un déni de grossesse. Pour qu'un retour à domicile puisse être effectué de manière optimale, plusieurs éléments doivent être mis en corrélation. Tout d'abord, il est primordial qu'un lien d'attachement efficace soit établi entre les parents et l'enfant, lorsqu'on connaît les impacts néfastes sur la santé et la dynamique familiale, si celui-ci est défavorable. Ensuite, les interventions infirmières doivent être adaptées au concept de la transition. En effet, le couple va vivre un important changement de rôle, celui d'homme/femme à père/mère et un chamboulement important dans l'organisation du système familial. (Bell, & al., 2004).

Dans le but de préciser les enjeux de cette recherche, nous allons développer ci-dessous différents concepts centraux qui nous ont permis d'élargir notre regard sur les différents domaines que touche notre revue de littérature.

2.3.1 Dénier de grossesse

Nous tenons à donner la définition du mot « déni » selon le Larousse Médical (2006) : « Refus inconscient de reconnaître une réalité extérieure traumatisante. D'une manière générale, le terme déni est utilisé pour signifier le refus de la réalité, d'une maladie ou d'un handicap. La dénégation est la mise en acte du déni. »

Nous pensons qu'il est primordial de définir ce qu'est la notion de déni de grossesse. Nous avons trouvé une définition de qualité selon Dayan et Bernard (2013), « la notion de "déni" avancé par Freud pour la première fois en 1924, se réfère au processus de négation par le très jeune enfant de la différence des sexes. Mécanisme de défense contre l'angoisse, il est décrit comme un événement normal du développement. La dénégation n'est pas en soi synonyme de trouble mental, mais au contraire, un mécanisme de fonctionnement très commun. Il prévaut dans les grossesses inconscientes. La perception a eu lieu mais n'a pas abouti à une représentation consciente, qui est refoulée. L'utilisation d'un mécanisme de défense, quel qu'il soit, même à l'excès, ne signe pas une configuration pathologique [...] Pour grand nombre de femmes, ce mécanisme a été efficace, dans le sens où il leur a permis de mener une grossesse dans des conditions défavorables sans s'en rendre compte, les protégeant de l'angoisse (interdits moraux, dépendance psychologique ou sociale à un milieu ressenti comme hostile, conflits internes, antécédents de grossesse compliquée, etc.)" (p. 497).

Le phénomène de déni de grossesse est alors désigné lorsque la mère porte un enfant sans présenter les signes et symptômes d'une grossesse, car l'enfant n'est ni pensé, ni parlé, ni désiré. Le fœtus se comporte lui-même comme inexistant. Il se développe le long de la colonne vertébrale et se cache entre les organes de la mère. Ensuite, nous trouvons important de donner une définition précise des différents dénis de grossesse. En effet, le déni de grossesse peut être soit partiel, soit total. Le déni est dit partiel lorsque la mère prend conscience de sa grossesse après vingt semaines, soit environ cinq mois de gestation. Le déni est alors dit total lorsque la mère prend conscience de sa grossesse au moment de l'accouchement. Il est important de préciser qu'un certain temps de déni est présent chez toutes les femmes enceintes, même si cette grossesse est désirée. Le déni prend fin lorsque le bébé est parlé, ce qui permet au fœtus de pouvoir se développer normalement (Alby, Quaderi et Védie, 2014). Finalement, selon Grangaud, « Par convention, le déni de grossesse désigne la non-reconnaissance d'une grossesse au-delà du premier trimestre de grossesse et peut se prolonger jusqu'à l'accouchement" (2002, cité dans Alby & al., 2014, p. 383).

Le phénomène qui semble aux yeux de certaines personnes inexplicable est le fait que, lorsque la parturiente prend conscience de sa grossesse, son ventre va alors s'arrondir en quelques heures. En effet, les différents mécanismes de la grossesse normale vont se mettre en place et en très peu de temps, l'enfant va alors prendre sa place physiologique normale, l'utérus peut enfin basculer vers l'avant et les différents signes physiques de la grossesse apparaissent Tschannen, & al. (2013). Selon Nisand (2013), « s'il y a quelque chose qui est contrôlé par le psychisme sans que vous le vouliez, c'est votre silhouette, les muscles grands droits sont tellement puissants qu'ils peuvent empêcher l'utérus de basculer vers l'avant et l'utérus n'a plus qu'une solution, c'est de se développer vers le haut. Il refoule

les anses grêles, il refoule le diaphragme, il donne moins de place aux poumons mais l'utérus est là avec le même volume, simplement il n'est pas visible de l'extérieur. »

2.3.2 Lien d'attachement

Tout d'abord, il est intéressant de clarifier le terme d'attachement. Selon Larousse (2006), le terme général d'attachement est défini par : "sentiment d'affection, de sympathie ou vif intérêt qui lie fortement à quelqu'un". En effet, le lien d'attachement indispensable à un développement favorable de l'enfant se caractérise par une recherche constante d'un maintien de proximité et d'une réponse dans les échanges verbaux et non verbaux. Le plaisir et la réciprocité dans l'interaction servent de base à l'évolution de la relation vers un lien d'attachement durable. (Bell, Goulet, St-Cyr Tribble, Paul & Pomeno, 1996).

Il est important, au vu de notre thématique, de préciser que le lien d'attachement se crée dès la connaissance de la grossesse, c'est ce qu'on appelle le « lien in-utéro ». Selon V. Hausey-Leplat (communication personnelle [Présentation PowerPoint], 05 novembre 2014), ce lien est favorisé par trois modes de communication. Tout d'abord, la communication physiologique qui se caractérise par le contact de la mère avec son bébé en parlant par exemple à son ventre. Ensuite, la communication comportementale qui inclut le comportement de protection de la mère avec son bébé. Finalement, la communication sympathique qui comprend toutes les émotions ressenties par la mère en attendant son bébé.

Selon Bowlby (1986, cité dans la Présentation PowerPoint de V. Hausey-Leplat, 2014), L'attachement est dit sûr, lorsqu'il est favorisé par un parent disponible, sensible aux signaux de son enfant et qui réagit avec amour quand celui-ci cherche protection, réconfort et assistance. Il est important de préciser que le nouveau-né a des comportements innés dits d'attachement. Ces derniers sont extrêmement bien décrits dans la conférence qu'a menée Madame Nicole Guédeney sur le thème du lien d'attachement. Elle exprime notamment que le bébé va mettre en place des réactions instinctives en cas de détresse, dans le but de rétablir la proximité avec la figure d'attachement. Ces comportements se traduisent par des pleurs, des cris, de l'agitation, ou, plus tard, se dirige vers la figure d'attachement. En guise de précision, la figure d'attachement est l'être qui assure la sécurité de l'enfant et en qui il a totalement confiance. Celle-ci est la personne qui élève le bébé, qui répond le mieux à ses alertes d'attachement donc dans la plupart des cas c'est la mère. Le bébé effectue une hiérarchisation des figures d'attachement. Par exemple en cas de détresse lors de la présence du père et de la mère, le bébé va se diriger vers la mère. Or, si le bébé est en présence d'un inconnu et de son père, il va se diriger vers son père.

Il est important de relever qu'en cas de signaux d'alarme exprimés par le bébé, la figure d'attachement puisse réagir afin de rétablir un sentiment de sécurité et de confort, en se rapprochant de l'enfant, en le rassurant, en lui parlant. La figure d'attachement va montrer au bébé qu'elle comprend son émotion. Le phénomène du caregiving se traduit par la capacité des parents à percevoir les besoins du bébé avec son langage verbal et non verbal, y répondre rapidement et adéquatement, accepter les besoins d'attachement, aider l'enfant à réguler ses émotions et enfin respecter son rythme. Tous les parents ne peuvent percevoir un signal de détresse. Certains parents ne peuvent pas y répondre de manière sensible car, à titre d'exemple, le stress affecte notre propre système d'attachement ce qui amène au risque que le caregiving ne puisse pas être fonctionnel. Quand l'attachement n'est pas répondu de manière adéquate, le nouveau-né doit s'adapter en mettant en place des

stratégies afin de répondre seul à ses besoins. Ces stratégies vont être néfastes pour le développement psychomoteur de l'enfant.

Finalement il est important de définir la différence entre attachement et affection. L'attachement fait partie du concept de l'affection. Cependant, une personne peut avoir énormément d'amour pour quelqu'un sans parvenir à le protéger. Il est alors possible d'aimer l'enfant sans répondre à ses besoins d'attachement. (Guédenev, 2012).

2.3.3 Postpartum

Il est essentiel maintenant, de définir clairement la notion de postpartum. La période de postpartum est significative pour la mère, le nouveau-né et la famille pour deux raisons : Premièrement, c'est une période d'adaptation physiologique tant pour le nouveau-né que pour la mère ; deuxièmement, c'est une période d'ajustement social et émotionnel qui est importante pour la parturiente et son enfant. [Traduction libre] (Raby, Dowse & Bennet, 2008, p. 198).

Selon Dumphy (2014) : La période de postpartum se situe entre la naissance et le retour des organes reproducteurs à l'état normal. L'auteur explique également que le postpartum peut être défini comme la période débutant dès deux heures après l'accouchement jusqu'à l'année de récupération. La récupération postpartum est marquée par des processus complexes aux niveaux physiologiques et immunologiques. Cette année est également jalonnée par des interactions entre les facteurs biologiques, psychosociaux et comportementaux. Cette période peut être divisée en trois parties. La première partie comporte la phase aiguë, qui comprend la période de 6 à 12 heures après la délivrance. La deuxième partie comprend la phase subaiguë qui se situe de deux à six semaines après la délivrance. Pour finir, la troisième partie qui est la phase retardée comprend les six mois qui suivent l'accouchement. Il est important de relever le fait que le postpartum est une période durant laquelle une transition entre le statut de couple à parent doit se faire. Lorsqu'une femme prend conscience de sa grossesse, elle a plusieurs mois pour se préparer à vivre cette transition de façon favorable [Traduction libre] (p. 780). En revanche, dans le cas d'un déni de grossesse, cette phase de transition n'a pas pu être préparée. Le rôle infirmier va alors prendre tout son sens car les soignantes vont devoir permettre à la famille d'accepter et de mieux comprendre l'important changement dans le système familial. Pour que le rôle infirmier puisse être mis en place de façon efficace, il est primordial de valider les différentes stratégies de prise de décisions effectuées par le couple et instaurer des interventions spécifiques à la situation et à leurs besoins tout en tenant compte du fait qu'aucune famille ne va vivre cette transition de la même manière.

2.3.4 Parentalité

Nous estimons à présent important de définir le concept de la parentalité. Ce concept est relativement récent et ne bénéficie à ce jour d'aucune définition reconnue dans les dictionnaires de la langue française. Cependant, une définition intéressante de ce terme a été donnée par Huy-Waremme (2004), «l'ensemble des savoir-être et savoir-faire qui se déclinent au fil des situations quotidiennes en paroles, actes, partages, émotions et plaisirs, en reconnaissance de l'enfant, mais également, en autorité, exigence, cohérence et continuité ». Nous retenons particulièrement cette définition car elle illustre parfaitement les enjeux qui résultent du fait d'être parent. Selon Lamboy (2009), de nombreuses personnes estiment que la parentalité "serait une des principales problématiques auxquelles sont confrontées les sociétés actuelles, le rôle le plus important auquel doivent faire face de

nombreuses personnes sans le moindre soutien ni la moindre préparation.” Cet article met également en avant les conséquences des problèmes de parentalité qui pourraient être la source de nombreuses difficultés sociales et sanitaires. Dans cette citation, la notion de préparation à la parentalité est très importante dans le cadre de notre sujet de recherche. En effet, les parturientes qui ont souffert d'un déni de grossesse n'ont eu qu'une faible, voire même aucune préparation à l'arrivée de leur nouvel enfant. Elles n'auront pas bénéficié de soins prénatals et n'auront pas pu anticiper leur entrée dans la parentalité ou dans la modification du système de cette dernière pour les femmes multipares.

La parentalité touche particulièrement le thème de la transition, de par le fait de passer du rôle d'adulte, de mari, de femme, au rôle de père/mère ce qui engendre alors un changement important dans le système familial initial. La théorie de la transition sera d'avantage explorée dans le chapitre suivant. Selon Bell, et al., (2004), la parentalité est une tâche développementale majeure de l'âge adulte. Elle représente et engendre de nombreuses adaptations dans le système familial telles que le partage des rôles, des tâches et des responsabilités et l'établissement d'une bonne relation parent-enfant qui peut représenter l'enjeu majeur de ce concept. Dans un contexte de déni de grossesse, la parentalité devient alors plus complexe. La famille doit faire face à un événement inattendu pour lequel elle va devoir restructurer le système familial et s'adapter à la venue d'un nouvel enfant. Comme expliqué au-dessus, le fait d'être parent engendre de nombreux états émotionnels dans lesquels la famille va devoir évoluer. Selon de nombreux témoignages utilisés pour une recherche scientifique, l'émotion la plus présente dans le cas d'un déni de grossesse sera la culpabilité due au fait de ne pas avoir pu prendre les précautions habituelles d'une mère enceinte durant ses mois de grossesse. Le rôle infirmier est alors d'accompagner cette famille dans leurs émotions et leur nouveau système de parentalité. [Traduction libre]. (Wessel, Gauruder-Burmester & Gerlinger, 2007, p. 545).

2.3.5 Concept de la transition

Afin d'éclaircir notre question de recherche, nous avons pris la décision de développer comme dernier concept, la théorie intermédiaire de la transition selon Afaf Ibrahim Meleis. Nous pensons que cette théorie permet de mieux comprendre et surtout de mieux prendre en soin ces couples qui passent du rôle d'homme et femme à celui de père et mère. Selon Supplee, il est essentiel de faire reconnaître aux parents que la transition de la maternité après la naissance englobe la santé, le développement et des situations de transitions qui se produisent simultanément et successivement tout au long de l'année de récupération après l'accouchement. La transition à la maternité est un événement de développement de la vie majeur. Devenir parent implique de passer d'une réalité actuelle et connue à une nouvelle réalité inconnue. [Traduction libre] (2014, p.780).

Selon Meleis (2000), une transition est définie comme un passage d'une étape de vie, d'une condition à une autre, d'un statut à un autre pendant lequel des changements dans la santé, les rôles, les attentes ou les habiletés créent une période de vulnérabilité. La transition concerne le processus et le résultat des interactions complexes entre la personne et l'environnement. Elle peut impliquer plus d'une personne et s'inscrit dans un contexte et une situation. L'achèvement de la transition implique que la personne a atteint une période de plus grande stabilité. L'auteur a établi différents concepts centraux de cette théorie intermédiaire afin d'avoir une vision globale de la transition que vit le patient dans le but de lui offrir la meilleure prise en soin, de la manière la plus adaptée. Elle a réparti ces concepts centraux en plusieurs catégories : le type de transition, le modèle, les propriétés, les

conditions de transition (facilitantes et entravantes), les indicateurs de processus, les indicateurs de résultats et enfin, les interventions infirmières. [Traduction libre] (p.420)

Selon C. Cohen (communication personnelle [Présentation PowerPoint], 16 janvier 2014), Meleis partage ces différents concepts en catégories bien distinctes. Ainsi dans la nature de la transition, nous pouvons retrouver quatre critères qui regroupent le concept du type de la transition: les événements liés au développement, l'aspect situationnel, l'expérience de santé/maladie et pour finir, l'aspect organisationnel. Les transitions peuvent être multiples et complexes du fait que beaucoup de patients vivent plusieurs transitions à la fois. C'est la raison pour laquelle, une transition peut être séquentielle ou simultanée. Pour terminer avec la dernière catégorie se trouvant dans la nature des transitions, nous développons les propriétés de l'expérience du patient concernant ses transitions afin de pouvoir comprendre son vécu. Nous retrouvons alors, la prise de conscience, le niveau d'engagement, le changement et la différence, l'espace dans le temps et enfin, les points critiques et les événements.

Ensuite, Meleis définit ce que sont les conditions de transition, soit les conditions facilitantes ou entravantes. Dans cette catégorie, il faut impérativement prendre en compte trois aspects. Premièrement, les conditions personnelles du patient dans lesquelles sont regroupées le sens donné à l'évènement par la personne, ses croyances et ses attitudes culturelles, son statut socioéconomique et puis son niveau de préparation ainsi que ses connaissances. Deuxièmement, nous retrouvons les conditions communautaires qui sont représentées par le soutien et la communication accordés par l'entourage et les professionnels de la santé. Et troisièmement, les conditions sociétales sont constituées des valeurs et les croyances véhiculées par la société.

L'auteur met en avant des modèles de réponses sous forme d'indicateurs de processus et de résultats. Ces derniers permettent d'estimer l'évolution positive ou négative de la santé de la personne et l'augmentation possible des risques et de la vulnérabilité. Les indicateurs de processus regroupent le sentiment d'être en lien, la qualité des interactions, la situation dans le temps et l'espace et enfin, le développement de la confiance et du "coping" (touchant la confiance en ses capacités à faire face à une transition). Concernant les indicateurs de résultats, ils contiennent la maîtrise des compétences et des comportements dont la personne a besoin pour faire face à la transition afin de retrouver son équilibre ainsi que le renouvellement de l'identité en intégrant l'expérience vécue.

Selon Meleis, les soins infirmiers s'intéressent aux processus et aux expériences de l'être humain subissant des transitions et dont la santé et le bien-être perçus sont le résultat ou l'effet attendu. L'auteur propose des interventions infirmières qu'elle différencie en trois catégories. Tout d'abord l'évaluation du niveau de préparation du patient, ce qui nous permet d'évaluer des objectifs à moyen ou long terme. Ensuite, la préparation du patient à cette transition en utilisant par exemple l'éducation afin que le patient soit dans de bonnes circonstances pour vivre sa transition. Finalement, l'évaluation du rôle de soutien et de suppléance, qui sont nécessaires pour combler les manques du patient durant cette transition.

3. Méthodologie

Ce chapitre expose la méthode de travail que nous avons utilisée afin de rechercher et sélectionner des articles scientifiques portant sur notre question de recherche. Nous allons rendre visible notre stratégie de recherche par mots clés ainsi que des résultats trouvés grâce à ces derniers. Nous incluons les différentes bases de données utilisées, le nombre d'articles trouvés et retenus ainsi que les autres sources intéressantes pour réaliser ce travail.

3.1 Bases de données

Afin de sélectionner des articles pertinents pour notre travail de Bachelor, nous avons procédé à une recherche rigoureuse dans les bases de données suivantes : CINAHL, Medline. Ces bases de données sont des ressources électroniques qui regroupent différentes recherches infirmières, médicales, etc. Lorsque nous ne parvenions pas à obtenir le texte intégral d'un article dans ces deux dernières bases de données, nous avons parfois recours au moteur de recherche Google Scholar. Le choix de l'utilisation de ces deux bases de données s'est fait grâce au module Recherche (REC) proposé par l'école lors de notre deuxième année de formation. Ce module nous a permis de nous familiariser avec ces ressources électroniques afin de pouvoir les utiliser à bon escient pour cette revue de littérature. Finalement, nous nous sommes également référées aux cours E-Learning du module REC pour effectuer nos recherches de façon rigoureuse.

3.1.1 Mots clés/Keywords

Pour effectuer la liste de nos différents mots-clés, nous avons sélectionné les différents thèmes touchant aux champs lexicaux de notre question de recherche. Les principaux articles étant en anglais, nous avons fait la traduction de ces différents mots-clés grâce au traducteur HonSelect qui permet également d'avoir les thésaurus de PubMed. Par la suite, nous avons également cherché les descripteurs sur CINAHL qui a permis de les orienter vers les mots appropriés utilisés sur la base de données. Ci-dessous, le tableau présentant les différents mots-clés:

Tableau 1

Mots-clés français	Mots-clés (thésaurus et descripteurs)
Déni	Denial (psychology)
Grossesse	Pregnancy, pregnancy complication, postpartum period
Rôle infirmier	Nursing care, nursing process, nursing interventions, mother-child nursing, postnatal care.
Relation	Mother-infant relation, parents-infants relations, prenatal bonding, attachment behaviours, parent-infant attachment.
Retour domicile à	Home health care, nursing home patients, nursing home personnel, home nursing

3.1.2 Recherches dans les bases de données

Dans cette section, nous présentons sous forme de tableau, le nombre d'articles que nous avons trouvés sur les bases de données pour notre revue de littérature. Ceci permet d'avoir une vision globale de nos recherches afin de visualiser le nombre d'articles que nous avons lus ainsi que ceux que nous avons retenus.

Mots-clés	Résultats de recherche	Nombre d'articles lus	Nombre d'articles retenus	Date de la dernière recherche
PubMed/Medline				
Denial (psychology) AND Pregnancy	117	6	4	01 mai 2016
Nursing Care AND Postpartum Period	294	5	1	01 mai 2016
Nursing care AND Postnatal Care AND Home Nursing	7	3	1	01 mai 2016
Nursing Care AND Mother-Child Relations	45	1	0	01 mai 2016
CINAHL				
Denial (psychology) AND Pregnancy	42	2	0	01 mai 2016
Nursing Care AND Postnatal Period	11	1	1	01 mai 2016
Home Nursing AND Postnatal Care	3	1	0	01 mai 2016
Mother-Child Relations AND Postnatal Care	38	1	0	01 mai 2016
Totaux	557	17	7	

3.1.3 Cross-referencing

Nous avons retenu sept articles provenant de ces deux bases de données. Cependant, nous en avons analysé huit pour effectuer notre travail. Le dernier article provient de la base de données Google Scholar car nous avons retrouvé cette étude dans une référence bibliographique d'un autre article. En effet, les références bibliographiques des différentes études nous ont aidées à élargir nos recherches.

3.2 Autres sources

Pour élargir nos connaissances et notre réflexion, nous avons utilisé d'autres documents, tels que certains contenus dans le site internet « afrdg.info », ainsi que les cours donnés par la directrice de notre travail de Bachelor, Madame Véronique Hausey-Leplat, lors du module Sciences Humaines 2.1 ainsi que ses propres références, dont une conférence portant sur le lien d'attachement mère-enfant, de Madame Guédeney. Nous avons également trouvé différentes revues littéraires sur les bases de données qui nous ont permis de développer nos connaissances sur les enjeux du déni de grossesse, utilisées pour notre analyse.

Certains articles ont été trouvés dans les références d'autres articles scientifiques et par le biais du même auteur, ainsi que des propositions faite par PubMed sur des articles similaires à celui sélectionné. Lorsque nous faisons des recherches d'articles en fonction du nom de l'auteur, nous l'inscrivions dans CINAHL et ainsi, nous avons réussi à trouver différents articles sur notre sujet qui n'apparaissaient pas forcément avec nos combinaisons de mots-clés.

3.3 Résultat des recherches

Nous avons obtenu un total de 20 articles scientifiques que nous avons lus afin de pouvoir sélectionner nos huit articles finaux.

Il existe peu d'articles scientifiques sur le sujet du déni de grossesse. Cela est principalement dû au fait que ce fut pendant longtemps un sujet tabou. Nous devons de ce fait rester dans un champ de recherche suffisamment large mais précis pour avoir des articles.

Nous avons essayé de prendre des articles rédigés par au moins un auteur infirmier ayant un doctorat (phD). Cependant, certains articles jugés suffisamment pertinents pour répondre à notre question de recherche ont été écrits par des sages-femmes, médecins ou psychologues.

Nous avons eu quelques difficultés à trouver des articles concernant le retour à domicile d'une parturiente ayant souffert d'un déni de grossesse. Aucun de nos articles scientifiques ne parlait à proprement dit du retour à domicile, mais exposait les enjeux et les risques d'un déni de grossesse, ce qui nous permettait tout de même d'analyser ces risques et de prévoir un retour à domicile optimal. Nous avons retenu un article scientifique qui propose des interventions de sages-femmes à domicile pour des parents rentrés précocement à la maison. Même s'ils ne font pas référence au déni de grossesse, nous nous sommes chargées de faire le lien.

4. Processus de sélection des articles

Dans ce chapitre, nous allons développer la manière, dont nous avons sélectionné nos huit articles scientifiques analysés pour notre travail. Comme nous l'avons dit, nous sommes arrivées à un total de 20 articles sélectionnés sur les bases de recherche. Nous allons donc présenter nos critères d'inclusion et d'exclusion qui nous ont permis d'élaborer un choix parmi ces différents articles. Ensuite, nous allons expliquer comment nous avons construit notre grille d'analyse en nous basant sur diverses sources.

4.1 Critères d'inclusion et d'exclusion : tableau

Dans le tableau ci-dessous, nous présentons les différents critères d'inclusion et d'exclusion que nous avons utilisés afin de sélectionner nos articles retenus pour notre revue de littérature.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Articles évoquant le déni de grossesse, le lien d'attachement ou le retour à domicile.	Article n'évoquant pas les thèmes de notre question de recherche ou traitant le néonaticide.
Les principes éthiques sont clairement définis.	Aucun principe éthique n'est formellement explicité.
La culture est proche de la nôtre.	Article touchant une ethnique spécifique ou un autre contexte de soins.
Les articles sont parus les 15 dernières années.	Les articles ont plus de 15 ans.
L'étude explore le rôle infirmier ou de la sage-femme.	L'étude touche le rôle médical uniquement ou psychiatrique.
Les auteurs travaillent dans le domaine de la santé ou au mieux ont un doctorat.	Les auteurs ne sont pas issus d'une formation dans la santé.
Rigueur scientifique dans la méthodologie.	Méthodologie pauvre.

4.2 Grille de lecture : grille d'analyse pour les articles

Nous avons fait le choix de créer notre propre grille d'analyse pour notre travail de Bachelor.⁴ Pour cela, nous nous sommes référées aux grilles d'analyse qui nous ont été présentées dans le module Recherche 2.1 durant notre deuxième année de formation. Ensuite nous nous sommes aidées de l'ouvrage *Méthode de recherche en sciences infirmières : Approche quantitatives et qualitatives* (Fortin, 2010). Afin de créer cette grille d'analyse, nous avons pris en compte la qualité de la méthodologie adoptée par les auteurs, la stratégie de recherche pour concocter un échantillonnage, la manière dont les résultats sont présentés et l'implication de ces derniers dans la pratique.

Lorsque nous avons terminé d'élaborer cette grille, nous avons analysé nos huit articles retenus pour notre revue de littérature et cela nous a également permis de valider ces derniers pour leur fiabilité et crédibilité.

4.3 Articles retenus

Ci-dessous, la liste des huit articles que nous avons retenus :

1. Bell, L., Paul, D., & St-Cyr Tribble, D. (2004, Juillet). « Établissement du lien mère-enfant et père-enfant à la période périnatale » *Perspective Infirmière*, pp. 12-22.

⁴ Cette grille d'analyse se trouve en annexe en page I

2. Ferrarello, D., Hatfield, L. (2014, Janvier), "Barriers to skin-to-skin care during the postpartum stay". *Lippincott Williams & Wilkins*, Vol. 39, N°1, pp. 56-61.
3. Beier, K.M., Wille, R., Wessel, J., (2005, Novembre), "Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction : a proposal for international classification systems" *Journal of Psychosomatic Research*, N°62, pp. 723-730.
4. Nunes, M.I., Do Espírito Santo, M.I., Da Costa, A.C., Forte, A.O., (2009, Mars), "Nursing intervention for the promotion of mother-baby interactions". *Revista Referência*. Vol. 2, N°9, pp. 15-26.
5. Wessel, J., Gauruder-Burmester, A., Geringer, C., (2006, Décembre), "Denial of pregnancy – Characteristics of women at risk." *Acta Obstetrica et Gynecologica*, pp. 542-546.
6. Susan, H. F., Amy, H., & Miram, R., (2007, Mars), "Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy". *The Academy of Psychosomatic Medicine*, pp. 117-122.
7. Johansson, K., Aarts, C., & Darj, E., (2009, Octobre), "First-time parent's experiences of home-based postnatal care in Sweden". *Upsala Journal Of Medical Sciences*, pp. 131-137
8. Endrikat, J., Wessel, J., Buscher, U., (2002, Mai), "Frequency of denial of pregnancy : results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin". *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, pp. 1021-1027.

5. Analyse des articles

Nous allons analyser de façon détaillée les articles sélectionnés, afin de justifier la raison pour laquelle nous les avons retenus. Nous allons analyser leur contenu en lien avec notre question de recherche et ressortir l'importance par rapport à la clinique. Les retombées sur la pratique seront présentées ultérieurement lors de la comparaison des résultats.

5.1 Bell, L., Paul, D., & St-Cyr Tribble, D. (2004, Juillet). « Établissement du lien mère-enfant et père-enfant à la période périnatale » *Perspective Infirmière*, pp. 12-22.

Notre premier article sélectionné s'intitule « Établissement du lien mère-enfant et père-enfant à la période périnatale » qui est paru dans la revue « perspective infirmière » du mois juillet/août 2004. Il a été écrit par L. Bell, C. Goulet, D. St-Cyr Tribble et D. Paul. Les auteurs sont toutes quatre infirmières et ont toutes un doctorat en sciences infirmières. Elles ont par la suite effectué une thèse qui leur a permis d'atteindre le titre de professeur.

Cet article est une étude qualitative longitudinale qui analyse le modèle d'établissement du lien parents-enfants à la période périnatale. Il nous a paru important de considérer cet article car il met en avant le fait qu'un lien d'attachement de qualité est étroitement lié au développement psychomoteur favorable de l'enfant, ce qui est en lien avec notre question de recherche car il fait ressortir l'importance du rôle infirmier lors du postpartum. Dans un contexte de déni de grossesse, le lien d'attachement est un enjeu important. Comme évoqué précédemment, dans les cas de déni total, les femmes n'ont pas pu commencer la

conception de ce lien pendant leur grossesse. Les infirmières doivent donc être vigilantes à l'élaboration de ce lien en service de postpartum en réalisant des interventions adaptées.

L'article respecte parfaitement les critères qui permettent d'assurer l'authenticité des résultats. La fiabilité et la crédibilité sont respectées, car la méthodologie de recueil de données est congruente avec le type d'étude longitudinale, puisque cette étude a porté sur les quatre mois suivants l'accouchement. Pour faire ressortir les données récoltées autour du lien d'attachement parent-enfants, il était primordial que l'étude soit de type longitudinal pour décrire une progression dans le temps. En effet, les auteurs ont utilisé le principe de la théorisation ancrée. Elles décrivent précisément les critères de choix pour l'échantillonnage.

Les entretiens qu'ont menés les auteurs se sont faits au moment clé de l'établissement du lien d'attachement parents-enfants qui sont : Une semaine après l'accouchement, six semaines après l'accouchement puis quatre mois après l'accouchement. Pour tirer profit de ces moments clés, les auteurs se sont basés sur les écrits de Stainton (1989), Bornstein (2002) et Parke (2002).

Il est également important de relever que cette étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche sur l'humain de la Faculté de médecine et du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbooke.

5.2 Ferrarello, D., Hatfield, L. (2014, Janvier), "Barriers to skin-to-skin care during the postpartum stay". *Lippincott Williams & Wilkins, Vol. 39, N°1, pp. 56-61.*

Notre deuxième article sélectionné s'intitule « Barriers to skin-to-skin care during the postpartum stay ». Il est paru dans la revue «The American Journal of Maternal/Child Nursing » volume 39 janvier/février 2014. Les auteurs sont deux directrices de l'hôpital de Pennsylvanie : Debi Ferrarello (Directrice de l'éducation et de la famille), Linda Hatfield (directrice de la recherche et de la pratique fondée sur des preuves et assistante à l'université de Pennsylvanie).

Cet article est une étude qualitative mixte qui étudie la perception des infirmières et des mères sur la pratique du peau à peau⁵ et ses barrières lors du séjour en postpartum. Il nous est paru important de retenir cet article car il met en avant les bienfaits du peau à peau sur les relations mère-enfant à long terme. Il nous indique des pistes d'interventions à mettre en place, dans le but de favoriser ce moment privilégié en mettant en avant les barrières à cette pratique. Dans notre contexte, cette intervention permet de favoriser l'élaboration du lien d'attachement entre les parents et le nouveau-né. Cette pratique peut être maintenue à domicile grâce à du matériel adapté. Ces interventions nous sont parues pertinentes à utiliser dans les cas de déni de grossesse. Elles permettent aux parents d'avoir un contact physique avec leur nouveau-né, ce qui favorise des instants privilégiés.

Les infirmières étaient sélectionnées en raison de leur travail dans une unité de postpartum dans un hôpital de la région du Mid-Atlantic aux Etats-Unis. Les mères étaient sélectionnées pour avoir accouché durant les 30 derniers jours dans ces mêmes établissements. Les auteurs ont utilisé deux outils de récolte de données pour évaluer les attitudes, les barrières et les croyances sur la pratique du peau à peau. Des groupes de paroles ont été formés en séparant les infirmières et les mères. Premièrement, des questionnaires différents ont été

⁵ La pratique du peau à peau consiste à placer le nouveau-né né sur la poitrine nue de la mère ou du père.

distribués pour ces deux groupes. Deuxièmement, des questionnaires généraux ont été distribués aux infirmières et aux mères. Dans la première partie, ils demandaient aux répondantes de décrire leurs croyances concernant les bienfaits et l'importance du peau à peau durant leur séjour en postpartum en utilisant une échelle qui évaluait le degré d'accord avec le critère du questionnaire. La deuxième partie concernait les barrières du peau à peau. Elles devaient répondre par oui ou par non si ces différents facteurs étaient une barrière à cette pratique : les visites de la chambre, le sentiment de fatigue, le fait d'avoir conscience de l'importance de cette pratique, la pudeur de la mère, des inconvénients. La dernière partie demandait aux femmes de lister les trois principales barrières à la pratique du peau à peau. Finalement, la question de limiter des visites pour laisser un temps de repos a été évoquée durant les discussions entre groupes.

La méthodologie de la recherche était parfaitement définie et correspondait avec le type de l'étude. Cette étude qualitative a été approuvée par le comité d'éthique Institutional Review Board, et a reçu le prix de la meilleure recherche de l'année selon le « Maternal Child Nursing ». De plus, tous les questionnaires ont été remplis de façon totalement volontaire.

5.3 Beier, K.M., Wille, R., Wessel, J., (2005, Novembre), "Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction : a proposal for international classification systems" *Journal of Psychosomatic Research*, N°62, pp. 723.730.

Cet article scientifique s'intitule : « Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction : a proposal for international classification systems » qui est paru dans la revue « Journal of Psychosomatic Research » en 2006. Les auteurs sont K.M. Beier, directeur de l'institut de sexologie et de médecine sexuelle à Berlin, R. Wille, médecin spécialisé dans les troubles de la sexualité ainsi que J.Wessel, gynécologue et sexologue à Berlin.

Cette étude prospective qualitative se base sur deux anciennes études. La première recherche est une étude quantitative étudiant le taux de déni de grossesse sur une durée d'une année dans la région de Berlin. La deuxième étude utilisée par les auteurs porte sur l'analyse de 98 cas d'infanticides suite à un déni de grossesse ou une dissimulation. Suite aux résultats obtenus de ces deux études, les auteurs les ont répertoriés dans un tableau comparatif, et ont ressorti les caractéristiques des femmes souffrant d'un déni de grossesse ou ayant dissimulé une grossesse. Le but de cette étude est d'effectuer une proposition afin d'intégrer le déni de grossesse dans le système de classification international tels que le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual) ou CIM 10 (Classification Internationale des Maladies). Grâce à ce tableau comparatif, les auteurs ont pu faire une proposition de classification du déni de grossesse dans le DSM IV et CIM 10.

Cet article met en avant un enjeu important du déni de grossesse : la méconnaissance des professionnels de la santé et les fausses croyances sur ce sujet. Le fait d'inclure le déni de grossesse dans un document tel que le DSM IV permettrait aux professionnels de la santé d'avoir une référence commune sur ce phénomène. Cela amènerait à une diminution des différents stéréotypes du déni de grossesse et améliorerait la prise en soins de ces parturientes qui ont souffert de ce trouble. Ces femmes seraient d'avantages reconnues et bénéficieraient d'interventions pluridisciplinaires adaptées.

Les limites de cet article sont le fait qu'il n'ait pas reçu l'approbation d'un comité d'éthique. Cependant, les auteurs ont été financés par la Fondation de Recherche Scientifique Allemande. De plus, cette étude n'utilise pas ses propres échantillonnages mais elle reprend

les résultats de deux anciennes études. Cette recherche est analysée sous un regard psychologique car il a paru dans une revue traitant des thèmes psychiatriques.

Nous sommes conscientes, qu'un des deux articles utilisés dans l'élaboration de cette recherche, évoque les infanticides suite à un déni de grossesse. Ce point figure effectivement dans nos critères d'exclusions. Cependant, cette recherche nous paraît tout à fait pertinente et extrêmement importante pour diminuer les stigmatisations autour du déni de grossesse et permettre aux soignants d'avoir une base théorique commune sur ce sujet.

5.4 Nunes, M.I., Do Espírito Santo, M.I., Da Costa, A.C., Forte, A.O., (2009, Mars), "Nursing intervention for the promotion of mother-baby interactions". *Revista Referência*. Vol. 2, N°9, pp. 15-26.

Cette étude scientifique s'intitule « Nursing intervention for the promotion of mother-baby interactions » et a été écrite par M.I. Nunes, M.I. Do Espírito Santo, A.C. D Costa et A.P Forte. Les trois premières auteurs sont infirmières spécialisées en santé de la femme et la dernière a un doctorat en psychologie et est professeur auxiliaire dans une école de soins infirmiers à Coimbra. Cette recherche a été publiée en 2009 dans le journal portugais « Revista Referência ».

C'est une étude descriptive utilisant une méthodologie mixte de nature qualitative et quantitative. Le but de cette recherche est d'identifier l'importance attribuée par les infirmières à la promotion de l'interaction mère-bébé ainsi que les interventions à mettre en place pour favoriser cette dernière. Afin d'effectuer cette étude, les auteurs ont choisi 15 infirmières travaillant dans un service de postpartum dans une maternité ayant comme moyenne d'âge 37,5 ans et 19,8 ans d'expériences professionnelles.

Dans un premier temps, chacune des infirmières a répondu à un questionnaire comprenant quatre questions ouvertes concernant l'importance attribuée à l'interaction mère-bébé et la performance dans la promotion de l'interaction. Dans un deuxième temps, les infirmières ont été observées individuellement par deux experts qui ont rempli une grille, lorsqu'elles donnaient et/ou accompagnaient le bain à un bébé avec les parents, ceci à trois reprises et avec des nouveau-nés différents. Cela a amené à 45 observations effectuées par 15 infirmières à trois reprises. Ces observations ont à chaque fois eu lieu dans les mêmes conditions, comme par exemple dans la même pièce, à la même heure, dans la même ambiance. Les auteurs ont pris soin de toujours effectuer les observations dans les mêmes conditions ce qui amène à avoir des situations identiques pour chacune d'entre elles et permettait d'éliminer le plus de distractions avec l'extérieur. Le bain a été choisi comme acte à observer, car c'est, selon des auteurs non cités, le moment le plus propice à la promotion de l'interaction mère-bébé.

Les résultats de cette étude démontrent que le fait d'informer et de superviser les mères durant la période postpartum permet de favoriser l'interaction mère-bébé. L'infirmière doit savoir que le processus d'interaction est renforcé à travers l'utilisation de réponses sensorielles entre la mère et le bébé. Il lui est donc demandé de faire une évaluation de l'intérêt et de la capacité de la mère à identifier et à donner des réponses aux messages visuels, tactiles, auditifs et verbaux émis par l'enfant. L'infirmière doit favoriser la promotion de la communication entre la mère et son bébé avec la communication verbale en motivant la mère à parler avec son bébé et la communication non verbale en la motivant à un comportement tactile, comme le peau à peau.

Nous avons ressorti de cet article que l'interaction entre la mère et le bébé durant les premiers jours de sa vie est un processus de connaissance primordiale du nouveau-né. C'est lors de ces contacts avec son enfant que la mère tente de le connaître et de le comparer avec le bébé qu'elle a imaginé ou espéré durant sa grossesse. Nous pouvons faire le lien avec notre thématique et affirmer qu'il va être difficile pour une parturiente ayant accouché suite à un déni de grossesse de pouvoir comparer son enfant à ce qu'elle a imaginé puisque psychologiquement elle n'a pas pu faire ce chemin.

Selon Figueiredo (200) : « le processus de l'interaction mère-bébé peut être influencé par divers facteurs liés tant à la mère qu'au bébé. Certaines caractéristiques individuelles de la mère, l'âge, la parité et l'expérience vécue avec l'enfant, les circonstances de l'accouchement, l'allaitement, le vécu émotionnel, la relation conjugale, l'activité professionnelle, etc. peuvent interférer dans le comportement que la mère aura avec son bébé » (p.24). Nous portons un regard particulièrement attentif sur cette citation, car dans les caractéristiques individuelles nous pouvons faire un lien étroit avec les femmes ayant vécu un déni de grossesse. Dans ces cas, l'infirmière a la responsabilité de signaler et de développer une éducation thérapeutique entre la mère et le bébé afin que l'interaction se fasse de manière optimale et puisse ainsi contribuer à un développement psychomoteur favorable du bébé. De ce fait, l'augmentation de la satisfaction de la mère dans son rôle parental pourrait être relevée.

Les interventions au niveau de l'information et de la supervision sont, d'après les auteurs, considérées comme fondamentales dans l'éducation thérapeutique à développer avec la mère afin d'assurer une transition dans le nouveau rôle de parent.

L'étude a été soumise et approuvée par une commission d'éthique et juridique.

5.5 Wessel, J., Gauruder-Burmester, A., Geringer, C., (2006, Décembre), "Denial of pregnancy – Characteristics of women at risk." *Acta Obstetricia et Gynecologica*, pp. 542-546.

Cet article s'intitule « Denial of pregnancy – Characteristics of women at risk », et est paru dans le journal « Acta Obstetricia et Gynecologia » en 2007. Il a été écrit par J. Wessel, A. Gauruder-Burmester et C. Geringer. Les deux premiers auteurs sont des médecins spécialistes en gynécologie et obstétrique et le troisième est un statisticien, ce qui valorise les résultats de cette étude. Le but de cette étude est d'investiguer sur d'éventuelles caractéristiques maternelles pouvant être identifiées chez les femmes à risque de déni de grossesse afin de créer un outil de diagnostic.

Cet article nous paraît pertinent du fait que l'étude ait été faite en Allemagne, ce qui nous permet de pouvoir nous baser sur ces résultats et de les comparer à la Suisse, en raison des nombreux points communs qu'ont les sociétés et leurs systèmes de santé. De plus, cette étude est mentionnée dans d'autres d'articles que nous avons analysés. Il nous semble important de préciser que les auteurs ont comparé leurs résultats avec une étude scientifique faite sur 11 ans à Wales par un autre auteur et que les résultats coïncident.

Les auteurs de cette étude se basent sur une recherche scientifique élaborée à Berlin sur une période d'une année, plus précisément de juillet 1995 à juin 1996, qui a également été menée par J. Wessel. Ils ont comparé ces résultats avec un groupe de contrôle afin d'évaluer l'importance du déni de grossesse ainsi que les caractéristiques des femmes qui le vivent. Le fait que les auteurs se soient basés sur un groupe de contrôle, dont les résultats

sont issus du registre des naissances de Berlin, permet de nous prouver la fiabilité de cette étude.

L'échantillon des femmes ayant vécu un déni de grossesse a été sélectionné en fonction de critères d'inclusion et d'exclusion que les auteurs ont précisé. Les femmes étaient incluses lorsqu'elles n'avaient pas conscience de leur grossesse avant 20 semaines de gestation. Cependant les dissimulations de grossesse ainsi que les femmes n'ayant pas eu recours aux soins prénatals pour des raisons financières, des problèmes de langue ou culturels ont été exclues de cette étude. L'échantillon hétérogène était donc constitué de 65 femmes ayant entre 15 et 44 ans et ayant des parcours de vie tout à fait différents.

Suite à cette recherche scientifique, les auteurs espéraient fournir un outil de diagnostic précoce du déni de grossesse. Malheureusement, ils ont constaté que les facteurs à risque d'un déni ne pouvaient pas être identifiés statistiquement.

Cette étude n'a pas été approuvée par un comité d'éthique mais elle a été financée par la fondation de recherche scientifique allemande sous forme d'une subvention d'habilitation. De plus, les auteurs ont demandé le consentement des femmes qui participaient à cette étude et les ont informées du but de celle-ci afin qu'elles puissent faire un choix éclairé. Avec ces informations, nous estimons que les auteurs ont respecté les critères éthiques. En effet, selon les principes éthiques de l'Association Suisse des Infirmières et Infirmiers « la participation à une recherche doit être volontaire. Ce principe se réfère au droit aux informations nécessaires pour une décision prise sans contrainte, au droit de refuser de participer et au droit de se retirer à tout moment de la recherche » (2008, p. 6).

5.6 Susan, H. F., Amy, H., & Miram, R., (2007, Mars), "Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy". *The Academy of Psychosomatic Medicine*, pp. 117-122.

Concernant le 6^{ème} article, nous avons retenu l'article de Susan H. F, Amy H. & Miram R., «Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy ». Il a paru en 2007 dans la revue médicale « The Academy of Psychosomatic Medicine ». Les trois auteurs ont obtenu un doctorat en médecine.

Cet article est une étude rétrospective qualitative qui a pour but de décrire et comparer les caractéristiques des femmes dissimulant leur grossesse et des femmes victimes de déni de grossesse. Les auteurs ont également vérifié les hypothèses émises dans d'autres articles telles que le fait que ces deux phénomènes touchent particulièrement les jeunes femmes primipares vivant chez leurs parents et n'ayant qu'un bas niveau d'études. Cet article nous apporte énormément d'informations sur la perception des professionnels de la santé par rapport à ces deux phénomènes mais il précise également les caractéristiques des femmes souffrant de ces deux problématiques. Les auteurs proposent également diverses pistes d'interventions pour aider ces femmes à accomplir avec succès leur rôle de mère, ce qui est très précieux dans notre cas pour répondre à notre question de recherche. Cette étude possède un haut degré de fiabilité de par son approbation par le comité d'éthique et de la façon dont sont annoncés, de manière très précise, les critères de sélection de participation à cette étude. Les auteurs portent également un regard très critique sur leur méthodologie, ce qui renforce la crédibilité de l'article. De plus, cette recherche a été présentée à la journée annuelle de l'association américaine de psychiatrie, à Toronto, au Canada, en mai 2006.

Les auteurs comparent leurs résultats avec d'autres études effectuées auparavant sur ce même sujet. Elles n'arrivent étrangement pas aux mêmes conclusions que certains articles, comme par exemple un article français dans lequel était stipulé que les femmes ayant souffert d'un déni de grossesse étaient principalement de jeunes primipares. Nous devons rester critiques sur le résultat de cette étude française et formuler l'hypothèse que les résultats dépendent de l'échantillonnage et du but de l'article. Les limites de l'article sont le fait que l'échantillonnage se fait uniquement sur les femmes hospitalisées dans une seule maternité. Or, les auteurs relèvent, à juste titre, que les résultats ne seront pas extrêmement précis au vu du nombre de femmes touchées par un déni de grossesse ou par une dissimulation de grossesse qui ne viendra jamais consulter, même après leur accouchement. Le nombre de déni et de dissimulation de grossesse est probablement supérieur aux résultats trouvés.

Cette recherche a utilisé la méthode qualitative, rétrospective. Les dossiers médicaux des femmes qui ont souffert d'un déni ou qui ont dissimulé leur grossesse ont été examinés pour déterminer la cause de cet événement. Toutes les données tant qualitatives que quantitatives ont été analysées par des experts. Ils ont analysé plusieurs facteurs médicaux et sociodémographiques : antécédents d'autres accouchement/fausses couches/avortement, soutien social, antécédents d'abus, antécédents de consommation de substances addictives, antécédents de problèmes psychiatriques ou de retard mental, endroit de l'accouchement, les raisons de leur arrivée à l'hôpital, le moment où la femme s'est rendue compte de sa grossesse, utilisation de contraceptif, les raisons du manque de soins prénatals, le placement d'enfant (pour l'adoption). Les données ont été analysées au moyen de différents tests pour trouver des associations entre elles, puis classées dans des tableaux comparatifs.

5.7 Johansson, K., Aarts, C., & Darj, E., (2009, Octobre), "First-time parent's experiences of home-based postnatal care in Sweden". *Uppsala Journal Of Medical Sciences*, pp. 131-137

Pour notre 7ème article, nous avons décidé de retenir l'étude écrite par Katarina Johansson, sage-femme à domicile, du Département mère-enfant à l'université d'Uppsala, Clara Aarts du Département de la santé publique et des sciences des soins à l'université d'Uppsala & Elisabeth Darj du Département mère-enfant à l'université d'Uppsala, qui s'intitule « First-time parent's experiences of home-based postnatal care in Sweden ».

Cet article est une étude qualitative exploratrice, qui a pour but d'acquérir une meilleure compréhension du vécu des familles sur leurs premières expériences en tant que parents, à leur sortie précoce de la maternité après l'accouchement et de leur suivi en soins postnatals à domicile par le Groupe de Sages-Femmes à Domicile d'Uppsala. Cette étude a été menée entre avril et septembre 2005, dans le service de maternité de l'hôpital Universitaire d'Uppsala. Il nous a paru important de prendre en considération cet article car il répond à la thématique du retour à domicile, présente dans notre question de recherche. Cet article n'est pas spécifique aux femmes ayant souffert d'un déni de grossesse. Cependant, il nous donne des pistes d'intervention en matière de suivis lors d'un retour à domicile. Il met en avant les points positifs et les bienfaits d'un suivi assuré par une sage-femme à domicile. Cette étude fait également ressortir les éléments clés d'un retour à domicile après un accouchement, tel que l'allaitement. Les parturientes ayant souffert d'un déni de grossesse ont tout particulièrement besoin d'un suivi régulier et rigoureux lors de leur retour à domicile. Bien entendu, nous sommes conscientes de la grande différence entre les femmes présentes

dans l'échantillon de cet article et les femmes ayant souffert d'un déni de grossesse et nous en tenons compte.

Cette étude quantitative a été approuvée par le comité de recherche de l'université d'Uppsala. La confidentialité était garantie car seuls les auteurs avaient accès aux données. La participation était volontaire et les personnes contactées par la principale auteur étaient informées du but de l'enquête par oral et par écrit. Ces éléments réunis nous assurent une importante crédibilité de l'article.

Les critères de sélections pour la participation à cette étude étaient les suivants : des femmes primipares; des femmes en bonne santé qui ont eu une grossesse et un accouchement sans complication ; des bébés à terme en bonne santé ; le couple parle suédois ; sortie de la maternité dans les 24 heures après l'accouchement sans autre soin postnatal à l'hôpital ; le couple vit dans la communauté d'Uppsala ; le couple cohabite au moment de l'accouchement. Les auteurs ont mené divers groupes de discussions et différentes interviews avec les 21 personnes retenues pour mener cette étude (11 femmes et 10 hommes). Les interviews ont été menées durant les deux premiers mois qui ont suivis l'accouchement. Les questions posées aux interviews étaient construites sur la base de leurs expériences du retour à domicile immédiatement après l'accouchement, de leurs expériences des visites à domicile de la sage-femme; sur quels sujets ils ne se sentaient pas en confiance; les questions qu'ils se posaient; comment se passaient l'allaitement et, finalement, quels conseils ils avaient reçu de la part de la sage-femme à propos de l'allaitement. Toutes les interviews ont été retranscrites dans le but de pouvoir les analyser. Ils ont identifié, codé et catégorisé les différents résultats, ce qui correspond tout à fait à la méthode qualitative. Les auteurs ont réussi à classer les données dans trois catégories : les stratégies familiales, leur autonomie et leur force ainsi que le soutien professionnel à domicile.

Les limites de cette étude sont la petite taille de l'échantillonnage, qui ne permet pas de transférer les résultats à un large groupe mais qui permet de décrire l'expérience de ces familles au travers d'une même situation.

5.8 Endrikat, J., Wessel, J., Buscher, U., (2002, Mai), "Frequency of denial of pregnancy : results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin". *Acta Obstetricia et Gynecologia Scandinavica*, pp. 1021-1027.

Cet article s'intitule « Frequency of denial of pregnancy : results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin », il a été écrit par J. Wessel, J. Endrikat, U. Buscher. Les trois auteurs ont un doctorat en gynécologie et obstétrique et pratiquent à Berlin. Cette étude a été publiée en 2002 dans la revue médicale s'intitulant « Acta Obstetricia et Gynecologia Scandinavica ».

Cet article est une étude quantitative qui a pour but de déterminer la fréquence du déni de grossesse sur une période d'une année à Berlin. Cette étude s'est basée sur toutes les femmes qui ont accouché après un déni de grossesse dans l'arrondissement de Berlin durant une année, dans 24 établissements. Les critères de sélection pour cette étude étaient les suivants : ne pas avoir conscience de sa grossesse avant 20 semaines de gestation et ce jusqu'au moment de l'accouchement. D'après ces critères, 94 femmes ont été retenues pour l'échantillonnage et trois groupes ont été formés. Le premier groupe comporte 65 femmes

parmi ces 94, qui ont souffert d'un déni de grossesse. Le deuxième regroupe 25 femmes qui, pour des raisons personnelles ou pour dissimulation de grossesse, n'ont pas eu recours à des soins prénatals. Elles n'ont pas fait partie des résultats concernant la fréquence de femmes vivant un déni de grossesse. Le dernier groupe réunit trois femmes qui ont été exclues de l'étude car elles ne présentaient pas clairement les critères de déni de grossesse.

Les auteurs se sont basés sur les résultats du groupe A qui regroupe 65 femmes avec une moyenne d'âge de 27 ans. En tout, 54 femmes avaient une relation stable avec leur partenaire, dont 42 vivaient avec. Les trois femmes mineures vivaient avec leurs parents. 36 femmes étaient multipares, 21 étaient primipares. Dans 24 cas, le diagnostic d'une grossesse a été posé lors du début de travail, et trois de ces femmes ont accouché à la maison. Sur 65 bébés nés, 51 nouveau-nés sont restés vivre avec leurs parents. Le résultat de cette étude est que l'on retrouve, en moyenne, un déni sur 475 grossesses. Cette recherche est la première étude qui donne des résultats fiables sur le taux de déni de grossesse.

La limite de cette étude est le fait qu'il n'y ait eu qu'un seul auteur qui a participé aux interviews et n'a donc pas pu complètement analyser tous les cas de dénis de grossesse. Le résultat d'un déni sur 475 est donc peut-être sous-évalué. Il est important de relever que dans le nombre total de dénis de grossesse, une partie sont des dénis de grossesse partiels. Il y a eu seulement 12 femmes qui ont découvert leur grossesse au moment de l'accouchement, soit une moyenne de 300 accouchements par année (ce qui représente 1 :2455). Il y a eu trois femmes qui ont accouché soudainement à la maison, cela représente alors une moyenne de 80 cas par année (1 :9821). Les résultats ont pu être comparés avec une autre étude effectuée en Autriche qui a révélé un cas de déni de grossesse sur 400. La fréquence des dénis de grossesse est donc relativement similaire. De ce fait, ils ont pu conclure, que la fréquence du déni de grossesse est similaire dans différentes régions sociodémographiques. Nous avons trouvé que, pour la Suisse, le déni de grossesse est représenté à hauteur de un cas pour 500 grossesses, ce qui rentre également dans les résultats de cette étude (Tschannen, Mira, Giacomini & Palmieri, 2013).

Cette étude a été financée par la fondation de recherche scientifique allemande, sous forme d'une subvention d'habilitation. Elle n'a donc pas été approuvée par un comité d'éthique. Cependant les auteurs ont demandé l'approbation des femmes qui participaient à cette étude et les ont informées du but ce qui leur permettait d'avoir un consentement éclairé.

6. Comparaison des résultats

Question de recherche/but de l'étude, population.	Principaux résultats	Implications pour la pratique
Bell, L., Paul, D., & St-Cyr Tribble, D. (2004, Juillet). « Établissement du lien mère-enfant et père-enfant à la période périnatale » <i>Perspective Infirmière</i> , pp. 12-22.		
<p>L'objectif principal de l'étude est de décrire, du point de vue des parents, les similitudes et les différences dans l'établissement des relations mère-enfant et père-enfant à la période périnatale.</p> <p>Les auteurs ont analysé les liens d'attachement de 18 couples parents primipares québécois avec grossesse sans problème et accouchement par voie basse, sans complications postnatales.</p>	<p>Les résultats ont été exposés en fonction des cinq composantes de la relation (la découverte de l'enfant, le contact physique, la relation affective, l'établissement des interactions, les investissements personnels dans le rôle parental). Les principaux résultats obtenus démontrent que des différences existent entre les mères et les pères dans leur manière d'établir la relation avec l'enfant au cours des quatre premiers mois. Cette étude a permis de faire ressortir la relation unique mais complémentaire que les parents établissent avec leur enfant. Selon les cinq composantes de la relation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La découverte de l'enfant : le père prend conscience des capacités du nouveau-né (sensorielles, motrices, communicatives), alors que la mère, à ce moment-là, est monopolisée par les besoins de son enfant : manger, dormir, confort. 2. Le contact physique : les mères ne se sentent pas portées à établir un contact physique avec l'enfant, tandis que les pères sont présents pour les jeux physiques et poussent leurs enfants à devenir plus rapidement autonomes. 3. La relation affective : les sentiments des mères pour leurs enfants s'accroissent au fil du temps. Elles sont heureuses d'avoir un bébé en bonne santé, alors que les pères découvrent un nouvel amour. Ils restent anxieux, en désirant être responsables et protecteurs. Il y a une nette prédominance pour les pères dans l'expression de compliments à l'égard de 	<p>En analysant l'établissement de la relation parents-enfants, cela nous fournit un certain nombre d'informations pour le soutien que nous allons offrir aux familles à la période périnatale. La prise en considération des difficultés à l'arrivée d'un premier enfant peut nous permettre d'éviter un système familial dysfonctionnel. Notre rôle serait donc d'informer les parents sur le processus familial, ainsi que des difficultés qu'ils peuvent rencontrer durant cette période postnatale. C'est pour cette raison que le suivi postnatal permet aux infirmières de repérer les forces et les tensions dans la construction du nouveau système familial des parents.</p>

	<p>son enfant.</p> <p>4. Etablissement des interactions : les pères s'engagent surtout dans les échanges stimulants. Ils ont plutôt un rôle excitant, tandis que la mère va avoir un rôle de régulateur. A une semaine de vie, les pères communiquent plus avec leur bébé que les mères.</p> <p>5. Investissement personnel dans le rôle parental : le besoin des parents est de s'investir dans la relation avec leurs enfants. Les pères essaient de se libérer de leurs obligations professionnelles dans le but d'assurer leur présence auprès de leur famille.</p>	
<p>Ferrarello, D., Hatfield, L. (2014, Janvier), "Barriers to skin-to-skin care during the postpartum stay". <i>Lippincott Williams & Wilkins, Vol. 39, N°1</i>, pp. 56-61.</p>		
<p>Le but principal de cette étude est de définir les barrières de la pratique du peau à peau durant le séjour du postpartum</p> <p>Les auteurs ont sélectionné 14 infirmières travaillant dans une unité de postpartum et 15 parturientes ayant accouché durant les 30 derniers jours.</p>	<p><u>Selon le groupe des infirmières</u> : les principales barrières de la pratique du peau à peau sont les visites dans la chambre, la fatigue des mères, le manque de la prise de conscience de l'importance de cette intervention, la pudeur des mères, certaines mamans trouvant parfois cet acte inconvenant, les visites voulant porter le nouveau-né</p> <p><u>Selon le groupe des parturientes</u> : les visites voulant porter le nouveau-né, le sentiment de fatigue, la présence de visites dans la chambre, les douleurs dues à la césarienne.</p> <p>Beaucoup d'études ont déjà été faites sur les bienfaits du peau à peau directement après l'accouchement, mais très peu sur les avantages durant toute la période postpartum. Plusieurs études ont prouvé que le peau à peau amène à un allaitement optimal ainsi qu'une transition favorisée. Il réduit les pleurs des enfants car auparavant, les mères pensaient que c'était pour exprimer la faim alors qu'en réalité ils avaient besoin de réconfort. Il a été prouvé que cette pratique diminue le risque de dépression postpartum, améliore les liens d'attachement et les interactions mère-enfant, et finalement améliore la qualité de vie.</p>	<p>Plusieurs barrières à la pratique du peau à peau ont pu être identifiées. Les points principaux sont le dérangement des visites et des professionnels qui entrent dans la chambre de la mère. Ces interruptions amènent donc de la fatigue et entravent la pratique du peau à peau.</p> <p>Différentes interventions peuvent être mises en place afin de diminuer ces barrières :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modifier les horaires de visite et regrouper les soins. • Utiliser des pancartes à mettre sur la porte pour indiquer qu'il ne faut pas déranger. • Envisager des vêtements pour faciliter et sécuriser le peau à peau. • Instaurer des moments de siestes dans l'après-midi afin de diminuer la fatigue

		<p>ressentie par la mère.</p> <p>Il est important de comprendre les bienfaits du peau à peau juste après l'accouchement, mais aussi durant la période postpartum. Cette pratique doit être introduite pour la mère mais également pour le père, afin que le lien d'attachement parent-enfant soit favorisé.</p> <p>Finalement, développer cette pratique permet de renforcer le lien d'attachement parent-enfant, de promouvoir une stabilité physiologique, de calmer l'enfant et de confirmer les compétences des parents. Le fait d'identifier les barrière du peau à peau et d'intervenir pour les réduire à une implication pour une transition optimale du rôle de parent, d'un allaitement efficace et un impact sur le long terme concernant la santé des parents et de l'enfant.</p>
<p>Beier, K.M., Wille, R., Wessel, J., (2005, Novembre), "Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction : a proposal for international classification systems" <i>Journal of Psychosomatic Research</i>, N°62, pp. 723.730.</p>		
<p>But de l'étude : Effectuer une proposition d'intégrer le déni de grossesse dans le système des classifications internationales telles que le DSM IV ou l'ICD (International Classification of Dieases)</p>	<p>Les auteurs mettent en avant le fait que les dénis de grossesse et les dissimulations de grossesse représentent une menace importante pour les mères et les bébés issus de ces grossesses, au vu du manque de préparation à la naissance. Il a été relevé que de nombreuses femmes ont été consulter un médecin pendant leur grossesse mais qu'aucune d'entre elle n'a reçu des investigations pour la grossesse. Les médecins n'ont pas effectué de test de grossesse ou d'échographie. Si le déni de grossesse</p>	<p>Cette classification permettrait d'élargir nos connaissances sur le phénomène du déni de grossesse. De plus, d'autres dysfonctionnements de la reproduction qui jouent un rôle important dans la prise en soins de ces patients pourraient être également placés sous ce chapitre.</p>

<p>La recherche se base sur deux études qui ont déjà été effectuées. Une étude qui reprenait des échantillons d'obstétriques et une étude qui reprenait des échantillons de type légal. L'étude quantitative qui reprenait l'échantillon d'obstétrique portait sur le nombre de cas de dénis de grossesse dans la région de Berlin. Les grossesses ont été diagnostiquées après 20 semaines de gestation.</p> <p>La deuxième étude empirique, qui reprenait l'échantillon de type légal, portait sur 98 cas d'infanticides suite à un déni de grossesse, basés sur 213 autopsies de nouveau-nés morts.</p>	<p>était répertorié dans une classification internationale, ces incidents pourraient être évités car les professionnels de la santé seraient d'avantage informés sur ce phénomène. Cependant, les deux études mettent en avant les difficultés à repérer les femmes à risque de déni de grossesse car ce sont des groupes de femmes très hétérogènes et il n'existe pas de caractéristiques types pour ces femmes. Il est prouvé que les femmes de tout âge, ayant reçu différentes éducations, vivant dans différents statuts sociaux peuvent être touchées par le déni de grossesse.</p> <p>Certains facteurs de risque peuvent tout de même être mis en avant afin d'éradiquer des anciennes croyances telles que la naïveté, l'isolation sociale, le manque de connaissances, le jeune âge, le statut socio-économique etc. Il a été prouvé que les facteurs de stress tels qu'une séparation ou des problèmes interpersonnels représentent des facteurs de risque au déni de grossesse.</p> <p>Pour ce qui est de la classification, les auteurs essaient de définir sous quel chapitre du DMS IV le déni de grossesse pourrait paraître. Ils proposent d'inclure une nouvelle catégorie qui se trouverait dans la section « Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte » et qui pourrait s'intituler « Problèmes psychologiques et comportementaux associés à la reproduction ». Ce chapitre pourrait se positionner directement après le chapitre déjà existant qui s'intitule « Problèmes psychologiques et comportementaux associés au développement sexuel et à l'orientation sexuelle ».</p> <p>Les auteurs stipulent que cette proposition doit être acceptée par les groupes internationaux de travail concernés.</p>	<p>Finalement, le fait d'inclure le déni de grossesse dans un document tel que le DMS IV permettrait aux professionnels de la santé d'avoir une référence commune sur ce phénomène. Cela permettrait de diminuer les différents stéréotypes du déni de grossesse et permettrait d'améliorer la prise en soins des parturientes ayant souffert de ce trouble.</p>
--	--	--

Nunes, M.I., Do Espírito Santo, M.I., Da Costa, A.C., Forte, A.O., (2009, Mars), "Nursing intervention for the promotion of mother-baby interactions". *Revista Referência*. Vol. 2, N°9, pp. 15-26.

<p>Les buts sont d'identifier le degré d'importance attribué par les infirmiers à la promotion de l'interaction mère-enfant. De comprendre de quelle manière ils promeuvent cette interaction dans la pratique des soins durant la période postpartum. Et enfin, de déterminer la relation existante entre l'importance attribuée à l'interaction et la performance professionnelle dans la promotion de celle-ci.</p> <p>L'échantillon comporte 15 infirmières travaillant dans un service de postpartum.</p>	<p>Grâce à l'observation effectuée, il est démontré que les infirmières promeuvent l'interaction mère-bébé dans leur quotidien. La pratique se situe dans la promotion de l'interaction mère-bébé au niveau des compétences auditives, motrices, tactiles, olfactives, visuelles et d'autorégulation. Les infirmières favorisent cette interaction par le biais de la parole, du regard et de la proximité physique (pratique du peau à peau).</p> <p>Les interventions qui ressortent le plus sont l'information et la supervision. L'infirmière doit savoir que le processus d'interaction est renforcé à travers l'utilisation de réponses sensorielles entre la mère et le bébé. Il lui est donc exigé de faire une évaluation de l'intérêt et de la capacité de la mère à identifier et donner des réponses aux messages visuels, tactiles, auditifs et verbaux émis par l'enfant.</p> <p>Les interventions au niveau de l'information et de la supervision sont, d'après les auteurs, considérées comme fondamentales dans l'éducation pour la santé à développer avec la mère afin d'assurer une transition dans le nouveau rôle de parent.</p> <p>L'infirmière a la responsabilité de signaler et de développer une éducation pour la santé avec la mère et le bébé pour que l'interaction se fasse de manière efficace et contribue au bon développement psychomoteur du bébé, ainsi qu'à l'augmentation de la satisfaction de la mère dans son rôle parental.</p> <p>Les auteurs ont identifié deux éléments qui favorisent la promotion de l'attachement parents-enfants par les soignants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La formation : 53,8% des soignantes furent sensibilisées aux interventions permettant d'inciter ce processus par différentes formations continues qu'elles ont suivies. 2. L'expérience : les soignantes avaient entre 8,2 et 14,2 ans 	<p>Selon les résultats de cette étude, le rôle de promotion de l'interaction mère-bébé est entièrement attribué aux infirmières.</p> <p>Avec cette étude, il est démontré qu'une formation dans le domaine de la maternité et du nouveau-né est essentielle et qu'elle permet aux infirmières d'avoir suffisamment de connaissances sur les compétences de la mère et du bébé. Il est prouvé que l'expérience de l'infirmière est un avantage. Cependant, il existe encore une grande lacune entre la théorie et la pratique.</p> <p>Les difficultés à la promotion de l'interaction mère-bébé sont les contraintes de la pratique quotidienne et le manque de motivation.</p>
--	--	--

	d'expérience dans le domaine de la maternité et environ 19,8 ans d'expérience professionnelle.	
Wessel, J., Gauruder-Burmester, A., Geringer, C., (2006, Décembre), "Denial of pregnancy – Characteristics of women at risk." <i>Acta Obstetrica et Gynecologica</i> , pp. 542-546.		
<p>Le but de cette étude est d'investiguer si les caractéristiques maternelles peuvent être identifiées chez les femmes à risque de déni de grossesse afin de créer un outil de diagnostic.</p> <p>Echantillon :</p> <ol style="list-style-type: none"> Etude se déroulant de juillet 1995 à juin 1996 à Berlin <ul style="list-style-type: none"> - 65 femmes vivant un déni de grossesse - Incluant les femmes qui ne reconnaissent pas leur grossesse avant 20 semaines de gestation - Excluant les femmes ayant dissimulé leur grossesse ou celles qui n'avaient pas eu recours à des soins prénatals pour des raisons culturelles, financières ainsi que des problèmes de langue. Groupe de contrôle <ul style="list-style-type: none"> - 27'110 femmes qui ont accouché à Berlin durant la même période que les 	<p>Les résultats de cette étude montrent que la prévalence du déni de grossesse se trouve chez les femmes âgées de 15 à 44 ans. Suite à l'autre étude effectuée par J. Wessel, il y aurait une prévalence d'un déni sur 475 grossesses.</p> <p>Selon l'étude effectuée sur une année à Berlin, les 2/3 des femmes ayant vécu un déni de grossesse avaient entre 18 et 34 ans.</p> <p>Il est intéressant de relever que cette étude démontre une minorité de dénis de grossesse dus à une pathologie psychiatrique, ce qui contredit certains aprioris. Il est vrai, que seules trois femmes ont eu un diagnostic psychiatrique de schizophrénie.</p> <p>Des préjugés de longues dates faisaient ressortir que les facteurs de risques d'un déni de grossesse étaient l'isolement social, un faible niveau de culture générale, un statut socio-économique bas, un jeune âge, etc. Cependant, cette étude démontre que leurs résultats ne soutiennent pas ces a priori, car seules neuf femmes avaient moins de 20 ans, plus de 80% sont en relation stable et vivent avec leur partenaire, seulement 1/3 étaient primipares, 80% ont un bon niveau d'étude. Seulement une femme abusait de tranquillisants et il n'y avait pas de supposition d'un niveau de culture générale bas. Chez 24 parturientes, la grossesse a été découverte lorsque le travail a commencé et qu'elles ont ressenti les contractions. Parmi ces 24 femmes, trois ont accouché à la maison.</p> <p>Comme facteur de risque, il est relevé que les femmes jeunes ou plutôt âgées risquent de développer un déni de grossesse, car elles n'ont pas pleine conscience de leur capacité à être enceinte. Il pourrait également y avoir des situations sociales critiques ou une relation instable avec le</p>	<p>Cet article permet de reconnaître que toute femme peut vivre un déni de grossesse. C'est pour cette raison qu'il est primordial que les professionnels de la santé soient conscients que les femmes venant avec des symptômes d'une grossesse peuvent être enceintes même si celles-ci nient toutes éventualités.</p> <p>Les femmes se retrouvent mères sans avoir eu aucune préparation à cet évènement. Cette période est caractérisée par un sentiment de culpabilité de ne pas avoir fait tout son possible pour l'enfant durant la grossesse (tabagisme, nutrition inadéquate, prise de médicaments).</p> <p>Il est de notre devoir de favoriser l'acceptation de cette réalité inattendue et d'aider la femme dans la transition de son nouveau rôle. Il sera alors important de lui expliquer que ce n'est pas un phénomène rare.</p> <p>Il est précisé dans cet article qu'il serait nécessaire que le déni de grossesse figure dans le DSM IV, afin qu'il soit suffisamment reconnu par les professionnels de la santé ainsi que les personnes touchées par le</p>

<p>femmes de l'échantillon (basé sur le registre de naissances).</p> <p>Ils ont effectué des interviews semi-structurées détaillant les trois premiers jours suivant l'accouchement.</p>	<p>conjoint qui pourrait amener à un déni, car la femme n'est psychologiquement pas prête à une grossesse.</p> <p>Enfin il n'est donc pas possible d'identifier exactement les caractéristiques communes des femmes ayant vécu un déni de grossesse du fait que le groupe soit hétérogène. Il n'est pas possible de déterminer une typologie sans ambiguïté du déni de grossesse, car selon les résultats de cette étude, nous ne pouvons pas définir des facteurs de risques ni de causes attribuables au déni de grossesse. Le déni peut toucher toutes les femmes et à n'importe quel âge !</p>	<p>déni de grossesse.</p>
<p>Susan, H. F., Amy, H., & Miram, R., (2007, Mars), "Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy". <i>The Academy of Psychosomatic Medicine</i>, pp. 117-122.</p>		
<p>But de l'étude : décrire et comparer les caractéristiques des femmes dissimulant leur grossesse et des femmes victimes de déni de grossesse.</p> <p>Echantillon : 81 femmes dont 61 victimes de déni de grossesse et 20 ayant dissimulé leur grossesse. Les critères d'inclusion sont une absence de soins prénatals, une grossesse atteignant le 3^{ème} semestre et une admission dans le service pour un accouchement ou les suites d'un accouchement à domicile. L'étude s'est déroulée dans un service de maternité et</p>	<p>Les femmes ayant souffert d'un déni ou d'une dissimulation de grossesse sont principalement âgées entre 18 et 29 ans. Elles vivent principalement chez leurs mères. Cependant, plusieurs femmes qui ont souffert d'un déni de grossesse vivent avec leur partenaire, alors qu'aucune femme ayant dissimulé sa grossesse ne vit avec son partenaire. Le 66% des femmes ayant souffert d'un déni de grossesse avaient fini leurs études en hautes écoles, 45% pour les femmes qui ont dissimulés leurs grossesses. Les femmes qui ont vécu un déni de grossesse étaient principalement des employées, alors que les femmes qui ont caché leur grossesse étaient principalement des étudiantes. Des antécédents d'abus sexuels étaient plutôt rares dans les deux cas.</p> <p>Par rapport aux antécédents de grossesse, les accouchements suite au déni de grossesse étaient les premiers pour uniquement 26% de femmes et 35% pour les dissimulations. 69% des femmes avec un déni de grossesse ont pris conscience de leur grossesse uniquement quelques semaines avant leur accouchement. Un retard mental a été mentionné dans uniquement 6% des cas des femmes qui ont souffert d'un déni et uniquement une femme pour les cas de dissimulation de grossesse.</p>	<p>Ce qui a été le plus frappant est que les consultations en psychiatrie n'ont été que rarement recommandées. Le suivi psychiatrique manquant est un élément à relever. Les auteurs pensent qu'il serait nécessaire, dans les cas de déni ou de dissimulation de grossesse, de proposer un suivi psychiatrique. Avoir une santé mentale stable et saine est indispensable pour la santé de la mère et de son bébé. La mère ne peut pas prodiguer des soins de bonne qualité si elle n'a pas une santé mentale satisfaisante. Les auteurs relèvent aussi que le fait d'effectuer des échographies permet aux femmes de prendre conscience de leurs grossesses et d'avoir une meilleure acceptation de celles-ci. Cela peut être particulièrement efficace dans les cas de</p>

<p>postpartum dans un centre médical aux Etats Unis de janvier 1997 à décembre 2003.</p>	<p>Uniquement 2% des femmes vivant un déni de grossesse ont dû recourir à une consultation psychiatrique et 15% des cas pour les femmes qui ont dissimulé leur grossesse. 25% des femmes qui ont souffert d'un déni de grossesse se sont présentées à l'hôpital pour des douleurs abdominales, 45% pour des autres signes/symptômes de la grossesse.</p> <p>Pour 61 cas de déni de grossesse, 22 femmes ont souffert d'un déni total. 70% des femmes qui ont dissimulé leur grossesse l'ont fait jusqu'à l'accouchement.</p>	<p>déni de grossesse affectif. Les médecins devraient être plus attentifs aux plaintes des femmes qui viennent consulter et devraient penser à la possibilité qu'elles soient enceintes. Cela permettrait de mieux déceler ces grossesses.</p> <p>Finalement, la prévention du déni de grossesse et des dissimulations de grossesse dépend des connaissances des professionnelles de la santé sur ce sujet et de l'éducation de la société. Le manque de soins prénatals pour cause de déni ou de dissimulation de grossesse devrait être un signal d'alarme pour mettre en place des suivis psychiatriques pour ces femmes ainsi qu'une évaluation des habiletés à être parents</p>
<p>Johansson, K., Aarts, C., & Darj, E., (2009, Octobre), "First-time parent's experiences of home-based postnatal care in Sweden". <i>Upsala Journal Of Medical Sciences</i>, pp. 131-137</p>		
<p>L'objectif principal de cette étude est d'acquérir une meilleure compréhension du vécu des familles : De leurs premières expériences en tant que parents, à leur sortie précoce de la maternité après l'accouchement et de leur suivi en soins postnatals à domicile par le Groupe de Sage-Femme à</p>	<p>Les données ont été organisées en trois catégories : les stratégies familiales, l'autonomie et les forces de la famille, le soutien professionnel à domicile.</p> <p><u>Les stratégies familiales</u> : La plupart des parents connaissaient le Groupe des Sages-femmes à Domicile d'Uppsala de par les informations reçues pendant la grossesse ou par des amis. Certains ont décidé à l'avance d'avoir ces visites à domicile et d'autres ne les avaient pas forcément prévues mais en ont tout de même bénéficié. Il a été prouvé que plusieurs parents étaient ravis de rentrer précocement chez eux après l'accouchement. Les auteurs mettent en avant le fait que les parents peuvent mieux se reposer à domicile, dans un environnement familial. La</p>	<p>Les résultats de cette étude indiquent que les soins postnatals à domicile donnent du pouvoir et de l'autonomie aux parents, étant donné qu'une sage-femme expérimentée fournit un soutien professionnel. Une alternative à ce suivi à domicile par le Groupe de Sages-femmes pourrait être que la sage-femme responsable, qui rencontre les parents tout au long de la grossesse, continue d'effectuer les visites à domicile après la naissance, offrant une continuité</p>

<p>Domicile d'Uppsala.</p> <p>21 personnes ont été retenues pour mener cette étude (11 femmes et 10 hommes). Les personnes retenues pour cette étude étaient des femmes et des hommes en bonne santé, primipares, parlant le suédois, ayant un bébé en bonne santé, habitant dans la communauté d'Uppsala et quittant la maternité moins de 24 heures après l'accouchement.</p>	<p>moitié des familles avait prévu de rester plus longtemps à la maternité. Mais les parents ont finalement été ravis de changer leur perception et ont accepté l'offre d'un suivi à domicile des soins postnatals par le Groupe de Sages-Femmes à Domicile. En général, les familles ressentent un sentiment de liberté par le fait de rentrer à la maison si tôt.</p> <p><u>L'autonomie et les forces de la famille</u> : Bien que les familles se sentent bien à la maison, des sentiments contradictoires peuvent surgir. Les parents ressentent le fait qu'ils doivent compter sur leurs propres capacités. Ils ne se sentent parfois pas encore confiants avec leur bébé. Cependant, ils trouvent rassurant le fait d'être dans un environnement familial et ils savent qu'ils peuvent facilement être en contact jour et nuit avec la sage-femme et que des visites à domicile sont prévues pour le lendemain. Il a été démontré que les parents retrouvent, dans ce contexte, un sentiment de liberté, d'autonomie, de responsabilité partagée ainsi que de l'indépendance. Ils peuvent en tout temps demander à la sage-femme si leur manière de faire est correcte. La sage-femme est là pour les soutenir dans leur nouveau rôle de parents et renforcer leur autonomie. Les auteurs relèvent que l'élément principal, qui a été perçu comme le moment clé du retour à domicile selon les participants, est l'allaitement. Les parents pensent que l'allaitement est extrêmement important mais qu'il peut aussi être source de difficulté. A travers l'allaitement, les mères apprennent à avoir confiance en elles et en leur bébé. L'allaitement est décrit comme un outil d'interaction entre la mère, le bébé, le père, la sage-femme et l'environnement.</p> <p><u>Le soutien professionnel à la maison</u> : Les soins prodigués à domicile mettent la sage-femme dans une position d'initiatrice et de conseillère. Les parents ont trouvés très appréciable d'être déjà en contact avec une professionnelle, sans avoir besoin de faire les démarches nécessaires. La plupart des parents ont jugé que les sages-femmes prodiguaient de très bons conseils. Les sages-femmes étaient considérées comme des professionnelles ayant de l'expérience et du professionnalisme. Les parents sentaient que leur nouveau rôle était reconnu et les professionnelles leur</p>	<p>dans les soins. Cette étude met également en avant le fait que les infections nosocomiales sont une menace croissante pour les patients hospitalisés et surtout pour les nouveau-nés. Notre responsabilité, en qualité de soignants, est d'organiser leur prise en soins de manière optimale dans le but de soutenir la famille et d'assurer leur sécurité.</p>
---	---	--

	<p>donnaient confiance. Les parents relèvent le fait que la sage-femme devient une personne de référence envers qui ils peuvent se confier, qui peut les rassurer et leur permettre d'avoir confiance en eux.</p>	
<p>Endrikat, J., Wessel, J., Buscher, U., (2002, Mai), "Frequency of denial of pregnancy : results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin". <i>Acta Obstetricia et Gynecologia Scandinavica</i>, pp. 1021-1027.</p>		
<p>Le but de cette étude est de déterminer la fréquence du déni de grossesse sur une période d'une année à Berlin.</p> <p>Cette étude s'est basée sur des femmes ayant accouché après un déni de grossesse dans l'arrondissement de Berlin durant une année. Les critères de sélection pour cette étude étaient de ne pas avoir conscience de sa grossesse avant 20 semaines de gestation et ce jusqu'au moment de l'accouchement. D'après ces critères, 94 femmes ont été retenues pour l'échantillonnage et trois groupes ont été formés. Le premier groupe comporte 65 femmes ayant souffert d'un déni de grossesse. Les deux autres groupes ont été exclus de l'étude car les femmes ne correspondaient pas aux critères d'inclusion.</p>	<p>Les auteurs se sont basés sur les résultats du groupe de 65 femmes qui ont fait un déni de grossesse qui sont âgées entre 15 et 44 ans. 61 femmes étaient allemandes et quatre étrangères. Au total, 54 femmes avaient une relation stable avec son partenaire, dont 42 vivaient avec. Les 3 femmes mineures vivaient avec leurs parents. 36 femmes étaient multipares, 21 étaient primipares. Dans 24 cas, le diagnostic d'une grossesse a été posé lors du début de travail, trois de ces femmes ont accouché à la maison. Au total, il y a eu 65 naissances. Dans ces 68 enfants, 12 sont nés prématurément et 53 à terme.</p> <p>Au total, 51 bébés sont restés vivre avec leurs parents, 13 ont été mis à l'adoption et un a été placé chez ses parents nourriciers. Le résultat de cette étude est donc que la fréquence du déni de grossesse s'estime à un sur 475 grossesses. C'est la première étude qui donne des résultats fiables sur le taux de déni de grossesse.</p> <p>Il est important de relever que dans le nombre total de dénis de grossesse, une partie sont des dénis de grossesse partiels. Il y a eu seulement 12 femmes qui ont découvert leur grossesse au moment de l'accouchement, soit 300 accouchements par année (ce qui représente 1 : 2455). Il y a eu trois femmes qui ont accouché soudainement à la maison, cela représente 80 cas par année (1 : 9821). Les auteurs ont pu comparer les résultats avec une étude effectuée en Autriche qui a révélé un cas de déni de grossesse sur 400, la fréquence des dénis de grossesse est ainsi relativement similaire. De ce fait, ils ont pu conclure, que la fréquence du déni de grossesse est similaire dans différentes régions sociodémographiques.</p>	<p>Cette étude prouve que le déni de grossesse n'est pas un phénomène rare et qu'il doit être pris en compte car il risque de mettre en danger la mère et son enfant. Il est vrai qu'une parturiente ayant vécu un déni de grossesse ne prodiguera pas ou peu de soins prénatals et ne se comportera pas comme une femme enceinte. Un déni de grossesse est trois fois plus fréquent que le fait d'avoir des triplés.</p>

7. Discussion et perspectives

Dans cette section, nous reprenons les principaux résultats que nous avons ressortis auparavant, dans le but de les analyser. Dans cette discussion, nous allons inclure des recommandations et des pistes d'interventions pour la pratique dans chacun de nos thèmes énoncés ci-dessous. Par la suite, nous allons exposer les perspectives de recherches ainsi que les limites à la conception de notre revue de littérature.

7.1 Les différentes perspectives

Suite à l'analyse des résultats de nos huit articles scientifiques, nous avons décidé de mettre en évidence plusieurs items qui nous semblent fondamentaux, afin d'explorer les différentes pistes de réponses à notre question de recherche. Pour chaque thématique nous allons faire le lien avec notre sujet central, le déni de grossesse. Nous jugeons important de relever le fait que nos recherches nous ont permis de trouver de nombreux articles scientifiques traitant des néonaticides en lien avec le déni de grossesse. C'est un point important et non négligeable des risques d'un déni de grossesse. Cependant, nous n'allons pas évoquer ce sujet car il n'est pas en lien avec notre question de recherche qui analyse des soins prodigués après un déni de grossesse et non avant ou pendant ce dernier. Voici donc les différents sujets retenus:

Formation spécialisée pour renforcer les connaissances des soignants en postpartum et différentes complications.	Stigmatisation du déni de grossesse et caractéristiques des femmes à risque.
Importance de l'interdisciplinarité dans la prise en soins des femmes ayant souffert d'un déni de grossesse.	Rôle infirmier dans l'accompagnement des parents dans leur transition dans leur nouveau système familial.
Rôle infirmier afin de promouvoir les liens d'attachements parent-enfant et enjeux dans un contexte de déni de grossesse.	Enjeux du retour à domicile après un séjour en postpartum.

7.1.1 Formations spécialisées pour renforcer les connaissances des soignants en postpartum.

Selon Johansson, Aarts et Darj (2010), Les sages-femmes ont été considérées comme expérimentées et professionnelles et cela donne confiance aux parents [Traduction libre] (p.135). Le facteur influençant positivement la promotion de l'interaction parent-enfant est la formation spécialisée dans ce domaine. La formation continue dans le domaine des soins peut être entendue comme un processus continu d'apprentissage qui est développé après la formation initiale de base à travers lequel l'individu acquiert et approfondit des connaissances et des capacités qui visent le développement personnel et professionnel qui se répercute dans l'amélioration de la qualité des prestations. D'après cet article, 53,8% des infirmières ont affirmé qu'elles avaient une formation dans le domaine de l'interaction parent-enfant. Elles affirment que cette formation spécialisée a été bénéfique dans la qualité de la prise en soins des parturientes et de leur enfant. Les soins infirmiers sont un domaine scientifique qui nécessite une actualisation permanente des connaissances sur l'avancée médicale. Il est donc particulièrement important de renouveler et d'acquérir de nouvelles connaissances indispensables aux constantes avancées scientifiques. Les formations continues permettent également le partage de savoir et d'expérience et poussent à la

réflexion à propos de certaines situations présentes dans notre pratique professionnelle. Dans cet article, un autre facteur positif identifié est l'expérience professionnelle dans ce domaine. Les infirmières interrogées dans cette recherche ont travaillé dans le domaine de la maternité entre 8,2 et 14,2 ans. Ces années d'expériences sont considérées comme raisonnables pour une intégration adéquate dans le service et l'acquisition de compétences dans le contexte des interactions mère-enfant. Finalement, le troisième facteur positif relevé est la prise de décisions dans l'organisation des soins, comme par exemple le réajustement de l'horaire des bains des bébés, de manière à favoriser une meilleure disponibilité des infirmières face aux nécessités inhérentes au rôle parental. Ces différentes preuves scientifiques renforcent l'importance du fait que les professionnels de la santé doivent pouvoir bénéficier d'une excellente formation et être experts dans leur domaine. Le domaine de la maternité est un contexte particulièrement spécifique avec de nombreux enjeux qui nécessitent un bon niveau de formation. [Traduction libre] (Nunes & al., 2009, p.23).

Pour notre part, le thème du déni de grossesse est un sujet très spécifique pour lequel des connaissances accrues dans ce domaine sont indispensables. En réalisant ce travail, nous avons réellement pris conscience que les complications que nous pouvons rencontrer dans un service de postpartum requièrent d'être expert dans ce domaine, afin de pouvoir répondre aux besoins des parturientes ayant, par exemple, souffert d'un déni de grossesse. Les connaissances des soignants doivent être actualisées sur ce sujet et il serait important que tous les professionnels aient la même base théorique sur ce phénomène. Selon Beier et al. (2006), le déni de grossesse est un sujet qui demeure tabou et sur lequel nous trouvons relativement peu de références théoriques. En effet, le déni de grossesse est stigmatisé et de nombreuses croyances erronées se sont formées sur ce sujet. Cependant, nous tenons à nuancer le fait que le déni de grossesse est encore tabou car cela tend à diminuer depuis ces cinq dernières années au vu de la reconnaissance gagnée sur ce sujet. L'article DSM IV propose l'introduction du déni de grossesse dans les classifications internationales telles que le CIM 10 ou le DSM IV. Les auteurs affirment que le fait de référencer ce sujet dans de tels ouvrages permettrait aux différents professionnels d'avoir des bases théoriques communes et d'améliorer les prises en soins des familles ayant vécu un déni de grossesse. En effet, les soins infirmiers basés sur des preuves scientifiques permettent de prodiguer des soins de qualité. [Traduction libre] (p. 728).

Finalement, une hypothèse d'intervention que nous pouvons formuler dans le but de diminuer les représentations erronées des soignants sur le déni de grossesse est de reconnaître l'altérité. En effet, les soignants doivent être capables de se détacher de leurs propres valeurs pour accepter les différences de l'autre et en prendre soins en brisant leurs propres certitudes. Selon V. Hausey-Leplat (communication personnelle [PowerPoint], 29 octobre 2014), la reconnaissance de l'altérité de chacun peut mener à des conflits de valeurs personnelles et professionnelles, ce qui rend alors cette intervention utopique à l'intégrer dans le quotidien des soins. Cependant, la reconnaissance de l'altérité peut tout de même être incluse dans tout acte de soins.

7.1.2 Rôle infirmier pour promouvoir les liens d'attachement parents-enfants et enjeux dans un contexte de déni de grossesse

A la suite de notre réflexion, le lien d'attachement est un élément fondamental à prendre en compte dans la prise en soins de la famille lors d'un retour à domicile suite à un déni de grossesse. De plus, dans un contexte de déni de grossesse, le lien d'attachement n'a pas pu commencer à la période prénatale. Il fait donc partie des enjeux importants que l'infirmière

doit prendre en compte pour effectuer une prise en soins de qualité. Selon Bell et al. (2004), le lien d'attachement parent-enfant entraîne des bienfaits non négligeables, ce qui explique l'importance du regard que porte l'infirmière sur cette relation lors de la période postnatale. Il est donc primordial que l'infirmière soit habilitée à évaluer cette relation et à déceler les différentes complications. Le fait d'établir une relation de qualité entre les parents et l'enfant dès les premiers mois de sa vie permettrait à l'enfant de bénéficier d'un développement émotionnel et physique optimal. Premièrement, concernant le développement émotionnel, un lien d'attachement de qualité entre les parents et l'enfant permet à ce dernier de développer à long terme un sentiment d'efficacité personnel, une capacité d'autorégulation optimale et de meilleures compétences sociales. Deuxièmement, sur le plan physique, une relation de qualité entre les parents et l'enfant assure un gain staturo-pondéral dans les normes, un renforcement du système immunitaire ainsi qu'une acquisition renforcée du langage et du développement moteur.

Nous allons développer certaines interventions permettant de renforcer le lien d'attachement que nous avons lu dans différents articles. Premièrement, il est important de savoir que des différences non négligeables surviennent entre l'établissement du lien père-enfant ou mère-enfant. Il est démontré que la mère aura plus un rôle de « régulateur », tandis que le père aura un effet plus « excitant ». Les parents ont tous les deux des rôles bien différents, ce qui permet une complémentarité dans les relations. Cette complémentarité peut être notamment observée dans la première semaine de vie du bébé, par le fait que la mère est moins disponible à établir un contact physique avec son enfant en dehors des besoins utilitaires. Durant cette période le père évoque le besoin d'avoir constamment un contact avec le nouveau-né (Bell & al. 2004). Nous pouvons émettre l'hypothèse que le père assure un rôle sécuritaire et que ce rôle est primordial lors d'un retour à domicile.

D'après Johansson et al. (2010), le fait de favoriser les moments d'allaitement permet de renforcer le lien d'attachement mère-enfant. L'infirmière joue un rôle important dans le déroulement de cet acte car si l'allaitement se passe bien, il favorise une meilleure relation mère-enfant mais si l'allaitement est problématique, il peut mener à une perte de confiance de la mère dans ses capacités.

D'après nos recherches, une autre intervention efficace dans le renforcement des relations parents-enfants est la pratique du peau à peau dès les premières heures suivant l'accouchement et ce durant toute la période postpartum. En effet, selon Ferrarello et Hatfield (2014), la pratique du peau à peau après la naissance a des effets si puissants qu'il a une influence positive sur la qualité des interactions parents-enfants une année plus tard. Dans cet article, il est précisé que la poursuite de cette pratique lors du retour à domicile améliore l'allaitement et la transition dans le rôle parental. La pratique du peau à peau facilite la thermorégulation néonatale, permet à l'enfant de conserver son énergie, régule la glycémie, améliore la qualité de l'allaitement ce qui permet de diminuer les suppléments nutritifs et renforcer le sentiment de confiance de la mère. Le peau à peau permet également de diminuer les pleurs du nouveau-né grâce à sa proximité physique avec un de ses parents. En postpartum, cette pratique réduit efficacement l'incidence de la dépression qui nuit au lien d'attachement et à la qualité de vie de la famille. L'ensemble de ces bienfaits favorise la confiance familiale, leurs compétences ainsi que les liens d'attachement.

7.1.3 Stigmatisation du déni de grossesse et caractéristiques des femmes à risque

Selon Wessel, Endrikat et Buscher (2002), la prévalence d'un déni de grossesse serait d'une grossesse sur 475 naissances. Cette étude est la première qui a permis d'avoir des chiffres fiables et validés pour une fréquence de déni de grossesse sur une année. Suite à cet article, ils ont découvert que ce phénomène n'était donc pas si rare, comme il est souvent dit. Ils ont également prouvé que, contrairement aux stigmatisations, la moyenne d'âge des femmes était de 27 ans. [Traduction libre] (p. 1023).

D'après Wessel & al. (2007), certains préjugés tendent à laisser penser que les dénis de grossesse sont rares et sont un événement exotique. Or, le déni de grossesse est un phénomène relativement présent au vu du chiffre exposé ci-dessus, qui s'élève à un déni sur 475 grossesses. D'autres stigmatisations soutiennent que les femmes vivant un déni de grossesse sont suspectées de mentir ou d'avoir des problèmes psychiatriques graves, car il est plus facile de comprendre ce phénomène chez les femmes souffrant de psychose en vue de leur réalité inadéquate. Cependant, il a été prouvé par cette étude, que seulement 5% des femmes présentaient un trouble psychiatrique. Certains préjugés certifient que les facteurs de risque sont tels que l'isolation sociale, une culture générale limitée, une situation socio-économique pauvre, une immaturité, un jeune âge, une naïveté concernant les capacités corporelles, une conception pré-nuptiale. Cependant, cette étude démontre que ces critères ne sont pas valides après avoir élaboré une recherche de caractéristiques auprès de femmes ayant vécu un déni de grossesse. Ce sont tout simplement des préjugés de longues dates. Les facteurs de risques ne peuvent pas être clairement définis au vu de l'hétérogénéité des femmes touchées. Cependant, certaines caractéristiques peuvent être relevées, telles que les femmes jeunes ou plus âgées qui n'ont pas pleine conscience de leur possibilité d'être enceinte. Une autre caractéristique des femmes à risque comprend également les femmes vivant une situation conjugale instable ou se trouvant dans une situation sociale critique, qui sont une source de stress importante. [Traduction libre] (p.545).

Selon Beier et al. (2006), le stress est un facteur de risque au déni de grossesse et ce dernier est en constante augmentation. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que le taux de déni de grossesse est en hausse car notre rythme de vie au sein de la société entraîne un stress important au vu des exigences sociales, ou encore des devoirs de rendements. Avec un rythme de vie soutenu, les femmes envisagent peu l'éventualité d'être enceintes, ce qui peut expliquer les nombreux cas de dénis de grossesse en Occident. Pour déstigmatiser le déni de grossesse, il est important que la croyance générale soit corrigée [Traduction libre] (p.727). Nous pouvons ajouter qu'il est nécessaire que les infirmières se détachent des a priori reliés aux dénis de grossesse afin de favoriser une qualité dans les prises en soins des familles. En effet, selon nos expériences, des préjugés soutenus par des soignants peuvent avoir d'énormes conséquences sur la qualité de leur pratique tels qu'une négligence des besoins, des demandes et des attentes de la famille ce qui conduit à une prise en soins non adaptée à la situation. Nous pouvons alors relever différentes hypothèses de compétences spécifiques que doivent faire valoir les infirmier/ères dans les prises en soins touchant au déni de grossesse. Comme évoqué ci-dessus, il est important que les soignants soient formés au niveau théorique sur le phénomène du déni de grossesse et sur les différents enjeux qu'il peut amener, tels qu'un lien d'attachement problématique. Ils doivent alors faire preuve d'une grande compréhension ainsi qu'apporter un soutien psychologique important pour accompagner les familles dans cette épreuve.

Afin de diminuer les stigmatisations et de faire taire toutes ses fausses croyances, il serait primordial d'intégrer le déni de grossesse dans le DSM IV/CIM 10. Chaque cas est unique et il est difficile de définir le déni de grossesse, car la frontière entre le conscient et l'inconscient est minime. De manière à diminuer les préjugés dans la société et donc chez les professionnels de la santé, il serait nécessaire d'intégrer le déni de grossesse dans le DSM IV, afin qu'il soit reconnu et ainsi élaborer des interventions et évaluations adéquates. Cette classification permettrait aux soignants d'avoir une base théorique commune sur ce phénomène méconnu. En connaissant les différents facteurs de risques exposés ci-dessus, les médecins auraient de plus grandes compétences pour déceler une grossesse chez une patiente en âge de procréer. [Traduction libre] (Beier & al., 2006, 728-729).

Finalement, il est important de différencier deux phénomènes qui peuvent parfois se confondre, à savoir le déni de grossesse et la dissimulation de grossesse. En effet, ces deux phénomènes sont relativement tabous et souvent confondus dans notre société car ils amènent tous les deux à un manque de soins prénatals. Ces deux phénomènes se distinguent par les différentes caractéristiques des femmes vivant ces troubles. Les femmes souffrant d'une dissimulation de grossesse sont conscientes de cette dernière mais tentent de le cacher à leur entourage pour différentes raisons. Ces femmes sont principalement jeunes, habitent chez leurs parents et sont encore aux études. Ces femmes mettent en place différentes stratégies pour masquer leur grossesse, telles que de porter des habits amples et ne se mettent pas dans des situations publiques où leur grossesse pourrait être découverte. [Traduction libre] (Friedman & al., 2007, p. 118-119).

7.1.4 Importance de l'interdisciplinarité dans la prise en soins des femmes ayant souffert d'un déni de grossesse

L'interdisciplinarité est très présente dans le domaine de la maternité car il englobe la profession d'infirmière et celle de sage-femme. Ce fut un enjeu pour nous de différencier le rôle de ces deux professions lors de la rédaction de cette revue de littérature. Cependant nous allons développer d'avantage cette problématique dans le chapitre "limites de la revue de littérature".

Nous devons être attentives aux bénéfices précieux qu'apporte la collaboration entre les infirmières et les sages-femmes. Cette collaboration permet d'avoir une prise en soins globale de qualité, une poursuite des soins postnatals, de fournir des connaissances et des informations nécessaires concernant la parentalité, d'assurer le bien-être de la famille et enfin d'organiser un retour à domicile sécuritaire. [Traduction libre] (Johansson et al., 2010, p. 135).

D'après Tschannen et al. (2013), le plus important dans une collaboration interprofessionnelle est le fait d'avoir un objectif commun. Dans le contexte du déni de grossesse, l'objectif sera de soutenir les femmes concernées, de faire preuve de compréhension par rapport au phénomène qu'elles viennent de vivre, de ne pas les rabaisser au statut de menteuses, de leur permettre de diminuer le sentiment de culpabilité, de leur fournir les informations nécessaires à la compréhension de cet événement. Le rôle de l'équipe doit alors être d'accompagner la famille dans le processus d'acceptation de l'enfant et donc de les aider à créer une relation parent-enfant jusque là inexistante.

Finalement, il est important d'ajouter que d'autres intervenants vont être inclus dans ces situations, tels que des psychologues, psychiatres et assistant sociaux. En effet, le psychologue apporte un rôle important dans le soutien psychologique des parents et va les

accompagner dans le processus d'acceptation de leur nouveau-né. Selon Friedman & al., (2007), les suivis psychologiques ont été proposés uniquement dans de rares cas. Or, les auteurs affirment que le suivi psychologique après un tel événement est alors indispensable. En effet, les parents ne peuvent pas être prêts à offrir des soins de qualité à leur nouveau-né s'ils n'ont pas encore accepté leur nouveau statut [Traduction libre] (p.121). Les assistants-sociaux permettent d'évaluer la situation sociale, professionnelle et financière de la famille et gèrent tout l'aspect administratif. Parfois, dans certaines situations, le Service de Protection de la Jeunesse peut être appelé à intervenir auprès de la famille lorsqu'ils souhaitent par exemple faire adopter l'enfant.

Pour conclure, il est évident que le gynécologue va être inclus tout au long de la situation, au vu de sa présence lors de l'accouchement.

7.1.5 Rôle infirmier dans l'accompagnement des parents dans leur transition dans leur nouveau système familial

La théorie de la transition de Meleis a été notre cadre théorique tout au long de notre travail. Nous estimons très important et pertinent d'appuyer notre travail avec une théorie infirmière et cette théorie a tout son sens dans notre question de recherche. En effet, le principe de la transition se retrouve dans la plupart de nos articles. C'est un concept essentiel à la compréhension du phénomène de parentalité. Effectivement, comme évoqué à plusieurs reprises, le passage de femme/homme à mère/père est une importante transition dans ce nouveau rôle. Dans différents résultats d'articles, les femmes ayant vécu un déni de grossesse sont principalement multipares. Elles ont donc déjà vécu la transition du rôle de femme à mère. Selon Bell et al. (2004), il est important de relever le fait qu'une naissance représente un important changement dans le système familial et une transition dans une nouvelle organisation. Nous posons comme hypothèse le fait que ces changements dans la famille seront d'autant plus importants dans les situations de dénis de grossesse.

La naissance de tout enfant engendre un niveau de stress considérable dans la famille. Si la famille n'a pas les stratégies d'adaptation adéquates, cela va engendrer l'augmentation de stressseurs qui vont affaiblir ou détruire le système familial. [Traduction libre] (McGrath, 2012, p.8).

Comme évoqué dans les premières pages de notre revue de littérature, plusieurs pistes d'interventions proposées par Meleis peuvent être exposées dans le but de favoriser une transition réussie. Nous reprenons donc ces différentes pistes d'interventions en les adaptant au contexte de déni de grossesse. En premier lieu, il sera important d'évaluer le niveau de préparation des familles à un important changement dans leur système familial engendré par l'arrivée d'un nouvel enfant. Par la suite, il sera primordial de donner des bonnes informations nécessaires à une meilleure compréhension de la situation dans le but de préparer la famille à vivre leur transition. Pour finir, il est du rôle infirmier d'évaluer les différents soutiens présents pour la famille dans le but de fournir une aide.

Selon McGrath (2012), il est nécessaire, afin d'assurer une transition optimale des parents dans leur nouveau système familial, de les inclure précocement aux soins. En effet, il a été prouvé que cette pratique apporte des bénéfices tant physiologiques que comportementaux pour les membres de la famille, car cela augmente le sentiment de confiance dans leurs aptitudes parentales ainsi que dans leurs compétences [Traduction libre] (p.8).

7.1.6 Enjeu du retour à domicile après un séjour en postpartum.

Le retour à domicile après un séjour en maternité représente un événement primordial dans le déroulement de la transition de la famille. Plusieurs éléments doivent être mis en place par l'équipe interdisciplinaire pour assurer un suivi de qualité de la prise en soins de la famille dans son domicile. Nous allons émettre plusieurs hypothèses de proposition d'intervention issues de nos différentes lectures. Selon Johansson et al. (2010), la phase de transition de la famille dans leur nouvelle vie se déroule plus agréablement lorsqu'elle se trouve à domicile. Il est important de relever le fait que le principal enjeu du retour à domicile, selon les personnes interrogées dans ce même article, est l'allaitement. C'est un élément dont l'infirmière doit tenir compte lors de la conception des différentes interventions car l'allaitement peut être utilisé comme un outil permettant la collaboration entre la mère, le père, le nouveau-né et le professionnel de la santé. Dans le projet de soins, il sera alors important d'anticiper les complications que peut amener un allaitement problématique. Dans cet article, il a également été prouvé que les familles se sentent rassurées de bénéficier d'un suivi régulier lors de leur retour à domicile.

Il est important de prendre conscience que les familles ont apprécié le fait que les visites de santé assurées par les sages-femmes soient organisées d'office lors de leur retour à domicile. Il est vrai que les familles ont souligné qu'elles n'auraient pas pris l'initiative de faire appel aux soignantes par crainte de déranger. De ce fait, il est important que l'équipe soignante organise la mise en place de suivis réguliers de façon systématique lors d'un retour à domicile [Traduction libre] (p.134). Une autre piste d'intervention pertinente a été proposée par MacGrath (2012) qui relève les bénéfiques de fournir une préparation au retour à domicile de qualité tout au long du séjour dans le service postpartum. Cette préparation consiste alors à transmettre des informations pertinentes concernant les soins postnatals afin de permettre à la famille d'obtenir les connaissances nécessaires. Le but de cette pratique serait alors de répartir sur plusieurs jours les nombreuses éducations à la maternité nécessaires à un retour à domicile dans l'objectif de confirmer les acquis et renforcer la confiance de la famille le jour du départ à domicile. [Traduction libre] (p.9).

D'après Zadoroznyj (2006), la thèse que la famille subit une meilleure transition à domicile est confirmée. De plus, le fait de raccourcir le séjour en maternité permet des économies pour le système de santé et pour les assurances. Le fait de rentrer prématurément et de profiter d'un environnement plus calme permet de renforcer les liens avec la famille. Cependant, si les familles ne reçoivent pas de soutien adéquat de la part de professionnels ou de leur entourage à domicile, cela peut amener à une augmentation de l'anxiété et à une incapacité à allaiter. L'importance d'un repos optimal permet une transition favorable de la famille dans leur nouveau rôle. Les femmes peuvent mieux se reposer à domicile que dans un service de maternité où a lieu beaucoup d'agitation et de venues dans la chambre. Le suivi à domicile permet aux femmes de mieux se reposer et donc facilite la transition, augmente leur bien-être et donc favorise le lien d'attachement mère-enfant. [Traduction libre] (p.35-36). Grâce à la prise de conscience de ces différents éléments à mettre en place au vu d'un retour à domicile, l'infirmière devra alors être attentive aux demandes et aux besoins de la famille quant à la durée du séjour dans le service de maternité.

Selon l'Office Fédérale des Statistiques (2007), la durée moyenne d'un séjour en maternité après un accouchement spontané par voie basse en 2004 était de 5.6 jours en Suisse. Ces chiffres tendent à la diminution dans le but de réduire les coûts de la santé. D'après le 24Heures (2015), le séjour en maternité a diminué de trois à quatre jours après

l'accouchement au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). L'infirmière cheffe du service postnatal du CHUV précise que les familles ont maintenant la possibilité de raccourcir leur séjour dans le service de maternité au minimum 72 heures après l'accouchement. Pour ce faire, la professionnelle précise que les mères et le nouveau-né doivent impérativement remplir trois critères : obtenir l'approbation du gynécologue quant à l'état de santé des deux patients permettant le retour à domicile; avoir organisé un suivi par une sage-femme et un pédiatre assurant le suivi à la sortie du service et enfin d'avoir une personne ressource dans l'entourage qui peut offrir un soutien nécessaire au repos de la mère. Cependant, il est important de clarifier qu'aujourd'hui, les systèmes familiaux changent et la majorité des familles sont dites « nucléaires » (ce qui s'oppose au système familial dit « élargi »). Ce changement est un enjeu qui doit être considéré par les soignants lors d'une telle prise en soins. En effet, de nos jours, les familles ne possèdent pas toutes des aides de leurs proches. L'organisation du retour à domicile devra alors être envisagée de façon différente si la famille ne peut pas avoir recours à ce soutien familial. Ainsi les soignants devront proposer un suivi rapproché par les professionnels de la santé à domicile.

7.2 Recommandations pour la pratique

Dans ce chapitre, nous allons synthétiser les différentes recommandations pour la pratique que nous avons proposées dans la section précédente. Ce qui nous paraît être le point central à une meilleure prise en soins des familles touchées par le déni de grossesse est une formation spécialisée dans les complications postpartum incluant le déni de grossesse. Une formation de qualité, spécialisée dans ce domaine permettrait aux soignants d'acquérir des connaissances nécessaires sur ce phénomène, ce qui mènerait alors à une diminution des stigmatisations. Cette éradication des préjugés aboutirait au détachement des a priori reliés au déni de grossesse que portent certains professionnels de la santé. Selon Friedman & al., (2007) une clarification des apports théoriques permettrait aux médecins de mieux déceler les femmes à risque de déni de grossesse et d'apporter de meilleures investigations à une possibilité que la patiente soit enceinte. En effet, les médecins devraient envisager la possibilité de déni de grossesse chez les femmes présentant des plaintes de nausées, prises de poids, symptômes abdominaux, avec ou sans aménorrhée [Traduction libre] (p.121). D'après Friedman, Heneghan & Rosenthal (2009), le moyen d'investigation de grossesse le plus efficace est d'effectuer une échographie lors de présences de symptômes énumérés ci-dessus. Cette pratique permettrait alors à la patiente de prendre conscience de sa grossesse de manière concrète et réelle. La prévention du déni de grossesse dépend alors de la sensibilisation des professionnels de la santé [Traduction libre] (p.179). Cette prévention pourrait être favorisée par l'inclusion du phénomène de déni de grossesse dans une classification internationale.

L'avantage de déceler un déni de grossesse avant le terme est de pouvoir mettre en place rapidement un suivi psychologique pour aider la famille à accepter leur situation et les accompagner dans le processus de transition. L'interdisciplinarité est alors primordiale dans ce contexte de prise en soins dans le but d'offrir un soutien adapté à ces situations complexes. Une prise en soins de qualité doit inclure la promotion des interactions parent-enfants qui est un élément clé au processus du lien d'attachement. Ce dernier favorise un développement psychomoteur optimal du nouveau-né et permet aux parents d'entamer les différentes phases de la transition. Une proposition d'intervention qui permet de favoriser le renforcement des relations des parents avec leur enfant est la pratique du peau à peau durant la période de postpartum [Traduction libre] (Ferrarello & Hatfield, 2014, p. 57). Selon

Johansson et al. (2010), l'allaitement est également un procédé qui renforce le lien d'attachement et qui permet à l'infirmière d'inclure les parents dans les soins offerts au nouveau-né [Traduction libre] (p.134). Une autre intervention qui permet d'inclure les parents aux soins du nouveau-né est de promouvoir les instants d'interactions avec leur bébé lors du bain de ce dernier. Ces interventions permettent alors aux parents d'être inclus précocement dans les soins, ce qui permet de favoriser une transition optimale dans leur nouveau système familial et améliore leurs sentiments de confiance dans leurs compétences parentales [Traduction libre] (Nunes, & al. 2009, p.17), Avant le retour à domicile, l'infirmière sera tenue d'évaluer le niveau de préparation de la famille, de s'assurer qu'ils ont les informations nécessaires et qu'ils disposent d'un soutien de la part de leur entourage pour garantir un retour à domicile sécuritaire. Selon MacGrath (2012), plus la préparation au retour à domicile se fait précocement, plus la famille aura les capacités à vivre la transition de façon optimale et sécuritaire. [Traduction libre] (p.9)

Avant que la famille ne quitte le service de maternité pour retourner au domicile, l'équipe soignante doit systématiquement organiser un suivi régulier pour offrir un soutien professionnel à la famille durant les premiers jours suivant la fin de l'hospitalisation. D'après Johansson et al. (2010), ce soutien permet d'offrir à la famille une référence en cas de doute ou de questionnement quant aux soins postnatals. Ces auteurs exposent également les bienfaits sur le processus de transition de se retrouver dans un environnement sécuritaire et familial qu'est le domicile. [Traduction libre] (p.134).

7.3 Perspective de recherche

Dans ce chapitre, nous allons aborder différentes propositions de futures recherches, afin d'approfondir les connaissances dans le domaine d'un retour à domicile après un déni de grossesse. Selon nous, il serait judicieux qu'une étude soit effectuée auprès des parturientes ayant souffert d'un déni de grossesse, dans le but de faire émerger leurs besoins et leurs attentes en termes de soutien après un tel événement. En effet, nous ne sommes pas parvenues à trouver des articles scientifiques traitant précisément du retour à domicile dans ce contexte.

Nous tenons également à affirmer notre positionnement quant à l'inclusion du phénomène de déni de grossesse dans une classification internationale telle que le DSM IV. Nous estimons que cette avancée permettrait de diminuer les stigmatisations relatives au déni de grossesse, de reconnaître le déni de grossesse et d'offrir une base théorique commune à tous les professionnels de la santé. Cette base de connaissances communes offrirait la possibilité de mettre en places des prises en soins de qualité, adaptées aux besoins de la famille.

Wessel, et al (2002) précisent qu'il s'agit de la première recherche qui a permis d'obtenir des résultats concernant la fréquence du déni de grossesse. Ils ajoutent qu'il serait donc nécessaire d'effectuer de nouvelles études sur la fréquence du déni de grossesse afin de valider et de comparer leurs propres résultats. [Traduction libre] (p.1026).

Finalement, il serait enrichissant d'introduire en Suisse une association pour le soutien des femmes ayant souffert d'un déni de grossesse. Cela offrirait aux patientes des informations quant à leurs droits, le soutien et les possibilités de services qu'elles peuvent obtenir dans cette situation. Cette association permettrait alors de faire connaître et de diminuer le tabou qu'amène le phénomène de déni de grossesse en Suisse. En effet, lors de nos nombreuses

recherches, nous nous sommes rendues compte qu'aucune recherche scientifique n'a été effectuée dans notre pays.

7.4 Les limites de la revue de littérature

Lors de la rédaction de cette revue, nous avons été confrontées à plusieurs limites de recherche. Premièrement, nous sommes tout à fait conscientes du fait qu'un retour à domicile après un déni de grossesse représente des enjeux d'organisation dans le système familial, ce que nous avons développé tout au long de notre travail, mais cela amène également des enjeux d'organisation matérielle tels qu'une chambre pour le nouveau né dans le logement de la famille, des habits, des meubles etc. Nous n'évoquons pas cette organisation matérielle par choix dans notre travail, mais sommes conscientes que ce point ne peut pas être négligé et doit être pris en compte, par exemple avec l'aide d'une assistante sociale.

Un autre enjeu a fait surface lors de la rédaction de notre revue. Il touche à l'enchevêtrement des rôles de la sage-femme et de l'infirmière. Nous sommes conscientes que ces rôles sont à la fois proches et distincts dans certains cas. Cependant, selon nos différentes recherches dans les établissements de la région, notamment au CHUV dans le service postpartum, il a été confirmé que l'infirmière a un rôle important dans la prise en soins de la famille.

Ensuite, nous avons rencontré des difficultés lors de la recherche d'études scientifiques sur les bases de données concernant notre thématique. Il est vrai que notre question de recherche touche différents sujets et qu'aucune étude n'a été faite sur la totalité de nos thèmes. Comme nous l'avons souvent précisé, le déni de grossesse est un sujet encore tabou dans notre société, ce qui pourrait expliquer le manque de recherches scientifiques effectuées sur ce thème. Nous avons alors été tenues d'élargir nos recherches en séparant notre question de recherche en plusieurs thématiques.

Enfin, une limite peut être exposée sur le fait que tous les résultats d'études sont basés sur les accouchements ayant lieu à l'hôpital et non à domicile. Or, de part une méconnaissance de la grossesse, un déni peut parfois mener la femme à accoucher à domicile ou dans d'autres contextes. Ce nombre n'est alors pas défini et n'est jamais compris dans les résultats de recherche.

8. Conclusion

Afin de mettre un terme à notre revue de littérature, nous allons effectuer une conclusion des différentes recherches retenues. Ensuite, nous aborderons les apprentissages de ces études et leurs importances pour les soins infirmiers. Pour finir nous allons mettre en avant les différents acquis, tant personnels que professionnels, que nous a apportés l'écriture de ce travail.

Pour commencer, à la suite de la rédaction de notre question de recherche, nous avons défini cinq concepts centraux (déni de grossesse, lien d'attachement, postpartum, parentalité, transition) que nous avons décrits. A la suite de l'analyse de nos huit articles scientifiques, nous avons comparé les résultats de chacun ce qui nous a amené à répondre à notre question de recherche dans le chapitre de la discussion des résultats. Nous estimons que nous sommes parvenues à répondre à notre question de recherche grâce au fait que nous avons séparé six différents thèmes de réponses (formation spécialisée,

interdisciplinarité, stigmatisation du déni de grossesse, rôle infirmier dans l'accompagnement des parents dans leur transition, promotion du lien d'attachement, retour à domicile après un déni de grossesse). Développer au maximum l'implication dans la pratique nous paraissait primordial pour répondre entièrement à notre question de recherche. Nous allons synthétiser les principales interventions spécifiques à mettre en place lors de l'accompagnement d'une famille touchée par le déni de grossesse et de l'organisation du retour à domicile. Il serait primordial de briser les croyances erronées des soignants en utilisant la reconnaissance de l'altérité dans le but de diminuer les stigmatisations entravant une prise en soins de qualité. D'établir des projets de soins en interdisciplinarité afin d'élaborer des objectifs communs dans le but de répondre aux attentes et aux besoins de la famille. D'évaluer le niveau de préparation de la famille à vivre la transition dans le nouveau système familial. De donner les informations nécessaires à une meilleure compréhension de la situation. Investiguer le soutien que peut offrir l'entourage. D'assurer les visites à domicile des différents professionnels de la santé tel que le pédiatre, la sage-femme, le psychologue, l'infirmière de la petite enfance, dans le but de renforcer le sentiment de confiance des parents. De favoriser les interactions parent-enfant en incluant les parents dans les soins et en utilisant la méthode du peau à peau également lors du retour à domicile dans le but d'assurer un lien d'attachement parent-enfant optimal. D'assurer l'organisation d'un suivi psychologique de la famille. Finalement, tant au niveau personnel que professionnel, nous serons tenues d'apporter aux équipes nos connaissances concernant le déni de grossesse dans le but de favoriser des savoirs communs et de mettre en place des projets de soins adaptés.

Apprentissages liés à la recherche et importance pour les soins infirmiers

Cette revue de littérature nous a permis d'acquérir de l'aisance quant à l'utilisation des bases de données. Ces recherches nous ont également menées à nous familiariser avec l'utilisation d'une méthodologie rigoureuse et à reconnaître les différents critères qui reflètent la qualité et la fiabilité de l'étude. Lors de nos premières recherches sur les bases de données, nous avons pris conscience de l'importance de l'utilisation de descripteurs adéquats afin de trouver des articles répondant à notre question de recherche. La rédaction de cette revue nous a amené à nous familiariser avec la construction d'une problématique sur la santé puis d'y répondre à l'aide de recherches scientifiques. Cette habileté à effectuer des recherches dans les bases de données nous permettrons, dans notre future vie professionnelle, de nous référer aux sources scientifiques pour améliorer la qualité de nos prestations en justifiant les interventions et en promouvant le rôle autonome infirmier. Nous pouvons reprendre l'exemple de l'inclusion du déni de grossesse dans une classification internationale en évoquant l'hypothèse que cela puisse amener à une meilleure investigation des grossesses, à une prise en soins de qualité et enfin à une diminution des stigmatisations sur ce sujet.

Pour conclure, les études scientifiques permettent de baser nos soins et nos interventions sur des résultats probants, dans le but d'assurer l'avancée scientifique et l'évolution de notre profession.

Développement professionnel et personnel

Nous avons pris conscience, au niveau professionnel, de l'importance du rôle que porte l'infirmière dans l'accompagnement des parturientes ayant vécu un déni de grossesse en tenant compte de la phase de transition. Nous avons également pris conscience de l'importance de se référer à une théorie intermédiaire ou à un modèle infirmier lors des

prises en soins. En effet, cela permet de diriger nos prestations dans des valeurs spécifiques et de faire des liens importants entre la théorie et la pratique. Ce travail nous a permis de développer nos connaissances sur le rôle de l'infirmière en maternité ; un rôle que nous n'abordons que très peu durant notre formation initiale. En choisissant le thème du déni de grossesse, nous avons pris conscience de l'impact des stigmatisations dans les prises en soins et de l'importance, en qualité de soignants, de se détacher des a priori. Le sujet du déni de grossesse est particulièrement porteur de préjugés de par son aspect irrationnel. Cependant, de nombreuses problématiques telles que la gestion de la douleur peuvent également être négligées et influencées par les stigmatisations.

Ce travail de Bachelor nous a permis, d'un point de vue tant personnel que professionnel, de développer nos compétences de collaborateur et de communicateur. Il est vrai que durant toute la rédaction de ce dossier, nous avons dû faire preuve d'ouverture d'esprit dans le but de tenir compte de tous les avis et de les respecter. Nous avons été soutenues et conseillées par notre directrice de travail de Bachelor, Madame Véronique Hausey-Leplat dans les moments de doutes et de questionnement. Ce travail nous a permis d'exercer notre organisation quant à la rédaction à moyen-long terme de ce dossier. Pour ce faire, nous avons fait le choix de travailler par moments ensemble et d'autres fois individuellement en nous répartissant le travail.

Finalement, la rédaction de cette revue de littérature met un terme à notre formation initiale et nous permet de mettre en œuvre nos différentes compétences acquises et de faire des liens entre nos expériences professionnelles et les savoirs théoriques.

9. Liste de références

- Alligood, M.-R. & Tomey, A.-M. (2010). *Nursing Theorists and their work : transition theory*. United States. Mosby Elsevier.
- Association Suisse des Infirmières et Infirmiers. (2008). *Les infirmières et la recherche : Principes éthiques*. [Brochure]. Bern : ASI.
- Beier, K-M., Wille, R. & Wessel, J. (2006). Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction : A proposal for international classification systems. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 723-730.
- Bell, L., Goulet, C., Tribble, D. & Paul, D. (2004) Etablissement du lien mère-enfant et père-enfant à la période périnatale. *Perspective infirmière*, 12-22.
- Bell, L., Goulet, C., Tribble, D., Paul, D. & Polomeno, V. (1996). Une analyse du concept d'attachement parents-enfant. *Recherche en soins infirmiers*, 46, 4-13.
- Cairn.info chercher, repérer, avancer. (2009). Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Repéré à <https://www.cairn.info/revue-devenir-2009-1-page-31.htm>
- Farrarello, D. & Hatfield, L. (2014). Barriers to skin-to-skin care during the postpartum stay. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 39(1), 56-61.
- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthode quantitatives et qualitatives*. Montréal, Canada : Chenelière Education.
- Guédeney. N. (2012), *l'attachement, un lien vital*. [Vidéo en ligne]. Repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=Vg04KWHWH5o>
- Hatters Friedman, S., Heneghan, A. & Rosenthal, M. (2007). Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy. *Psychosomatics*, 48(2), 117-122
- Hatters Friedman, S., Heneghan, A., Rosenthal, M. (2009). Characteristics of women who do not seek parental care and implications for prevention. *Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38, 174-181.
- Jacob Alby, V., Quaderi, A. & Védie, C. (2014). Le déni de grossesse relève-t-il d'une maladie mentale ? *Annales Médico-Psychologiques*, 172, 382-386.
- Johansson, K., Aarts, C. & Darj, E. (2010). First-time parents' experiences of home-based postnatal care in Sweden. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 115, 131-137.
- Larousse, Dictionnaire de la langue française. (2006) Encyclopédie médicale. Repéré à <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/déni/12429>
- Larousse, Dictionnaire de la langue française. (2006) Repéré par <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/attachement/6192?q=attachement+#6172>
- McGrath, J. (2012). Strategies to support the transition to home. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 8-9.
- Nadot, M. (2005). L'infirmière comme intermédiaire culturelle, une des formes possibles de l'intermétier ? *La profession infirmière : développement et tendances*, 700, 370-382.

- Nicollier, M. (2015). 24Heures, Quitter l'hôpital 2 jours après l'accouchement. Repéré à <http://www.24heures.ch/vaud-regions/Quitter-l-hopital-2-jours-apreslaccouchement/story/17031910>
- Ott, M. & Schmit, E. (2010). *Comment favoriser le processus d'attachement mère-enfant dans les premiers jours post-partum suite à un déni de grossesse?* Travail de Bachelor inédit, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source. Repéré à <http://doc.rero.ch/record/31507?ln=fr>.
- Rimond, P., Hendrick, P. & Le Bras, O. (2013). *Les maternelles, déni de grossesse : qu'est ce que ça cache.* [vidéo en ligne]. Repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=jotY-keTYBE>
- Schwab, P. & Zwimpfer, A. (2007). StatSanté, résultats des statistiques Suisse de la santé. Mettre au monde dans les hôpitaux de Suisse. Repéré à www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.Document.90671.pdf
- Suplee, P. (2014). Redefining and Understanding the Needs of Women in the Postpartum Period and Beyond. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 43(6), 780-781
- Tschannen, K., Mira, M., Giacomini, M. & Palmieri, L. (2013). *Un passager clandestin : Les vérités sur le déni de grossesse.* Repéré à http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2012_2013/rapports/deni-de-grossesse.pdf
- Vellut, N., Cook, J., & Tursz, A. (2012). Analysis of the relationship between neonaticide and denial of pregnancy using data from judicial files. *Child Abuse & Neglect*, 36, 553-563.
- Wessel, J., Endrikat, J. & Buscher, U. (2002). Frequency of denial of pregnancy : results and epidemiological significance of a 1 year prospective study in Berlin. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81, 1021-1027.
- Wessel, J., Gauruder-Burmester A. & Gerlinger, C. (2007). Denial of pregnancy—characteristics of women at risk. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 86, 542-546.
- Wikipédia, L'encyclopédie libre (2015). Parentalité. Repéré à <https://fr.wikipedia.org/wiki/Parentalité>
- Zadoroznyj, M. (2006). Postnatal care in the community : report of an evaluation of birthing women's assessments of a postnatal home-care programme. *Health and Social Care in the Community*, 15(1), 35-44.

10. Bibliographie

- Aktan, N.-M. (2012). Social support and anxiety in pregnant and postpartum women : a secondary analysis. *Clinical Nursing Research*, 21(2), 183-194.
- Beck, C. & Watson, S. (2010). Subsequent childbirth after a previous traumatic birth. *Nursing Research*, 59(4), 241-249.
- Bell, L., Sylvestre, A., Tribble, D., Goulet, C. & Tronick, E. (2004). Lien parents-enfant à la période périnatale : évaluation et intervention. *Perspective infirmière*, 32-36.
- Brooten, D., Youngblut, J., Brown, L., Finkler, S., Neff, D. & Madigan, E. (2001). A randomized trial of nurse specialist home care for women with high-risk pregnancies : outcomes and costs. *National Institutes of Health*, 7(8), 793-803.
- Dayan, J. & Bernard, A. (2013). Déni de grossesse, infanticide et Justice. *Annales Médico-Psychologiques*, 171, 494-498.
- Forestier, A. & Grosjean, L. (2015). *Qualité et pertinence de l'accompagnement infirmier d'une personne souffrant d'un cancer lors de sa transition entre soins curatifs et soins palliatifs*. Travail de Bachelor inédit, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source. Repéré à <https://doc.rero.ch/record/257892?ln=fr>
- Jenkins, A., Millar, S. & Robins, J. (2011). Denial of pregnancy – a literature review and discussion of ethical and legal issues. *Journal of the royal society of medicine*, 104, 286-291.
- Johnson, K. (2013). Maternal-Infant bonding : a review of literature. *International Journal of Childbirth Education*. 28(3), 17-22.
- Karl, D., Beal, J., O'Hare, C. & Rissmiller, P. (2006). Reconceptualizing the nurse's role in the newborn period as an « attacher ». *MCN*, 11(4), 257-262.
- Kemp, L., Harris, E., Macmahon, C., Matthey, S., Vimpani, G., Anderson, T. & Schmied, V. (2008). Miller early childhood sustained home-visiting (MECSH) trial : design, method and sample description. *BMC Public Health*, 8(424), 1-12
- Nau, J.-Y. (2011). Enceinte, moi ? Jamais de la vie ! *Revue médicale Suisse*, 830-831.
- Olds, D., Henderson, C., Tetelbaum, R. & Chamberlin, R. (1986). Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy : A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 77(1), 16-28.
- Raby, C., Dowse, T. & Bennet, L. (2008). Postpartum/newborn patients : who are they and do they all need the same amount of nursing care ? *Journal of Nursing Management*, 16, 198-203
- Rowan, C., Bick, D. & Bastos, M. (2007). Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth : exploring the gap between the evidence and UK policy and practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(2), 97-105.
- Schenk, L.-K., Kelley, J & Schenk, M. (2005). Models of maternal-infant attachment : a role for nurses. *Family Matters*, 31(6), 514-517.

Segneurie, A.-S. & Limosin, F. (2012). Dénier de grossesse et néonaticide : aspects cliniques et psychopathologiques. *La revue de médecine interne*, 33, 635-639.

Stotland, N. & Stotland, N. (1998). Denial of pregnancy. *Psychiatry Update*, 5(5), 247-250

Tronche, A.-M., Vilemeyer-Plane, M., Brousse, G. & Llorca, P.-M. (2007). Du déni de grossesse au néonaticide : hypothèses diagnostiques autour d'un cas. *Annales Médico-Psychologiques*, 165, 671-675.

Vallone, D. & Hoffman, L. (2003). Preventing the tragedy of neonaticide. *Focus on Women's Health*, 17(5), 223-228.

11. Annexe

11.1 Annexe 1 : grille de lecture des articles

Critères	Commentaires
Titre	
Année de publication	
Auteur <ul style="list-style-type: none"> Nom : titre : renommée 	
Nom de la revue	
But de l'étude	
Type de document	
Question de recherche	
Echantillon : <ul style="list-style-type: none"> Taille de l'échantillon Définition de la population étudiée Critères, diagnostics 	
Considération éthique : <ul style="list-style-type: none"> Commission éthique Moyens pour sauvegarder les droits des participants 	
Méthode	
Résultats : <ul style="list-style-type: none"> Tableaux, figures Texte narratif Indication du seuil de signification pour chaque résultat statistique 	
Discussions des résultats <ul style="list-style-type: none"> Définition des limites de l'étude Comparaison avec résultats d'études antérieures 	
Retombée sur la pratique	
Les conclusions amenées dans la discussion semblent découler de l'interprétation des données	
Echantillon (uniquement étude quantitative)	

Inspiré de :

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthode quantitatives et qualitatives*. Montréal, Canada : Chenelière Education.