

Marisa OTT & Esther SCHMID

Volée Automne 2007

PROGRAMME DE FORMATION D'INFIRMIÈRES, INFIRMIERS BACHELOR

**Comment favoriser le processus d'attachement mère-enfant
dans les premiers jours post-partum suite à un déni de
grossesse ?**



Été 2010

Haute Ecole de la Santé La Source, Lausanne

Directrice : C. Borloz

Remerciements

Nous désirons tout spécialement remercier notre directrice de mémoire, Madame Borloz, pour ses nombreux conseils et son soutien durant l'élaboration de notre travail de Bachelor.

De plus, nous tenons à présenter notre gratitude à Madame Reid qui a accepté de nous lire et d'être notre experte du terrain.

Enfin, nous aimerions remercier nos familles et nos amis pour leur soutien et leurs encouragements durant ce travail.

Résumé

Objectifs : C'est au travers de l'établissement d'une revue de littérature que nous souhaitons répondre à la problématique suivante : Comment favoriser le processus d'attachement mère-enfant dans les premiers jours post-partum suite à un déni de grossesse ? Plusieurs concepts découlent de ce questionnement que nous faisons nôtre. Ainsi, le déni de grossesse, le processus d'attachement, la parentalité et la crise sont les concepts clés de ce travail. Le déni de grossesse est un phénomène méconnu, il est décrit (Grangaud, 2002 ; Wessel *et al.* 2007) comme une non-reconnaissance de la grossesse au delà de 20 semaines de gestation qui peut durer jusqu'à l'accouchement. Notre postulat de départ consiste dans le fait que le lien d'attachement mère-enfant se crée plus difficilement suite à un déni de grossesse pour la simple et bonne raison que le processus d'attachement qui commence dès la conception ne peut logiquement pas avoir lieu. L'attachement est primordial, car il influence le développement physique et psychique de l'enfant (Bowlby, 1978 ; Van Ijzendoorn, 2005 ; Alhusen, 2007).

Méthodologie : En ce qui concerne la recherche des articles scientifiques, nous avons utilisé les bases de données de CINAL et MedLine. N'ayant pas trouvé d'articles répondant directement à notre problématique, nous en avons recherché par thème. Les études sélectionnées et analysées datent toutes des sept dernières années.

Résultat : Contrairement aux préjugés sur les femmes vivant un déni de grossesse, les résultats des recherches démontrent que la majorité des mères concernées ont fait des études (niveau Baccalauréat) et sont âgées de plus de 18 ans. Le processus d'attachement entre la mère et son nouveau-né est plus délicat lorsqu'il n'y a pas eu d'attachement prénatal. Dans l'établissement de cette relation, les infirmières jouent un rôle essentiel.

Discussion : Nos recherches révèlent une nécessité d'informer plus précisément les professionnels et la population en général, sur cette thématique encore mal connue du déni de grossesse. En effet, la reconnaissance de ce phénomène aide les soignants à se positionner dans une attitude de non-jugement. Un accompagnement psychothérapeutique en post-partum est proposé par plusieurs auteurs (Pierronne *et al.*, 2002 ; Hatters Friedman *et al.*, 2007 ; Wessel *et al.*, 2007 ; Vallon *et al.*, 2003) afin de travailler sur le choc post-traumatique et le sentiment de culpabilité que ces mères ressentent. Cependant, les interventions favorisant le lien d'attachement en post-partum, sont identiques à toutes les mères.

Mots-clés : Déni de grossesse, processus d'attachement, rôle infirmier

La rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute Ecole de la Santé La Source.

Table des matières

1. INTRODUCTION	1
1. QUESTION ET PROBLÉMATIQUE	1
1.1. CONCEPTS MOBILISÉS	2
1.2. CHAMP DE LA DISCIPLINE	5
2. MÉTHODOLOGIE	6
3. RÉSULTATS DES RECHERCHES	7
3.1. CRITÈRES DE CHOIX	7
4. ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES	8
4.1. ARTICLE 1	8
4.2. ARTICLE 2	9
4.3. ARTICLE 3	10
4.4. ARTICLE 4	10
4.5. ARTICLE 5	11
4.6. ARTICLE 6	12
4.7. ARTICLE 7	13
4.8. ARTICLE 8	13
5. COMPARAISON DES RÉSULTATS	14
6. DISCUSSION ET PERSPECTIVES	18
6.1. RECONNAISSANCE DU DÉNI DE GROSSESSE	18
6.2. BESOINS EN POSTPARTUM	19
6.3. APPORTS POUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE	20
6.4. LIMITES	22
7. CONCLUSION	23
7.1. AUTO-ÉVALUATION ET APPRENTISSAGES	24
8. BIBLIOGRAPHIE	25
8.1. LISTE DE RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	25
8.2. LISTE BIBLIOGRAPHIQUE	27

1. Introduction

Le travail de Bachelor, sous forme de revue de littérature, se définit comme une initiation au travail de recherche qui cherche à répondre à un questionnement professionnel issu de la pratique. Nous avons recherché et sélectionné des articles scientifiques dans le but de proposer des pistes de réflexions et d'interventions afin de répondre à notre problématique. Pour pouvoir être à même de présenter ce travail, nous avons dû développer des compétences d'analyse et de synthèse.

Dans un premier temps, nous allons énoncer et délimiter la problématique du travail. Dans un deuxième temps, nous argumenterons notre choix en regard de la pertinence dans le champ clinique des soins infirmiers. Dans un troisième temps, nous allons sélectionner et critiquer huit articles scientifiques. Les résultats obtenus des articles de recherches nous permettront d'alimenter notre débat et d'offrir de nouvelles perspectives pour les soins infirmiers. Pour conclure notre dossier, nous proposerons une réflexion issue des différents apports que nous aura révélé notre étude. Enfin, nous avons pour but de permettre aux professionnels de la santé de se faire un avis objectif sur notre problématique.

Dans ce travail, nous utiliserons le terme infirmière qui comprend également le masculin.

1. Question et problématique

Avant de pouvoir définir notre question de recherche, nous avons passé par plusieurs étapes. Premièrement, il nous a fallu réfléchir à un sujet qui nous interpellait autant l'une que l'autre. De ce fait, dès le début de notre formation, nous nous sommes toujours intéressées aux relations interpersonnelles et en particulier à l'attachement mère-enfant. En un second temps, un autre sujet qui attirait notre attention depuis quelques temps était le déni de grossesse. En effet, il y a trois ans, nous avons côtoyé une personne ayant vécu cette situation spécifique. La prise en soin de ce cas ainsi que cette thématique particulière, a donc naturellement éveillé notre intérêt et nos questionnements. Nous avons donc choisi de saisir l'occasion de ce travail de Bachelor pour réaliser des recherches autour de ces deux sujets. Notre problématique s'intitule :

- Comment favoriser le processus d'attachement mère-enfant dans les premiers jours post-partum suite à un déni de grossesse ?

Nous nous concentrons, dans le cadre de cet écrit, uniquement sur les cas des femmes hospitalisées dans un service de maternité.

Notre postulat de départ part du présupposé qu'il est plus difficile de créer un lien d'attachement mère-enfant lorsqu'il y a eu un déni de grossesse. Pour pouvoir émettre cette hypothèse, nous sommes parties du principe que le lien d'attachement se crée dès la conception de la grossesse ou dès la prise de conscience de cette dernière.

1.1. Concepts mobilisés

Ce sous chapitre a pour fonction de définir les concepts clés de ce travail énumérés dans les objectifs du résumé ci-dessus.

Déni de grossesse

L'un des facteurs principaux du déni de grossesse consiste dans le fait que la femme n'a pas conscience de sa grossesse. Grangaud (2002), médecin ayant rédigé sa thèse en 2001 à la faculté de Paris sur le déni de grossesse, le définit comme « la non-reconnaissance d'une grossesse au-delà du premier trimestre et qui peut se prolonger jusqu'à l'accouchement » (p. 174). Le corps de la femme « vivant » un déni ne présente aucun signe de grossesse. Elle ne prend que très peu de poids, son ventre reste « plat », elle n'a pas de symptômes comme des nausées matinales et l'aménorrhée est absente (Pierronne *et al.* 2002). Le bébé ne donne pratiquement pas de signe de vie, il ne bouge pas, et s'il le fait, la maman ne le perçoit pas comme tel. Selon le professeur Nisand (gynécologue-obstétricien, cité dans l'enregistrement vidéo de Rawlins-Gaston, 2009) « ce phénomène s'explique par la position du fœtus qui se développe de manière longitudinale, si bien que l'utérus ne bascule pas vers l'avant ». C'est par ces divers mécanismes que la grossesse reste inaperçue pour la mère et l'entourage. Le déni de grossesse diffère donc de la dissimulation (Quarante, 2008).

Marinopoulos (1997, cité par Grangaud, 2002, p. 179), distingue deux sortes de déni : le déni partiel et le déni total. Dans le premier cas, la femme se rend compte de sa grossesse avant le terme. Il a été observé qu'à partir du moment où la future « maman » admet sa grossesse, elle peut en quelques heures prendre l'aspect « d'une femme enceinte ». Ce fut le cas, par exemple, de Sheryfa Luna, la gagnante de Popstars en 2007. Pour d'autres, la grossesse semble tellement irréaliste que rien ne change jusqu'à l'accouchement. Par contre, le terme de déni total est utilisé quand la femme ne découvre la grossesse qu'au moment du travail, voire à l'accouchement. Ces accouchements sont souvent décrits comme peu douloureux et très rapide. Il arrive que la femme associe les contractions à une autre cause telle qu'à une gastro-entérite.

Pierronne *et al.* (2002) utilisent le terme de « la contagion du déni » (p. 186). En disant cela, ils mettent en évidence que ni le partenaire, ni l'entourage familial et amical ne se rendent compte de la grossesse. Dans leur étude, il est également ressorti qu'un tiers des femmes vivant un déni avaient consulté pour des douleurs, des troubles intestinaux ou urinaires ou des malaises durant leur grossesse. Cependant, l'hypothèse de grossesse n'est pas apparue, ou uniquement l'idée d'une grossesse débutante alors que la femme était à terme.

D'après l'Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse (2009), il y a 2 ou 3 dénis de grossesse pour 1000 naissances. Certes, cela semble un petit pourcentage. Cependant, cela représente entre 800 et 2400 femmes par an en France. Les recherches sur le déni de grossesse mettent en évidence que ces chiffres sont probablement sous-estimés.

Dans cette revue de littérature, nous allons utiliser l'abréviation « FVDG » pour parler des femmes vivant un déni de grossesse.

Processus d'attachement

Comme le dit Mme Gorre Ferragu (2002) : « la grossesse constitue une gestation physique dont l'aboutissement est l'enfant, mais aussi une gestation psychique qui permet d'accéder au statut de mère » (p. 34). Cette gestation psychique durant la grossesse se fait par le désir de la conception de l'enfant, la conceptualisation mentale du bébé, les échographies et la perception des mouvements fœtaux. Selon Bowlby (1969, cité par Bell *et al.*, 1999) « le parent planifie de s'attacher à l'enfant et ce, avant même sa naissance » (p. 22). Cependant, dans les situations de déni de grossesse total, cette gestation psychique ne peut commencer qu'à l'accouchement. Par conséquent, ceci soulève « de nombreuses interrogations, notamment sur le devenir de la relation mère-enfant » (Quarante, 2008, p. 40).

Le terme « attachement » est utilisé pour décrire le lien affectif entre le nourrisson et la personne qui en prend soin. Selon Egeland (2005) « l'attachement n'est pas une caractéristique propre au nourrisson ni à la personne qui s'en occupe. C'est plutôt un modèle d'interaction affective et comportementale qui s'établit » (p. 1). L'importance de la relation précoce entre le nourrisson et le principal donneur de soins a été décrite par le pédopsychiatre Bowlby (1978). Ce dernier définit l'attachement comme étant un « besoin primaire » du jeune enfant essentiel à sa survie. Il décrit l'attachement comme un « comportement instinctif primaire » qui permet de rechercher et de maintenir la proximité avec la personne qui répond à ses besoins élémentaires. Toujours selon Bowlby (1978), le bébé, qui a besoin d'être rassuré et protégé, va développer un ensemble de comportement pour s'assurer de la présence et de la disponibilité de la personne d'attachement. Selon Ainsworth (1973, cité par Dozier, 2005) « la qualité de l'attachement que les enfants développent semble largement dépendre de la disponibilité des personnes qui en prennent soin » (p. 1). Suite à un déni de grossesse, les femmes peuvent se retrouver dans un choc post-traumatique. Ainsi, leur disponibilité peut en être réduite. D'où l'importance d'y prêter « une attention particulière » (Quarante, 2008, p. 40).

Ce besoin d'attachement va donner les moyens à l'enfant de développer une certaine sécurité qui lui donnera la possibilité d'explorer le monde autour de lui afin d'acquérir de l'autonomie. D'après Bell *et al.* (1999) « un attachement de qualité aide à une meilleure régulation des émotions et réduit les troubles du comportement lors de l'adolescence » (p. 21). Conformément aux dires de Van Ijzendoorn (2005) « l'attachement est un jalon majeur du développement dans la vie de l'enfant et demeure un enjeu important tout au long de la vie » (p. 1). Ceci met donc en évidence l'importance de favoriser le processus d'attachement.

Parentalité

La parentalité, du mot anglais « parenthood », désigne le processus qui mène à l'état d'être parent. Selon Bouregba (2004, cité par Lamboy, 2009) la parentalité est « l'ensemble des processus de maturation psychique propres à la fonction parentale » (p. 32). Rousseau (2007) définit la parentalité comme « l'ensemble des dispositions affectives et psychiques des parents nécessaires pour accompagner au mieux leurs enfants dans la vie et lui permettre d'advenir sujet » (en ligne).

Une naissance préparée entraîne un bouleversement dans l'organisation familiale. Lors d'un déni de grossesse, où la naissance n'est pas planifiée, ce stress familial est augmenté. En effet, les FVDG ne peuvent pas se préparer psychologiquement à l'arrivée de l'enfant comme les autres mères qui, elles, ont prévu l'arrivée du nouveau-né et ont peut-être même aménagé la chambre du bébé. Ainsi, les FVDG doivent mobiliser un large spectre de ressources.

Ces femmes vivent une transition, « un passage d'une étape de vie, condition, statut à une autre pendant laquelle des changements dans la santé, le rôle relationnel, les attentes ou les habilités créent une période de vulnérabilité » (Chick et Meleis, 1986, p. 239-240, cité par Wosinski, 2010). D'après Cowan (1995 ; Lee, 1997, cité par Nelson, 2003) « la transition vers la maternité est une transition commune qui pose des problèmes d'ajustement significatif pour la plupart des femmes et constituent une préoccupation particulière pour les prestataires de santé » (traduction libre des auteures, p. 465). C'est donc à ce moment précis que le rôle de l'infirmière est capital pour faciliter la transition. Effectivement, Nelson (2003) souligne ces propos en disant que la transition est une préoccupation centrale des soins infirmiers (p. 465).

La crise

La crise se produit quand il y a un changement, une rupture de l'équilibre. La personne passe d'un état d'équilibre à un état de vulnérabilité, puis, à un état de crise qui consiste en une période de déséquilibre intense. Tout au long du processus, l'identité de l'individu est fragilisée. Selon Caplan (1964), la crise est « une période relativement courte de déséquilibre psychologique chez une personne confrontée à un événement dangereux qui représente un problème important pour elle, et qu'elle ne peut ni fuir, ni résoudre avec ses ressources habituelles de solution de problème » (p. 53). Si la personne est en crise, c'est donc qu'elle n'a pas les ressources nécessaires pour faire face au conflit. Cela veut dire que les stratégies habituelles d'adaptation de l'individu, conscientes ou inconscientes, ne permettent plus de surmonter les difficultés. Il s'ensuit alors un déséquilibre, une désorganisation et un bouleversement. Selon Moser (2007) « ce qui est une crise pour une personne, ne l'est pas forcément pour une autre » (p. 1). Si l'individu présente déjà une vulnérabilité, la crise sera plus conséquente.

Dans les situations de déni de grossesse, ces femmes vivent une crise où elles doivent déployer des moyens permettant de faire face à la situation. Ceci nécessite du coping (Lasarus et Folkman, 1984, cité par Moser, 2007), un « ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeant [déployés] pour générer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées [par la personne] comme consommant ou excédant ses ressources » (p. 2).

1.2. Champ de la discipline

Notre problématique est issue de la pratique infirmière. Nous allons donc argumenter sa pertinence en regard du métaparadigme des soins infirmiers et de ces quatre concepts qui le composent.

- La personne : Il est pour nous important que la personne soit le centre de notre prise en soins. Peplau (1952, cité par Kérouac, 1994) définit la personne « comme un être bio-psycho-social-spirituel qui est en développement constant » (p. 32). Dans notre travail, nous nous centrons sur l'entité enfant et mère ayant vécu un déni de grossesse. Cette femme doit développer un grand nombre de compétences afin de s'adapter à son nouveau rôle de mère. Le nouveau-né doit s'adapter à la vie extra-utérine.
- Le soin : Pour nous, le soin et la personne sont indissociables dans la pratique infirmière ; les soins sont individualisés en regard de chaque personne et de sa situation. Orem (1991, cité par Kérouac, 1994) décrit le soin comme « centré sur les personnes qui ont des incapacités face à l'exercice d'autosoins. Les soins infirmiers visent à aider les personnes à surmonter ces limites dans l'exercice d'autosoins » (p. 30). C'est le rôle propre de l'infirmière. Lors d'un accouchement, les femmes vivent une transition. Meleis (1991, cité par Kérouac, 1994) précise aussi que « les infirmières sont intéressées à aider des personnes qui font l'expérience d'une transition » (p. 59).
- L'environnement : Au sein d'un service de maternité, l'offre en soins est construite autour de l'entité mère-enfant, autour de laquelle gravite l'entourage. Il est important de prendre en considération la durée d'une hospitalisation. En Suisse, en 2004, la durée moyenne du séjour en post-partum était de 5,6 jours pour un accouchement par voie basse, sans complication (Office Fédérale de la Statistique, 2007). Cependant, selon nos observations dans un service de maternité, cette durée moyenne est en diminution ces dernières années. Nous émettons l'hypothèse que lors d'un déni de grossesse le temps d'hospitalisation sera augmenté afin de permettre l'adaptation à cette nouvelle situation et la préparation du retour à domicile. « La question de temps est importante, non seulement en terme de planification, avec un début et une fin, mais aussi de maturation d'un projet » (Berset et Gaillard Desmedt, 2008, p. 2). Pour Orem (1991, cité par Kérouac, 1994) « l'environnement représente l'ensemble des facteurs externes qui influent sur la décision de la personne d'entreprendre des autosoins. [...] C'est aussi une partie intégrante de la personne » (p. 30).

- La santé : Notre rôle infirmier est de promouvoir la santé. Le processus d'attachement dans la petite enfance a été identifié comme une composante intégrante du développement futur d'un enfant (Alhusen, 2007, p. 315). Ce même auteur dit également qu'il y a un lien entre l'attachement prénatal et postnatal. Ainsi, dans les situations de déni de grossesse, notre rôle infirmier dans la promotion du processus d'attachement, est important.
Selon Poinso *et al.* (2001) « 46% des femmes [hospitalisées en postpartum] expriment un besoin d'aide pour elles-mêmes, aide médicale, sociale ou psychologique » (p. 394). Il est donc primordial d'attacher de l'importance aux besoins des parturientes afin de répondre à ces derniers.

2. Méthodologie

Afin d'effectuer ce travail de fin d'étude au mieux, il était capital pour nous de collaborer avec des partenaires de confiance. Ayant déjà travaillé ensemble pour d'autres projets, nous avons constaté que nous nous complétions bien.

Lors de la réalisation du projet de ce travail de Bachelor, il était primordial de commencer par vérifier la pertinence de notre question de recherche. Pour cela, le suivi de plusieurs séminaires ont permis d'exposer diverses questions et craintes aux autres étudiantes ainsi qu'au professeur, mettant ainsi à profit leurs connaissances et leurs représentations sur ce sujet. Ensuite, pour vérifier la pertinence de cette problématique, des recherches ont été effectuées dans la littérature.

Pour trouver des articles de recherches scientifiques, nous avons utilisé les bases de données de CINAL et MedLine. Au début de nos recherches, nous avons rencontré des difficultés pour trouver des articles pertinents sur notre thème. Les mots-clés que nous avons utilisés au départ étaient : *denial of pregnancy AND attachment mother-infant AND nurse*. Nous nous sommes très vite rendues compte qu'il n'y avait pas d'articles consacrés à notre problématique de recherche en tant que telle. Ainsi, nous avons élargi notre recherche en utilisant des différents thèmes de notre sujet : *denial AND pregnancy ; denial AND pregnancy AND attachment ; denial AND nursing therapeutics AND attachment ; mother-infant AND bonding ; antenatal care AND denial AND pregnancy*, etc. En avançant dans nos recherches, nous avons également gagné en aisance et nous avons eu de plus en plus de facilité à trouver de nouveaux mots clés, tels que *prénatal bonding, mother-infant bonding, maternal-child health* et *antenatal care*.

Nous avons parfois trouvé des articles et des auteurs à partir des références présentées dans les bibliographies des études précédemment trouvées.

Dans le but de proposer une vue d'ensemble, nous avons classé nos textes de recherches par thèmes. Cela nous a permis de mieux voir quels étaient les sujets pour lesquels nous devons encore faire des recherches.

Après avoir trouvé de nombreux articles concernant l'attachement, le déni de grossesse et le rôle infirmier dans un service de maternité, nous nous sommes décidées, en décembre 2009, d'arrêter les recherches afin de sélectionner les articles qui nous semblaient les plus pertinents en regard de notre problématique finale. De décembre à mai, nous avons analysé les articles à l'aide de la grille du BTEC. Après les avoir critiqués ensemble, nous avons commencé à rédiger la revue de littérature. Ce travail en commun, nous a donné l'occasion d'échanger et de confronter nos points de vue, ce qui a été très bénéfique.

En mai 2010, nous avons effectué de nouvelles recherches afin de savoir si d'autres articles à ce sujet avaient été publiés entre temps. En effet, de nouveaux articles venaient d'être publiés, ce qui nous a confirmé que notre questionnement était réellement une préoccupation actuelle. Nous avons donc trouvé plusieurs nouvelles recherches qui ont contribué à élargir notre champ de travail.

3. Résultats des recherches

Au total, nous avons trouvé 37 articles de recherches. Parmi ces derniers, nous en avons sélectionnés huit pour cette revue de littérature. La plupart des articles sont rédigés en anglais, les autres sont écrits en français, en allemand ou en portugais. Ils sont issus de diverses recherches en Europe et en Amérique du Nord.

La sélection comprend une étude qualitative, trois études quantitatives, une étude mixte et trois revues de littérature. Comme nous l'avons signalé précédemment, nous n'avons pas trouvé d'article répondant directement à notre problématique. Nous avons donc choisi des articles qui nous permettent de trouver des pistes de réponse. Ainsi, deux études portent sur le déni de grossesse, une revue de littérature questionne le lien entre le déni de grossesse et le néonaticide, une autre concerne la confiance en soi des mères primipares, la suivante renvoie à la thématique de l'établissement du lien parents-enfants, nous avons à faire ensuite à une recherche sur les interventions favorisant les interactions mère-enfant. Enfin, deux revues de littérature traitent du rôle infirmier dans le lien de l'attachement.

3.1. Critères de choix

Différents critères de sélection nous ont guidés dans l'élaboration de nos choix d'articles. Le premier critère était celui d'actualité. Il éliminait donc les articles datant de plus de 10 ans. De plus, le journal dans lequel l'article était publié devait être un journal scientifique. Nous nous sommes aussi penchées sur la discipline des auteurs : ces derniers devaient être reconnus dans leur domaine. Dans les articles sélectionnés, les références à d'autres auteurs devaient être fondées. Nous n'avons pas cantonné nos recherches uniquement à discipline infirmière mais nous les avons élargies à diverses disciplines (médecine, psychiatrie, sociologie, sage-femme). Nous avons procédé ainsi, en raison de la difficulté à trouver des articles concernant le déni de grossesse en soins infirmiers. Cependant, nous avons veillé minutieusement à ce que chaque article apporte de nouveaux éléments pertinents pour la

pratique infirmière. Il est important de souligner que notre problématique nécessite une approche pluridisciplinaire. En effet, nous trouvons fondamental de disposer de différents angles d'approches afin d'alimenter le débat.

4. Analyse critique des articles

Dans ce chapitre, nous allons analyser de manière critique les huit articles sélectionnés. Nous avons décidé de regrouper les articles en fonction de leur thématique. Ce choix facilite la comparaison entre les articles.

4.1. Article 1

L'article rédigé par S. Hatters Friedman, A. Heneghan et M. Rosenthal s'intitule « Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy ». Il est paru en 2007 dans la revue *Academy of Psychosomatic Medicine*. Les trois chercheuses possèdent un doctorat en médecine. L'auteure principale a mené diverses études en lien avec la maternité et la psychiatrie. Dans cette revue rétrospective quantitative, les critères d'inclusion et d'exclusion des femmes participant à cette recherche sont clairement définis. Le regard critique que portent les auteures sur leur méthodologie manifeste une preuve de crédibilité non négligeable dans notre choix. 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 auteures comparent leurs résultats avec d'autres recherches menées dans divers continents. Le fait de comparer leurs conclusions avec d'autres études démontre la motivation des auteures à valider leurs résultats. Cependant, ces dernières n'aboutissent pas tout à fait aux mêmes conclusions. En effet, une étude française citée affirme que ce phénomène touche particulièrement les jeunes femmes primipares. Nous émettons l'hypothèse que ces distinctions peuvent provenir des critères de choix de l'échantillon, des définitions du déni de grossesse et de l'objectif de l'étude.

L'une des limites de cette étude est qu'elle n'est menée qu'en service de maternité et postpartum. Effectivement, certaines femmes accouchent à domicile et ne se présentent pas à l'hôpital. Celles-ci ne sont donc pas comptées dans cette étude. Comme les auteures le révèlent, le nombre de déni et de dissimulation de grossesse est probablement supérieur aux résultats trouvés.

Dans la présentation des résultats de cette étude (tableau 1), deux aspects nous interpellent particulièrement. Premièrement, les items concernant l'âge des femmes ne sont pas équitables dans leurs écarts. Par ce fait, la présentation des résultats est biaisée. Ainsi, en regardant ce tableau rapidement, nous pourrions croire qu'il y a plus de femmes qui sont touchées par le déni de grossesse entre l'âge de 18 à 29 ans. Or, cette tranche d'âge représente simplement plus d'années de procréation que celle en-dessous de 18 ans ou encore en-dessus de 30 ans. Il serait nécessaire de comparer l'échantillon à un groupe de contrôle. Deuxièmement, selon nous, le fait de classer les femmes en fonction de leur race

n'est pas très représentatif. Cela dépend du lieu où la recherche est menée. Les résultats varieront en fonction du lieu d'étude. En effet, ils différeront si l'étude est menée à New-York (USA), à Montréal (CA) ou à Yverdon (CH).

4.2. Article 2

L'article de recherche « Denial of pregnancy – characteristics of women at risk » a été écrit par J. Wessel, A. Gauruder-Burmester et C. Gerlinger. Cette étude a été publiée dans le journal *Acta Obstetrica et Gynecologica* en 2007. L'auteur principal, J. Wessel, a rédigé plusieurs études sur le déni de grossesse. En lisant ces différentes études, nous constatons une évolution dans son raisonnement. Ce dernier et A. Gauruder-Burmester sont deux médecins spécialistes en gynécologie et obstétrique. Le troisième auteur, C. Gerlinger est un statisticien. Etant donné que cette étude est quantitative, la qualification de C. Gerlinger, nous donne une garantie sur l'exactitude des résultats.

Nous avons retenu cet article car il porte un regard pertinent sur notre continent. De plus, cette étude est mentionnée dans plusieurs recherches que nous avons lues (telle que dans l'article précédent). Dans cette étude, les auteurs se basent sur la recherche faite à Berlin (Allemagne) entre juillet 1995 et juin 1996, également menée par J. Wessel. Dans cette étude quantitative que nous allons analyser, les auteurs comparent les résultats de la première étude (1995-1996) avec un groupe de contrôle. Cette comparaison permet d'évaluer l'importance du déni de grossesse. Le fait de se baser sur un groupe de contrôle, dont les résultats sont issus du registre des naissances de Berlin, est une preuve de fiabilité.

L'échantillon des FVDG a été sélectionné en fonction de critères d'inclusion et d'exclusion bien précis. Les dissimulations de grossesses en sont exclues. La définition de ces auteurs du déni de grossesse est la même que dans les autres études, c'est-à-dire la non-reconnaissance de la grossesse à plus de 20 semaines de gestation. L'échantillon est constitué de 65 femmes. Selon Loïselle *et al.* (2007) « la taille de l'échantillon est une question essentielle dans une étude quantitative [...]. Plus ce dernier est important, plus il est susceptible d'être représentatif » (p. 273). L'échantillon peut sembler petit, cependant en regard du nombre de dénis de grossesse, cet échantillon nous semble suffisamment élevé. Il faut noter que ceci représente environ une femme par semaine dans un seul hôpital. De plus, le groupe est hétérogène, en effet, les femmes avaient entre 15 et 44 ans et venaient de différents horizons.

Nous saluons la démarche des auteurs de cette étude qui ont avant tout, demandé le consentement des femmes. Ils les ont informées du but de l'étude afin de leur permettre de faire un choix éclairé. Nous trouvons cette démarche éthiquement correcte. En effet, selon les principes éthiques de l'Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (2008) « 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 » (p. 6). C'est alors que le

terme « consentement éclairé » peut être utilisé. Nous pensons que cette démarche permet de créer un lien de confiance entre les chercheurs et les FVDG. Ceci permet probablement aux femmes une plus grande aisance pour parler de leur déni sans la crainte d'être jugées.

Les auteurs comparent leurs résultats avec l'étude que nous avons analysée dans notre projet de travail de Bachelor, faite à Wales (UK). Les résultats obtenus coïncident.

Les auteurs souhaitent par cette recherche fournir un outil de diagnostic précoce du déni de grossesse. Cependant, ils ont constaté qu'il n'est pas possible d'identifier statistiquement quels sont les facteurs à risques d'un déni.

Il nous semble important de signaler que cette recherche scientifique a été financée par l'Office des Publications de Recherches Officielles Allemandes sous forme d'une subvention d'habilitation.

4.3. Article 3

Cet article « Preventing the tragedy of neonaticide » paru en 2003 dans la revue *Holistic Nursing Practice*, a été rédigé par D. C. Vallone et L. M. Hoffman. Ces deux auteures sont titulaires d'un doctorat en sciences infirmières. De plus, elles enseignent à l'école de soins infirmiers de Chester en Pennsylvanie. Cette revue de littérature se base sur des résultats de recherches parus précédemment, dont celle de J. Wessel que nous avons analysée ci-dessus.

Cet écrit porte, entre autres, sur la prévention du néonaticide suite à un déni de grossesse. Il apporte un regard différent sur les conséquences dramatiques possibles du déni de grossesse et présente des interventions infirmières préventives transférables à notre questionnement. Le fait que la revue de littérature soit une photographie des connaissances d'un sujet à un moment donné nous rappelle l'importance du critère d'actualité mentionné auparavant. Même si l'article date d'il y a sept ans, il faut savoir que notre sujet est étudié par vague. Ceci peut être mis en lien avec la médiatisation des cas.

Les auteurs cités dans cette revue de littérature, tels que Spielvogel *et al.* (1995), Lowdermilk *et al.* (2003), Meyer *et al.* (2001) et Wessel *et al.* (2002) ont déjà écrit plusieurs travaux à ce sujet. De plus, les auteures se basent sur Resnick qui a développé le concept de néonaticide. Ces références nous garantissent l'exactitude des connaissances et la pertinence de l'article.

4.4. Article 4

L'article de recherche : « Etablissement du lien mère-enfant et père-enfant à la période périnatale » est paru dans *Perspective infirmière* en 2004. Il est écrit par L. Bell, C. Goulet, D. St-Cyr Tribble et D. Paul. Elles sont toutes les quatre infirmières et ont un doctorat dans ce même domaine. De plus, elles sont toutes professeures agrégées en sciences infirmières. Elles ont publié plusieurs études sur ce sujet. Dans une étude qualitative, telle que celle-ci, le bon niveau d'expertise des auteures permet d'assurer « l'authenticité des résultats » (Loiselle *et al.*, 2007, p. 340). En effet, les chercheuses constituent « les instruments de la collecte de données » (Loiselle *et al.*, 2007, p. 340).

Le postulat de départ des auteures, basé sur des études précédentes de Bornstein (2002), est qu'il y a un lien entre un attachement de qualité et un développement favorable de l'enfant. De ce fait, découle l'importance du rôle infirmier en post-partum.

Les chercheuses décrivent très précisément leur méthodologie et les critères de choix pour l'échantillonnage (âge, primipare, semaines de gestation et santé).

Cette étude longitudinale implique que les chercheuses ont investi plusieurs mois dans cette recherche. Cela nous semble la stratégie adéquate afin de pouvoir décrire le processus d'attachement. En effet, la notion de processus inclut une progression dans le temps.

Les chercheuses ont planifié leurs entretiens avec les parents en fonction des moments clés de l'établissement du lien d'attachement. Pour définir ces instants significatifs, les chercheuses se basent sur différents auteurs comme Bornstein (2002), Parke (2002) et Stainton (1989).

Cette recherche 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.

4.5. Article 5

Cette revue de littérature « Models of Maternal-Infant Attachment : A Role for Nurses » a été rédigé par L. Kearney Schenk enseignante en soins infirmiers à l'université de Mississippi, J. H. Kelley enseignante à l'école de soins infirmiers à Beirut (Liban) et M. P. Schenk directeur du département d'illustration biomédicale à l'université de Mississippi. Cet article a été publié en 2005 dans la revue *Pediatric Nursing*.

Le concept d'attachement a commencé à être étudié depuis plus de vingt ans. Le fait de traiter une revue de littérature datant de 2005, nous permet de faire le point sur les connaissances acquises.

Les auteurs cités dans cette revue de littérature, tels que Bowlby (1982), Nelson (2003), Klaus & Kennell (1983) et Goulet *et al.* (1998), nous sont connus. En effet, ces derniers ont publié plusieurs écrits sur l'attachement mère-enfant.

La structure de cette revue de littérature manque, selon nous, de rigueur. Le résumé présenté au début du travail est clair et concis mais hélas aucune méthodologie n'est présentée dans ce travail.

Bien que cet article porte sur le processus d'attachement mère-enfant prématuré (< 900g), ces résultats sont en partie transférables à notre questionnement. En effet, dans les situations de prématurité, le processus d'attachement prénatal a été interrompu précocement et n'a pas pu durer neuf mois. Dans les situations de dénis de grossesse, ce processus n'a pas pu avoir lieu. Nous pouvons ainsi proposer un parallèle avec le rôle infirmier qui est entre autre de favoriser le lien d'attachement.

4.6. Article 6

La recherche irlandaise « First-time mothers : social support and confidence in infant care » de P. L. Warren est parue en 2005 dans le *Journal of Advanced Nursing*. L'auteure a un diplôme d'infirmière, qu'elle a complété avec celui de sage-femme. Cette étude quantitative descriptive a été menée dans deux hôpitaux de Dublin en Irlande.

La recherche se base sur un questionnaire de 28 items. Cette dernière est plus précisément constituée d'affirmations. Pour illustrer le degré de corrélation entre le vécu des femmes et l'affirmation, l'auteure a créé une échelle visuelle analogue de confiance se mesurant entre 0 à 10 : <5 « low confidence », 5-7 « moderate confidence, > 7 « high confidence ». Grâce à cette méthode, le temps que les femmes avaient à investir pour répondre au questionnaire fut considérablement réduit. Cependant, notons qu'il est possible que des femmes ne se reconnaissent pas dans ces affirmations et que la chercheuse ait omis des points.

Warren a fait cette étude de manière individuelle. Nous supposons que si elle l'avait fait avec une collègue, cette dernière aurait pu apporter un regard différent à la recherche et ainsi enrichir l'étude.

Nous spécifions que l'auteure a soumis sa recherche à la commission d'éthique des deux hôpitaux. Elle a pris soin de la présenter à toutes les participantes et de joindre un résumé avec les questionnaires. Sachant, qu'en période post-partum, le nombre d'informations données dans un laps de temps restreint est important, l'impression d'un document écrit nous semble adéquat.

Bien que l'auteure décrive sa méthodologie, elle ne présente que peu de critères d'échantillonnage : femmes primipares accouchant dans deux hôpitaux du sud de l'Irlande. Lors de la distribution des questionnaires, les femmes devaient accepter de répondre au questionnaire à 6 semaines post-partum et de le renvoyer aux chercheurs. Le nombre de questionnaires distribués fut de 135 et 99 furent retournés (75%). Nous émettons l'hypothèse que le nombre de retour aurait pu être augmenté si les chercheurs avaient utilisés une autre méthode de restitution comme par exemple internet.

La chercheuse met en évidence que l'étude porte sur les six premières semaines post-partum, alors que les interventions infirmières ont lieu uniquement durant la première semaine. De ce fait, il est important de relever que selon le tableau 2, les infirmières apportent autant d'informations que les mères des femmes venant d'accoucher et ceci dans un laps de temps bien plus restreint.

4.7. Article 7

L'article de recherche « Nursing intervention for the promotion of mother-baby interactions » a été écrit par M. I. Nunes, M. I. do Espírito Santo, A. C. da Costa et A. P. Forte. Les trois premières sont infirmières spécialisées en santé de la femme. La dernière a un doctorat en psychologie et est professeure auxiliaire dans une école de soins infirmiers à Coimbra. Cette publication est parue en 2009 dans le journal portugais *Revista Referência*.

Cette étude descriptive est menée au moyen d'une méthode mixte (qualitative et quantitative). Chacune des infirmières a reçu un questionnaire comprenant quatre questions ouvertes, puis ces dernières ont été observées individuellement en donnant et/ou accompagnant le bain à un nouveau-né, ceci à trois reprises. Ces observations eurent chaque fois lieu dans les mêmes conditions (même pièce et même heure). Ce point est important pour nous, car les auteures ont pris soin d'éliminer le plus de distractions possible avec l'extérieur. Ainsi, les chercheuses se sont basées sur des recherches précédentes qui décrivent le bain comme la période la plus propice à la promotion de l'interaction mère-enfant. Cependant, il est très dommage qu'elles ne citent pas leurs sources à ce moment-là.

Nous notons que leur étude fut soumise à une commission d'éthique et juridique. Cette étude respecte donc les recommandations du Conseil International des Infirmières et Infirmiers (CII) qui stipule que « la recherche en soins infirmiers soit fondée sur des principes éthiques reconnus et qu'elle soit bénéfique à la société » (Association Suisse des Infirmières et Infirmiers, 2008, p. 5).

4.8. Article 8

L'article « Reconceptualizing the Nurse's Role in the Newborn Period as an "Attacher" » a été publié dans *The American Journal of Maternal/Child Nursing* en 2006. Il a été écrit par D. Karl, C. O'Hare, J. Beal et P. Rissmiller. Elles sont toutes les quatre infirmières. Les deux dernières sont chercheuses et professeures dans une école d'infirmière.

Nous avons choisi d'analyser cet article dans notre travail malgré le fait que ce n'est pas un article de recherche mais une revue de littérature. Cet écrit est scientifique car les auteures sont des expertes dans leur domaine. En effet, elles travaillent depuis de nombreuses années dans un service de maternité et ont déjà écrit plusieurs articles à ce sujet. De plus, dans cet écrit, elles citent Barzelton (1992, 1995), Klaus *et al.* (1976, 1993), Nelson (2003) et Kennell *et al.* (2005) qui sont des références pertinentes.

Les auteures ne décrivent pas leurs stratégies de recherches, elles en présentent uniquement leurs résultats.

Cette revue de littérature répond en partie à notre problématique. C'est-à-dire à « comment favoriser le lien d'attachement mère-enfant dans les premiers jours post-partum ? ». Les interventions infirmières que les auteures proposent sont un bon apport pour notre travail.

5. Comparaison des résultats

Articles	Question de recherche / but de l'étude et échantillon	Résultats	Apport pour les sciences infirmières
Article 1	<p>Les buts de cette recherche est de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Décrire et comparer les caractéristiques des femmes dissimulant leur grossesse et des femmes victimes de déni de grossesse. • Vérifier l'hypothèse de départ : ces deux phénomènes touchent particulièrement les jeunes femmes primipares vivant chez leurs parents et n'ayant qu'un bas niveau d'étude. <p>Echantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 81 femmes dont 61 victimes de déni de grossesse et 20 ayant dissimulé leur grossesse. • Service de maternité et post-partum aux Etats-Unis d'Amérique • Etudes se déroulant de janvier 1997 à décembre 2003 	<p>Cette étude montre l'existence de ces deux phénomènes (dissimulation/déni de grossesse).</p> <p>Contrairement à l'hypothèse de départ, l'étude démontre que le déni de grossesse touche majoritairement les femmes entre 18 et 29 ans, multipares, ayant un bon niveau d'étude et ne présentant pas de troubles psychiques.</p>	<p>Les auteurs de cette étude voient la nécessité d'une intervention précoce de la part des professionnels de la santé dans l'accompagnement des futures mères. Ainsi, il est important pour une prise en soins de qualité que les professionnels reconnaissent le problème des dénis/dissimulations de grossesse et qu'ils aient des connaissances à ce sujet.</p> <p>Les auteurs de l'étude privilégient également un suivi par un psychologue pour favoriser le développement optimal de la relation mère-enfant.</p>
Article 2	<p>Le but de cet article est de fournir un outil aux professionnels pour identifier les femmes à risques de déni de grossesse.</p> <p>Echantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 65 femmes victimes de déni • Exclusion (suite à une interview) des femmes ayant dissimulé leur grossesse ou celles qui n'avaient pas eu de soins prénataux pour des raisons financières ou encore religieuses. • Etude se déroulant de juillet 1995 à juin 1996 <p>Groupe de contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 27'110 femmes ayant accouchés à Berlin durant la même période que les femmes de l'échantillon. 	<p>Selon les résultats des auteurs, sur 475 grossesses, il y a 1 déni de grossesse (total et partiel compris).</p> <p>Les résultats de la recherche montrent que la prévalence du déni de grossesse est plus grande chez les femmes de < 18ans et de > 39ans que dans le groupe de contrôle. Cela s'explique par des menstruations irrégulières voire absentes, liées à la puberté et au début de la ménopause.</p> <p>Cette étude démontre que contrairement aux aprioris, une petite minorité de dénis de grossesse est dû à une pathologie psychiatrique.</p> <p>Les chercheurs mettent en évidence que 80% des FVDG vivent une relation stable avec leur partenaire. Elles sont autant à avoir un bon niveau d'étude. Il est également intéressant de noter que sur 65 FVDG, uniquement 21 femmes sont primipares.</p> <p>Chez 24 femmes la grossesse a uniquement été découverte lors des contractions (3 d'entre elles ont accouché à domicile).</p> <p>18% des femmes ont donné naissance à des enfants prématurés (< 37 semaines).</p>	<p>Les auteurs mettent en avant que l'échantillon est hétérogène et que de ce fait il n'a pas été possible de mettre en avant les caractéristiques communes des FVDG.</p> <p>Les auteurs identifient le sentiment de culpabilité que les FVDG ressentent souvent suite à l'accouchement (ex : de ne pas avoir arrêté de fumer). De plus, ils décrivent la nécessité d'accompagner ces femmes dans le « devenir mère ». C'est à ce niveau que le rôle infirmier est prioritaire.</p>

<p>Article 3</p>	<p>Cet article présente trois buts :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présenter les spécificités de la grossesse chez les adolescentes • Décrire le phénomène du déni de grossesse en lien avec le néonaticide • Décrire le rôle infirmier dans la prévention du néonaticide 	<p>Selon les auteures, les adolescentes sont davantage prédisposées au déni de grossesse car elles ne connaissent pas bien leur corps.</p> <p>S'appuyant Atkins <i>et al.</i> (1999), les auteures de la recherche disent que le déni de grossesse est un « phénomène complexe influencé par des facteurs externes et internes » (p. 224-225). Le déni est partagé avec l'entourage car ils sont également dans l'ignorance.</p> <p>En s'appuyant sur les résultats de la recherche de Wessel en Allemagne (2002), les auteures affirment que le déni de grossesse n'est pas un « événement rare » (p. 224).</p> <p>D'après Dulit (2000), les conséquences du déni dépendent de la « profondeur » et de la durée de ce dernier. Selon les auteures de cette revue de littérature, le plus grand risque du déni de grossesse n'est pas le néonaticide mais l'absence de soins prénataux.</p>	<p>Selon les chercheuses, les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer afin de prévenir les conséquences possibles du déni de grossesse.</p> <p>De plus, selon ces dernières, les infirmières ont un devoir essentiel dans l'éducation à la santé, la surveillance et la transmission des informations aux adolescentes et à leurs familles.</p> <p>Ils distinguent trois sortes de prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La prévention primaire : L'éducation sexuelle/informer les patients, les enseignants et les autres membres de la communauté du déni de grossesse et de ses conséquences. Ceci peut être une étape vers l'ouverture du dialogue sur l'éducation sexuelle dans les écoles. • La prévention secondaire : informer des possibilités et des ressources disponibles, dans une attitude de non-jugement. • La prévention tertiaire : Etant donné que c'est un événement rare, les infirmières non-préparées peuvent réagir de façon émotionnelle et avoir un comportement négatif envers la patiente. Le personnel soignant doit donc être informé sur le déni de grossesse et sur le néonaticide. Les connaissances sur le modèle biopsychosocial du déni de grossesse est important pour pouvoir prendre en soins les patientes de manière holistique. Les soins aux FVDG devraient comprendre des conseils et l'évaluation du stress post-traumatique.
<p>Article 4</p>	<p>Le but de l'article est de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définir un modèle d'établissement du lien parents-enfants à la période postnatale. <p>L'échantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 18 couples primipares québécois • Grossesse sans problème • Accouchement par voie basse • Aucun problème postnatal <p>L'étude s'effectue en trois temps. Un entretien à une semaine, six semaines et quatre mois.</p>	<p>L'étude démontre que le rôle du père et de la mère sont différents : la mère aura plus le rôle de « régulateur », le père aura un effet plus « excitant ». Lors des entretiens les chercheuses ont pu ainsi mettre en évidence la complémentarité des parents. Cela s'illustre par exemple, dans la première semaine, 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.</p> <p>L'attachement se manifeste par des ressentis et les actes que les parents ont envers leur enfant. Cependant ce processus passe parfois par des sentiments négatifs sans influencer la qualité du lien. En effet, un parent peut ressentir de la colère à l'égard de son enfant, car il se sent impuissant.</p>	<p>Les chercheuses identifient qu'il faut en tant que soignant avoir connaissance de l'élaboration du système familiale dans le but :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'informer les parents du processus d'attachement familial en période de périnatalité. • d'identifier rapidement un dysfonctionnement de la nouvelle dynamique familiale.

Article 5	<p>Les buts de la revue de littérature sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examiner la conceptualisation du processus d'attachement mère-enfant (nouveau-né normal et prématuré) • Créer un nouveau modèle du processus d'attachement applicable à la pratique. • Intégrer ce nouveau modèle à la pratique infirmière au sein d'un service de néonatalogie. 	<p>L'attachement parents-enfant est nécessaire pour favoriser la croissance et un développement harmonieux de l'enfant. Cet attachement commence durant la grossesse, dès la prise de conscience de cette dernière. En effet, durant cette période, les parents se préparent à la venue de l'enfant. Les mouvements fœtaux, les ultrasons vont permettre à la mère d'accepter la grossesse.</p> <p>Lors de la période post-partum, la proximité physique, la réciprocité verbale et non verbale et l'engagement dans le rôle parental vont permettre ce processus d'attachement.</p>	<p>Les infirmières ont un rôle important de « facilitateur » dans le processus d'attachement et dans la mise en pratique des théories d'attachement. Ceci afin de favoriser une santé optimale du nouveau-né et une relation satisfaisante entre ce dernier et sa mère.</p>
Article 6	<p>Les buts de cette recherche sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explorer la corrélation entre la confiance qu'une mère primipare a en elle lors des soins au nouveau-né et le soutien social qu'elle reçoit. • Identifier les diverses sources de soutien qu'une mère primipare a dans la période postnatale. 	<p>Le « soutien à l'évaluation » a une relation avec la confiance que les mères primipares ont dans l'administration des soins à leur nouveau-né. Le « soutien à l'information » a eu un plus faible, mais notable, rapport avec la confiance que ces mères ont dans l'administration des soins au nouveau-né.</p> <p>Il est important de relever que les infirmières sont une source de soutien (77%) à part égale avec les mères des femmes venant d'accoucher. En effet, les femmes identifient leur mère et leur compagnon comme soutien primordial.</p> <p>93% des femmes évaluent leur confiance en elle et dans les soins qu'elles procurent à leur enfant entre 5 et 10 sur l'échelle de confiance.</p>	<p>Les maris des parturientes primipares ont besoin de devenir des participants actifs dans les soins prénatals et postnatals.</p> <p>Des « programmes d'éducation interdisciplinaires » doivent être développés afin que les infirmières et les sages-femmes, travaillant en collaboration, puissent faciliter le soutien social de ces femmes devenant mère pour la première fois.</p> <p>Les programmes de formation d'infirmières et de sages-femmes devraient être fondés sur les preuves en ce qui concerne le soutien social.</p>
Article 7	<p>Les buts de cette recherche sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluer l'importance accordée par les infirmières à la promotion de l'interaction mère-enfant • Comprendre comment les soins infirmiers dans la période post-partum favorisent cette interaction • Identifier les facteurs influençant la promotion de l'interaction mère-enfant • Comprendre la relation entre l'importance attribuée à cette interaction et la performance professionnelle dans cette promotion <p>L'échantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 infirmières travaillant en post-partum 	<p>Les résultats de cette étude montrent que l'infirmière, dans sa pratique quotidienne, promeut l'interaction mère-enfant. Elle favorise cette interaction en utilisant les cinq sens du bébé et de sa mère. C'est-à-dire la proximité (peau contre peau), le regard et la parole.</p> <p>De plus, les chercheuses notent que l'infirmière est un modèle pour les parents.</p> <p>Les auteurs ont identifié deux éléments qui favorisent la promotion de l'attachement parents-enfant par les soignantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formation : 53,8% des soignantes furent sensibilisées aux interventions permettant d'inciter ce processus par différentes formations continues qu'elles ont suivies. • L'expérience : les soignantes avaient de 8,2 à 14,2 ans d'expérience dans le domaine de la maternité. 	<p>Selon les auteures, le rôle de promotion de l'interaction mère-enfant est clairement attribué aux infirmières.</p> <p>Dans cet article, les écrivaines relèvent l'importance de l'« information » et de la « supervision » des soins dans le processus d'attachement mère-enfant. De plus, ils soulignent l'intérêt de l'éducation à la santé comme stratégie pour développer la responsabilité et le professionnalisme de l'équipe interdisciplinaire. Ceci permettrait la visibilité des soins infirmiers et de promouvoir la reconnaissance sociale de la profession infirmière.</p> <p>Les difficultés à la promotion de l'interaction mère-enfant, relevées dans cette étude, sont les contraintes de la pratique quotidienne et le manque de motivation interdisciplinaire.</p>

Article 8	<p>Le but de cet article est de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présenter le rôle infirmier en tant qu' « attacheur » dans l'établissement du lien d'attachement entre une mère et son nouveau-né. 	<p>Dans cet article, les auteures s'intéressent à une nouvelle approche infirmière auprès des mères et de leur nouveau-né, fondée sur les théories de l'attachement. Les chercheuses sont conscientes que le rôle infirmier facilitant l'attachement, dans les premiers instants post-partum, est très important pour l'établissement d'un lien d'attachement de qualité.</p> <p>Le rôle infirmier en tant qu' « attacheur » est plus que de l'enseignement et l'administration des soins au nouveau-né. Ces professionnelles partagent les informations, renforcent les observations que la mère fait de son bébé, guident la nouvelle mère dans de nouvelles techniques qui la lie physiquement et émotionnellement avec son nouveau-né. En effet, les auteures de cet article pensent que la proximité physique et le contact régulier entre la mère et son nouveau-né renforcent le processus d'attachement. De plus, la relation infirmière-mère influence la relation que la mère aura avec son enfant.</p>	<p>Les auteures proposent plusieurs interventions pour faciliter l'attachement mère-enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablir un lien de confiance et travailler en partenariat avec les patientes, en répondant aux besoins, car cela influence le sentiment de sécurité. • Renforcer les observations que la mère fait de son bébé. • Guider la nouvelle mère dans de nouvelles techniques qui la lient physiquement et émotionnellement à son nouveau-né.
------------------	--	---	---

6. Discussion et perspectives

Suite à l'analyse critique des articles, nous allons à présent développer les raisons pour lesquelles ceux-ci apportent une réponse à notre problématique. Puis, nous allons faire émerger les consensus et les divergences des résultats. Ensuite, tout en sachant que ce travail possède ses limites, nous allons tenter de faire des propositions pour la pratique infirmière.

6.1. Reconnaissance du déni de grossesse

Nous avons, dès le début de notre travail, été confrontée aux préjugés sur les FVDG. L'hypothèse de départ de la recherche de Hatters Friedman *et al.* (2007) était que le déni de grossesse touche généralement les jeunes femmes primipares ayant un bas niveau d'étude ou souffrant d'un retard mental ou de troubles psychiques. Cependant, les résultats démontrent le contraire. Il serait donc important de questionner l'opinion publique afin de modifier les préjugés. Vallone *et al.* (2003) proposent l'instauration de la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Par prévention primaire, ils proposent de donner des cours d'éducation sexuelle dès le plus jeune âge et d'y inclure le déni de grossesse. Ils souhaitent par ce biais dédramatiser et informer la population de ce phénomène. Selon eux, ceci est le meilleur moyen de lutter contre les préjugés que les gens ont à l'égard des FVDG. Par la prévention secondaire, ils entendent sensibiliser les professionnels de la santé à ce problème, et tout particulièrement les infirmières, afin de favoriser une attitude de non-jugement lors de la prise en soins. En effet, cela est primordial afin de pouvoir construire une relation de confiance et de permettre à la patiente d'exprimer son vécu, ses représentations et ses craintes. Dans la prévention tertiaire, le but est de diminuer le stress post-traumatique vécu par les FVDG. A cet égard, nous avons lu (Vallone *et al.*, 2003 ; Grangaud, 2002 ; Quarante, 2008) qu'il est important que les soignantes aient conscience de cette pathologie afin de pouvoir répondre de manière professionnelle. D'après nous, l'information des professionnels de la santé et de la population en général commence par nos proches (amis et collègues). Nous sommes en quelque sorte un vecteur d'informations.

Beier, Wille et Wessel (2006) proposent d'inscrire le déni de grossesse comme une pathologie psychiatrique dans le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual). Par ce biais, ils souhaitent officialiser la reconnaissance de ce phénomène. Nous trouvons leur objectif louable, ce n'est pas pour autant que nous opterions pour cette méthode. Sachant que les recherches de Hatters Friedman *et al.* (2007) et Wessel *et al.* (2007) mettent en évidence qu'il n'y a pas de lien entre le déni de grossesse et les maladies psychiatriques, nous craignons qu'une inscription dans le DSM en tant que pathologie psychiatrique, stigmatise encore plus les FVDG.

Nous émettons une hypothèse, qui mériterait une recherche plus approfondie, que l'inscription du déni de grossesse dans le DSM-IV permettrait une meilleure offre en soins grâce à une prise en charge de l'assurance maladie.

6.2. Besoins en postpartum

En post-partum, le projet de soins se construit autour de l'entité : mère-enfant, tout en incluant la famille. La mission du service est d' « assurer un accompagnement global bio-psycho-social de la femme, du bébé et du couple en tenant compte de leur coutume, religion et croyances visant une autonomie pour un retour à domicile » (Département de Gynécologie Obstétrique du CHUV, 2009). L'objectif du projet de soins est donc d'accompagner la mère et le père, lorsqu'il est présent, dans le processus d'adaptation au nouveau rôle parental. En effet, ils vont devoir acquérir et développer de nouvelles connaissances nécessaires afin de répondre aux nouvelles responsabilités. Selon Warren (2005) les maris des parturientes ont besoin de devenir des participants actifs dans les soins prénatals et postnatals. Il est donc important de les intégrer le plus possible dans la prise en soins. D'après Karl *et al.* (2006) l'infirmière est un guide, un modèle pour la mère. Le rôle infirmier dans l'accompagnement à la parentalité se réalise entre autre en donnant des moyens aux parents afin d'acquérir des compétences et d'accroître les sentiments d'efficacité parentale.

Comme nous l'avons décrit ci-dessus, il est important d'adopter une attitude de non-jugement. Ceci concerne autant les soignants que l'entourage. C'est-à-dire, le père de l'enfant, la famille et les amis. Selon Warren (2005), le soutien le plus important qu'une parturiente reçoit vient de sa propre mère et de son mari. D'après nous, les sources de soutien restent les mêmes dans les situations de déni de grossesse, mais à condition que les membres de la famille soient informés sur ce phénomène. En effet, l'entourage décrit souvent, le sentiment « d'avoir été trompé » (Bonnet, 2002). Dans ces cas, les proches se sentent trahis et vivent une phase de colère dans laquelle ils ne peuvent soutenir la mère dans ce moment de crise (Massari, 2002). Selon Pierronne *et al.* (2002) les pères « ont participé, eux aussi, au déni et doivent de leur côté, effectuer un réaménagement en urgence. Certains reconnaissent l'enfant et l'investissent rapidement, d'autres doutent et demandent une recherche en paternité » (p. 186). Afin d'accompagner cette phase de sidération et de réaménagement nécessaire, le rôle infirmier est d'offrir un contenant chaleureux en respectant le rythme de la personne (Pierronne *et al.*, 2002).

Hatters Friedman *et al.* (2007) et Wessel *et al.* (2007) ont identifié un sentiment de culpabilité chez les FVDG en post-partum. En effet, ne se sachant pas enceinte, ces femmes n'ont pas pu prendre de précautions particulières telles que d'arrêter de fumer, de prendre des mesures alimentaires. Elles craignent ainsi que leurs comportements aient préjudicié la santé de leur enfant et se considèrent souvent comme de mauvaises mères. Comme le dit Bonnet (2002), les infirmières ont le rôle de déculpabiliser ces femmes. Hatters Friedman *et al.*, 2007 ; Wessel *et al.*, 2007 et Vallon *et al.*, 2003 proposent un accompagnement psychothérapeutique en post-partum pour favoriser le développement optimal de la relation mère-enfant et prévenir le choc post-traumatique. Il nous semble également primordial

d'être vigilante à la dépression post-partum car cela peut avoir des conséquences sur le lien d'attachement. En effet, comme le nomme Susman (1996, cité par Poinso *et al.*, 2001) :

« Le syndrome dépressif ne présente pas par lui-même de caractère véritablement particulier. Mais la disponibilité psychique nécessaire dès les premiers mois pour entrer en relation avec son bébé fait de l'émergence d'une dépression du post-partum (DPP) un problème qui concerne à la fois la mère, la relation mère-enfant, et le développement du nourrisson » (p. 383).

Sachant que la dépression post-partum touche au moins 10 % de femmes (Poinso *et al.*, 2001), il nous semble d'autant plus important d'être attentive à un syndrome dépressif.

Un autre aspect qui peut préteriter le processus d'attachement et auquel nous pouvons être attentives en tant que professionnelles de la santé, est la prématurité. En effet, l'étude de Wessel *et al.* (2007) met en évidence, dans les situations de déni de grossesse, un pourcentage élevé de naissances prématurées (18 %). Cela implique souvent une hospitalisation en néonatalogie de nouveau-né. La grande difficulté dans ces circonstances est la séparation que cette hospitalisation impose entre la mère et son nouveau-né. Ces conditions vont rendre plus difficile les interventions qui préconisent la proximité et le rapprochement.

6.3. Apports pour la pratique infirmière

D'après Kearney Schenk *et al.* (2005) « l'attachement parents-enfant est nécessaire pour favoriser la croissance et le développement harmonieux de l'enfant » (p. 514). Selon ces auteurs, cet attachement commence dès la prise de conscience de la grossesse. En effet, durant la période prénatale les parents se préparent à la venue de l'enfant. Les mouvements fœtaux, les ultrasons permettent à la mère de prendre conscience de la grossesse.

Selon Nunes *et al.* (2009), Bell *et al.* (2004) et Kearney Schenk *et al.* (2005) le rôle de promotion de l'interaction mère-enfant est clairement attribué aux infirmières. En effet, ce sont elles qui facilitent le processus d'attachement. Bell *et al.* (2004) décrivent l'importance pour les infirmières de connaître l'élaboration du système familial dans le but d'informer les parents du processus d'attachement familial en période de périnatalité et d'identifier rapidement un dysfonctionnement de la nouvelle dynamique familiale.

D'après Kearney Schenk *et al.* (2005) lors de la période post-partum, la proximité physique, la réciprocité verbale et non verbale et l'engagement dans le rôle parental vont permettre ce processus d'attachement.

Karl *et al.* (2006) précisent que le contact physique fréquent entre la mère et son enfant favorise le développement du lien d'attachement. Un moyen serait la méthode Kangourou. En effet, ces méthodes de peau à peau, préconisées par Bell *et al.* (2004) et Nunes *et al.* (2009), agissent sur différents facteurs (Berlemont *et al.*, 2001) :

- Sensibiliser la mère aux réactions de son enfant (ses plaintes, ses expressions...)
- Augmenter le temps de contact physique entre la mère et son enfant

- Favoriser l'appropriation du rôle maternel
- Diminuer les symptômes dépressifs chez la mère pendant les six mois suivant l'intervention

Cette méthode ne s'applique pas uniquement à la mère, elle peut également se déployer au père.

La fonction de l'infirmière en post-partum selon Karl *et al.* (2006) est d'informer la patiente, de répondre à ses questions et de renforcer les observations que cette dernière fait sur son bébé. La soignante s'appliquera également à intégrer la mère dans les soins (par un massage à l'enfant, par exemple), de favoriser la relation mère-infirmière (en effet, cela a des répercussions sur la relation mère-enfant), de reconnaître et d'aider à développer les compétences de la mère, car cela a un impact sur la confiance en soi que la mère ressent (Warren, 2005).

En résumé, les infirmières sont principalement à l'origine de diverses actions essentielles afin de favoriser le lien d'attachement, telles que l'encouragement des échanges verbaux avec l'enfant ainsi que le contact physique (par exemple la méthode kangourou décrite ci-dessus), favoriser du temps passé seule avec son enfant. Tout cela est un soutien pour les échanges mère-enfant.

D'après Nunes *et al.* (2009), l'« interaction mère-enfant est un processus réciproque » (traduction libre par les auteures, p. 16). Pour pouvoir dire cela, ces auteures s'appuient sur les compétences du nouveau-né. Lors d'un déni de grossesse, l'enfant n'avait « pas sa place » durant les neuf mois de grossesse. Nous proposons l'hypothèse suivante, qui serait à explorer : un nourrisson né suite à un déni de grossesse ne se manifeste pas concrètement jusqu'à ce que la mère l'accepte et qu'il ait « sa place » dans l'environnement dans lequel il évolue. Le déni de grossesse pourrait donc se prolonger après l'accouchement par la non manifestation de l'enfant.

Selon Nunes *et al.* (2009), l'« interaction mère-enfant est influencée par plusieurs facteurs liés à la fois à la mère, au bébé et au contexte » (traduction libre par les auteures, p. 24). La disponibilité de la mère dans l'établissement du lien d'attachement est également importante. Selon Figueiredo (2001, cité par Nunes *et al.*, 2009) :

Certaines caractéristiques individuelles de la mère, comme la classe sociale, le niveau d'éducation et le niveau intellectuel, l'âge, la parité, l'expérience précédente avec les enfants, les circonstances relatives de l'accouchement, l'allaitement maternel ou artificiel, la personnalité, la santé mentale, le soutien social et affectif, les relations conjugales et professionnelles interfèrent avec le comportement que la mère a avec son enfant (traduction libre par les auteures, p. 24).

Lors d'un déni de grossesse total, les circonstances de l'accouchement sont bouleversantes pour la mère. Ces conditions peuvent donc influencer la disponibilité de la mère.

D'après nous, il y a une différence entre l'attachement mère-enfant d'un bébé attendu et l'attachement mère-enfant naissant suite à un déni de grossesse. Effectivement, dans le deuxième cas l'attachement ne peut commencer que tardivement, voire après la naissance. L'infirmière sera donc plus attentive au développement du lien d'attachement tout en sachant que ce processus est le même pour toutes les femmes.

La sortie de l'hôpital des femmes ayant vécu un déni de grossesse s'organise consciencieusement et en collaboration avec différents corps de métier. Par exemple, les assistants sociaux constituent, à notre avis, une ressource importante. Ils permettent aux femmes de faire valoir leurs droits pour le congé maternité ou encore de les aider à obtenir le matériel nécessaire. Toutes ces dispositions n'ont évidemment pas pu être prises auparavant. Comme le nomme Bonnet (2002) l'organisation du retour à domicile pour des femmes ayant vécu un déni de grossesse doit se faire avec une attention particulière. En effet, dans ces situations la durée d'hospitalisation est souvent augmentée de quelques jours afin de permettre la mise en place de toutes les dispositions nécessaires.

À ce moment précis du travail, nous pensons qu'il est pertinent de ne pas uniquement décrire les pratiques infirmières mais également de soumettre les contraintes professionnelles. Effectivement, cela reflète d'avantage ce qui se produit dans la pratique. Dans l'article de Nunes *et al.* (2009), plusieurs obstacles sont présentés dont « la charge de travail augmentée et les conditions de travail des professionnels de la périnatalité » (traduction libre des auteures, p. 23). Malgré ces circonstances de travail, l'importance accordée au processus d'attachement doit rester une priorité pour les soignants car c'est un « jalon majeur » (Van Ijzendoorn, 2005, p. 1) pour le développement de l'enfant.

6.4. Limites

Le fait de n'avoir trouvé aucune recherche répondant spécifiquement à notre problématique, nous a poussées à devoir chercher des articles scientifiques sur des sujets en lien avec cette dernière. Afin d'apporter une proposition de réponse à la problématique du travail, nous nous sommes efforcées d'assembler au mieux le fruit des articles sélectionnés.

La limite apparue dans les trois premiers articles portant sur le déni de grossesse (Hatters Friedman *et al.*, 2007 ; Wessel *et al.*, 2007 ; Vallon *et al.*, 2003) est l'impossibilité de dire précisément l'ampleur de ce phénomène. Ceci est dû au nombre de dénis qui ne peuvent pas être recensés. En effet tous les accouchements ne se passent pas à l'hôpital, certains ont lieu à domicile ou dans un endroit quelconque. De plus, le déni de grossesse n'est pas toujours reconnu en tant que tel.

L'élaboration de cette revue de littérature, nous a permis de constater un grand besoin d'informations et d'outils pour aider les FVDG. Les articles que nous avons trouvés à ce sujet démontrent l'actualité de cette problématique. Cependant, ces recherches scientifiques ont été écrites par d'autres corps de métiers (médecins, psychologues, sages-femmes, sociologues). Nous pensons que les infirmières sont en première ligne pour répondre aux

besoins de ces femmes en crise. C'est donc à nous de nous approprier ces recherches, de les mener et de les publier. En effet, nous savons qu'actuellement, le plus grand défi de notre profession est de traduire le savoir tacite en savoir explicite, et de trouver un moyen « d'exprimer l'inexprimable » (Nonaka, 1999, p. 62). Il nous faut donc accéder aux lieux de production de la « culture scientifique écrite » (Nadot, 2009), participer aux recherches avant que les autres corps médicaux, moins impliqués concrètement par le sujet, ne s'en chargent, comme cela s'est produit dans le passé (Nadot, 2009).

Une autre limite que nous avons également rencontrée lors de ce travail a été que les recherches que nous avons trouvées et sélectionnées, ont été uniquement réalisées en Europe et en Amérique du Nord. Nous supposons que cela est dû à l'évolution de la formation en sciences infirmières sur ces deux continents qui se tourne de plus en plus vers la recherche. Nous ne pouvons donc pas affirmer que les résultats de notre revue de littérature soient totalement transférables et généralisables à l'échelle mondiale.

7. Conclusion

Lors de nos stages, l'envie des professionnels d'avoir accès à davantage d'informations sur le déni de grossesse nous a frappées. Ayant suscité de vifs débats et beaucoup de questions, nous souhaitons partager les informations glanées durant ce travail avec les différents soignants, collègues et amis. Nous souhaitons déclencher l'effet « boule-de-neige » sur cette thématique. Sachant que les infirmières sont un « vecteur » d'informations essentiel, nous allons pouvoir ainsi transmettre ce « message » à la population.

En réalisant nos recherches, nous nous sommes rendues compte qu'il existait beaucoup de facteurs influençant l'établissement et la qualité du lien d'attachement. Lorsque ce processus est perturbé, comme il peut l'être suite à un déni de grossesse, les interventions le favorisant sont toujours construites selon les mêmes bases. C'est-à-dire, d'avoir une attitude non-jugeante, d'être soutenante, de favoriser les interactions mère-enfant par la proximité physique, le contact affectif, la communication, l'engagement, la découverte, et d'accompagner la patiente à sa famille à leur rythme (Vallone *et al.*, 2003 ; Bell *et al.*, 2004 ; Kearney Schenk *et al.*, 2005 ; Nunes *et al.*, 2009 & Karl *et al.*, 2006).

Cette revue de littérature démontre l'importance du rôle et des compétences de l'infirmière (Bell *et al.*, 2004 ; Vallon *et al.*, 2003 et Karl *et al.*, 2006). De ce fait, c'est elle qui favorise le processus d'attachement mère-enfant dans les premiers jours de la vie. La relation que l'infirmière entretient avec la parturiente influence la relation que cette dernière a avec son enfant (Karl *et al.*, 2006). Nous avons lu à plusieurs reprises (Van Ijzendoorn, 2005 ; Bowlby, 1978 ; Alhusen, 2007 ; Bell *et al.*, 1999, 2004 ; Kearney Schenk *et al.*, 2005 ; Nunes *et al.*, 2009 et Karl *et al.*, 2006) l'importance d'un lien d'attachement de qualité car ce dernier a un impact sur le développement de l'enfant.

Le rôle infirmier fait partie d'un système sociopolitique vaste et composé de multiples professionnels de la santé. Dans ce contexte, il est important de mobiliser les différents

acteurs concernés par la problématique afin de créer et d'étendre un projet de soins communs.

Notre problématique étant peu développée en sciences infirmières, nous avons dû nous référer également à d'autres disciplines, ce qui a, selon nous, permis d'enrichir notre regard sur notre questionnement. Nous avons, par le biais de ce travail, réalisé l'importance de la recherche en sciences infirmières. C'est pour cela que nous avons fait émerger de nouveaux questionnements et des pistes de réflexions qui pourraient être le départ d'un nouveau travail. Il nous semble nécessaire que les infirmières assoient leur pratique sur des savoirs fondés scientifiques afin de contribuer au développement de notre profession.

7.1. Auto-évaluation et apprentissages

Ce travail nous a permis de nous familiariser avec la méthodologie de recherche du niveau Bachelor. Nous avons développé nos compétences linguistiques, afin de comprendre et d'analyser des études scientifiques issues de la discipline infirmière, mais également d'autres disciplines. Nous sommes donc parties d'une problématique du terrain et nous l'avons éclairée par des connaissances scientifiques fondées. Cela nous a permis de développer notre savoir et de faire des liens entre la théorie et la pratique. Afin de parvenir à la réalisation de ce travail, nous avons dû mobiliser les savoirs et les compétences acquis durant notre cursus de formation. La compétence la plus développée est certainement la 5 qui est de « contribuer à la recherche en soins et en santé ».

En effet, nous avons pour la réalisation de ce travail appris à utiliser les bases de données. Grâce à l'analyse des articles par la grille de BTEC, nous avons pu porter un jugement critique sur nos recherches. Ainsi, nous avons pu retenir les articles permettant d'apporter une réponse à notre problématique.

Pour la rédaction, notre plus grande difficulté fut d'être synthétique, afin de répondre aux critères d'évaluation et de sélectionner uniquement les éléments pertinents pour répondre à notre problématique. Il est cependant important de préciser que nous avons pris soin de ne retenir que les éléments allant dans le sens de notre travail, mais également les éléments contradictoires. Ceci afin d'avoir un regard objectif sur notre problématique.

Construisant notre travail à deux et devant faire face à une grande charge de travail durant ce dernier semestre, nous avons dû surmonter certaines difficultés comme par exemple l'organisation du travail.

8. Bibliographie

8.1. Liste de références bibliographiques

Alhusen, J. L. (2007). A literature Update on Maternal-Fetal Attachment. *Journal Of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37, 315-328

Association Française pour la Reconnaissance du Dénier de Grossesse. (2009). *Le dénier de grossesse, ces bébés clandestins*. Accès le 3 juillet 2010 <http://www.afrdg.info/spip.php?mot3>

Association Suisse des Infirmières et Infirmiers. (2008). *Les infirmières et la recherche : Principes éthiques*. [Brochure]. Berne : ASI

Beier, K. M., Wessel, J. & Wille; R. (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., St-Cyr Tribble, D. & Paul, D. (2004). Établissement du lien mère-entant et père-enfant à la période périnatale. *Perspective infirmière*, 12-22

Bell, L., Goulet, C., Tribble, D., Paul, D. & Polomeno, V. (1999). Une analyse du concept d'attachement parents-enfant. *Recherche en soins infirmiers*, 58, 19-28

Berlemont, Ch., Nivoix, J., & Laurensou, S. (2001). *Le peau à peau : des bienfaits attendus à la pratique quotidienne*. Accès le 5 juillet 2010 http://pediadol.org/article.php?id_article=384

Berset, C. & Gaillard Desmedt, S. (2008). *Références à propos du projet de soins*. [Polycopié]. Lausanne : Haute Ecole de la Santé La Source

Bonnet C. (2002). Accompagner le dénier de grossesse : de la grossesse impensable au projet de vie pour le bébé. *Perspectives psychiatriques*, 41(3), 189-194

Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte : 1 l'attachement*. Paris : PUF

Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Books, New York, 26-55

Département de Gynécologie Obstétrique du CHUV. (2009). *Post-natal (post partum)*. Accès le 6 juillet 2010 http://www.chuv.ch/dgo/dgo_home/dgo_presentation/dgo_presentation_activite/dgo_presentation_activite_postpartum.htm

Donzier, M. & Bernard, K. (2005). Les interventions portant sur l'attachement et leur impact sur la qualité de l'attachement chez les nourrissons et les jeunes enfants. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, 1-6

Egeland, B. (2005). Programmes d'intervention et de prévention portant sur l'attachement et destinés aux jeunes enfants. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, 1-8

Gorre Ferragu. (2002). *Le dénier de grossesse : une revue de littérature*. Rennes : Université de Rennes

- Grangaud, N. (2002). Psychopathologie du déni de grossesse : revue de la littérature. *Perspectives psychiatriques*, 41(3), 174-181
- Hatters Friedman, S., Heneghan, A. & Rosenthal, M. (2007). Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy. *Psychosomatics*, 42(2), 117-122
- Karl, D., Beal, J., O'Hare, C. & Rissmiller, P. (2006). Reconceptualizing the Nurse's Role in the Newborn Period as an „ATTACHER“. *Maternal Child Health*, 31(4), 257-262
- Kearney Schenk, L., Kelley, J. H. & Schenk, M. P. (2005). Models of Maternal-Infant Attachment : A Role for Nurses. *Pediatric nursing*, 31(6), 514 – 517
- Kérouac, S. (1994). *La pensée infirmière : conceptions et stratégies*. Laval (Québec) : Maloine
- Lamboy, B. (2009). Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ?. *Devenir*, 21(1), 31-61
- Loiselle, C. & Profetto-Mogroth, J. (2007). Méthodes de recherches en science infirmières : Approches quantitatives et qualitatives. Québec : ERPI
- Massari, B. (2002). Le déni de grossesse. *Perspectives psychiatriques*, 41(3), 172-173
- Moser, C. (2007). *La crise*. [Polycopié]. Lausanne : Haute Ecole de la Santé La Source
- Nadot, M. (2009). *Penser la nature du travail infirmier au fin de son histoire*. [Polycopié]. Lausanne : Haute Ecole de la Santé La Source
- Nelson, A. M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32(4), 465-477
- Nonaka, I. (1999). L'entreprise créatrice de savoirs. *Knowledge management, Harvard Business Review*, 39-64
- Nunes, M. I., do Espírito Santo, M. I., da Costa, A. C. & Forte, A. P. (2009). Nursing intervention for the promotion of mother-baby interactions. *Revista Referência*, 9, 15-26
- Office Fédérale de la Statistique. (2007). *Mettre au monde dans les hôpitaux de Suisse : Séjours hospitaliers durant la grossesse et accouchements*. Accès le 6 juillet 2010 <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.Document.90671.pdf>
- Pierronne, C., Delannoy, M.-A., Florequin, C. & Libert, M. (2002). Le déni de grossesse à propos de 56 cas observés en maternité. *Perspectives psychiatriques*, 41(3), 182-188
- Poinso, F., Samuellian, J.-C., Delzenne, V., Huiart, L. & Sparrow, J. (2001). Dépressions du post-partum : délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé. *La psychiatrie de l'enfant*, 44(2), 379-413
- Quarante, O. (2008). Déni de grossesse : de la sidération à l'écoute. *Profession sage-femme*, 135, 40-43
- Rawlins-Gaston, A. (2009). *Le déni de grossesse, ces bébés clandestins* [Enregistrement vidéo]. Paris : France 3

Rousseau, D. (2007). *Parentalité et structures familiales*. Accès le 14 juin 2010 <http://www.med.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/ASE/parentalite.htm>

Vallone, D. C. & Hoffman, L. M. (2003). Preventing the Tragedy of Neonaticide. *Holistic Nursing Practice*, 17(5), 223-228

Van Ijzendoorn, M. (2005). Attachement à l'âge précoce (0-5 ans) et impacts sur le développement des jeunes enfants. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, 1-6

Warren, P. L. (2005). First-time mothers : social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 479-488

Wessel, J., Gauruder-Burmester, A. & Gerlinger, C. (2007). Denial of pregnancy – characteristics of women at risk. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86, 542-546

Wosinski, J. (2010). *Les transitions : une théorie intermédiaire en science infirmière*. [Polycopier]. Lausanne : Haute Ecole de la santé La Source

8.2. Liste bibliographique

Allegro, E. & Delessert, N. (2007). *Les savoirs-faire et savoir être développés par l'infirmière pour favoriser le processus d'attachement en postpartum*, Travail de diplôme en soins infirmier, Lausanne : Haute Ecole Cantonale Vaudoise de la Santé

Bell, L. & Lacombe, M. (2006). L'attachement parent(s)-enfant : un défi pour la pratique infirmière lors de la visite postnatale. *L'infirmière clinicienne*, 3(1), 11-18

Bell, L. (2008). L'établissement de la relation parents-enfant. Un modèle d'évaluation et d'intervention ayant pour cible la sensibilité parentale. *L'infirmière clinicienne*, 5(2), 39-43

Bell, L., Sylvestre, A., St-Cyr Tribble, D., Goulet, C. & Z. Tronick, E. (2004). Lien parents-enfant à la période périnatale : évolution et intervention. *Perspective infirmière, juillet-août*, 32-36

Bellion, E. (2001). Agressivité et grossesse ; pour un cheminement nécessaire vers la naissance de la relation mère/bébé. Le fonctionnement psychique chez la femme enceinte à la lumière du Rorschach et du TAT. *Devenir*, 13(1), 67-83

Brazelton, T. B. (1983). *La naissance d'une famille ou comment se tissent les liens*. Paris : Stock

Buscher, U. & Wessel, J. (2002). Denial of pregnancy: population based study. *British Medical Journal*, 324, 458

Chapuis, M. (2008). *Les méthodes de recherche qualitative, le paradigme, les stratégies*. [Polycopier]. Lausanne : Haute Ecole de la santé La Source

Chuat, L. (2005). *L'accompagnement de la future mère pendant sa grossesse et la promotion du lien d'attachement entre la mère et l'enfant*. Travail de diplôme en soins infirmiers, Lausanne : Haute Ecole de la Santé la Source

- Claivaz, E. (2007). *La complexité de la triade parents-enfant-soignants dans un service de néonatalogie*. Travail de diplôme en soins infirmiers, Sion : Haute Ecole de la santé – social Valais
- De Montigny, F. & Lacharité, C. (2002). Perceptions des pères et des mères primipares à l'égard des moments critiques des 72 premières heures postnatales. *Revue québécoise de psychologie*, 23(3), 57-78
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2008). Mother-to-infant Emotional Involvement at Birth. *Matern Child Health*, 13, 539-549
- Goulet, C., Bell, L., St-Cyr Tribble, D., Paul, D. & Lang, A. (1998). A concept analysis of parent-infant attachment. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 1071-1081
- Grotowski, T. & Kaplan, R. (1996). Case report - Denied pregnancy. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 30, 861-863
- Guernalec-Levy, G. (2007). *Je ne suis pas enceinte : Enquête sur le déni de grossesse*. Paris : Stock
- Hatters Friedman, S. H., Heneghan, A. & Rosenthal, M. (2009). Characteristics of Women Who Do Not Seek Prenatal Care and Implications for Prevention. *Journal Of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 38(2), 174-181
- Hohener, H. & Spielvogel, A. (1995). Denial of Pregnancy : A Review and case Reports. *Birth*, 22(4), 220-226
- Lamide, F. & Prost, A. (2006). *Ces grossesses silencieuses : Quelle attitudes la sage-femme adopte-t-elle en post-partum, dans le processus d'interaction mère-enfant, quand il y eu déni de grossesse ?*. Travail de fin d'études pour le diplôme de sage-femme, Bruxelles : Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier
- Melender, H.-L. (2006). What Constitutes a good Childbirth? A Qualitative Study of Pregnant Finnish Women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(5), 331-339
- Mercier, R. & Walker, L. (2006). A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *JOGNN*, 35(3), 568-582
- Schreuer, M., Seim, G., Thun-Hohenstein, L., Wienerroither C. & Wienerroither, H. (2008). Antenatal mental representations about the child and mother-infant interaction at three months post partum. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(1), 9-19
- Schweizerischer Hebammenverband (2008). *Verdrängte schwangerschaft* [Brochure]. Bern : Tygraline
- Stern, D. N. & Bruschiweiller-Stern, N. (1998). *La Naissance d'une mère*. Paris : Odile Jacob
- Stotland, N. E. & Stotland, N. L. (1998). Denial of pregnancy. *Elsevier Science*, 5(5), 247-250