



HAL
open science

Hyperémèse gravidique : une étude de cas

Irène Capponi, Abdel H. Boudoukha

► **To cite this version:**

Irène Capponi, Abdel H. Boudoukha. Hyperémèse gravidique : une étude de cas. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 2023, 27 (1), pp.4-24. hal-04416482

HAL Id: hal-04416482

<https://hal.science/hal-04416482>

Submitted on 25 Jan 2024

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

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

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30

Titre de l'article

Hyperémèse gravidique : une étude de cas
Heperemesis gravidarum : a case study

Auteurs

Irène Capponi

Maître de Conférences, Faculté de psychologie, Université de Nantes, F-44312 Nantes Cédex
3, France

Laboratoire de Psychologie EA3188, Université Bourgogne Franche-Comté, 30 rue
Mégevand, F-25000 Besançon, France

Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire EA 4638, Université de Nantes, F- 44312
Nantes Cédex 3, France

Abdel-Halim Boudoukha

Professeur des Universités, Faculté de psychologie, Université de Nantes, F- 44312 Nantes
Cédex 3, France

Chercheur titulaire, Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire EA 4638, Université de
Nantes, F- 44312 Nantes Cédex 3, France

- 1 adjusted, in its framework and therapeutic approaches, to the patient's singular/specific needs.
- 2 The hypothesis of triggering or maintaining the symptom is originated in a psychological
- 3 imbalance due to the reactivation or hyperactivation of early maladaptive schemas concerning
- 4 the inter-individual dimensions. A clear regression of the symptom took place, probably in
- 5 relation to disabling of early maladaptive schemas.
- 6 Key words : pregnancy ; hyperemesis gravidarum ; case study ; CBT

1
2 **Hyperémèse gravidique : une étude de cas.**

3 Capponi, I. et Boudoukha, A.-H.

4 Introduction

5 La périnatalité est une période d'une exceptionnelle vulnérabilité psychologique en
6 raison des nombreux changements sur les plans physique, psychique et social. Elle est d'autant
7 plus grande que les parents, les mères notamment, ont antérieurement traversé des événements
8 de vie négatifs (Dugnat, 2002). Ces derniers, en particulier les événements traumatiques,
9 peuvent compliquer la période périnatale, tels un décès, une menace vitale pour la mère et/ou
10 l'enfant, la découverte d'une malformation ou d'un handicap sévère. Par ailleurs, des difficultés
11 somatiques graves chez la mère compromettent le cours de la grossesse, comme les
12 vomissements incoercibles (hyperemesis gravidarum). C'est le cas Mme A¹, dont nous avons
13 assuré la prise en charge psychologique. Après avoir passé en revue cette difficulté somatique,
14 nous présenterons le travail du psychologue qui est multiple : soutien de la patiente, recherche
15 d'éventuelles causes psychologiques du symptôme, prise en compte des conséquences
16 psychologiques de l'affection même, et aussi garantir sa bienveillance par les soignants.

17
18 Hyperemesis Gravidarum :

19 Des Nausées Aux Vomissements Incoercibles Au Cours De La Grossesse.

20
21 La grossesse est souvent l'occasion de nausées et de vomissements affectant jusqu'à 80% des
22 femmes enceintes (Ducarme & Dochez, 2015). L'étiologie est organique, notamment en raison
23 d'une rapide augmentation des taux d'œstrogènes ou de la sous-unité bêta de la gonadotrophine
24 chorionique humaine (bêta-hCG). Ces nausées et vomissements du premier trimestre de

¹ Afin de préserver l'anonymat de la patiente, nous avons fait le choix de l'appeler Mme A. Il ne s'agit pas de l'initiale de son nom.

1 grossesse sont bénins. L'hyperemesis gravidarum (HG), que l'on retrouve encore sous les
2 termes d'hyperémèse gravidique, de vomissements gravidiques sévères ou encore de
3 vomissements incoercibles, représente une forme extrême des nausées et vomissements de la
4 grossesse. L'HG est un trouble sévère qui se traduit par des vomissements multi-quotidiens
5 accompagnés de troubles métaboliques et souvent d'une perte de poids supérieure à 5% de son
6 poids avant la grossesse. L'affection est recensée dans la CIM-10 du Chapitre XV Grossesse,
7 accouchement et puerpéralité à O21 Vomissements incoercibles de la grossesse (O.M.S, 1994).
8 Il n'y a cependant pas de définition consensuelle, il s'agit d'un diagnostic clinique d'exclusion
9 (Ducarme & Dochez, 2015). Ce trouble apparaît en début de grossesse entre 4 et 10 semaines
10 d'aménorrhée (SA), toucherait de 0.5 à 3,6% des femmes enceintes et peut se prolonger jusqu'à
11 l'accouchement (Ducarme & Dochez, 2015). Cette affection requiert une hospitalisation avec
12 suppléments divers, l'absence de ces dernières pouvant aboutir à une dénutrition avec
13 convulsions et mort (Body et al., 2005).

14 L'étiologie et la pathogenèse de ce trouble restent méconnues selon les revues de
15 littérature, et ce tant sur les facteurs d'ordre biologique que psychologique, et il n'existe pas de
16 diagnostic différentiel (Buckwalter & Simpson, 2002; Cohen et al., 2007; D'Orazio et al., 2011;
17 Kara et al., 2016; Kjeldgaard et al., 2017; Verberg et al., 2005). Les résultats sont en effet
18 contradictoires d'une étude à l'autre, ainsi plusieurs facteurs ont été associés significativement
19 au risque d'apparition de l'HG, sans qu'aucun (ou aucune combinaison) ne soit déterminant et
20 consensuel. Parmi les facteurs psychologiques d'études provenant de pays assez
21 différents (Australie, États-Unis, France, Malaisie, Norvège, Québec, Royaume-Uni, Turquie
22 etc.), on trouve le jeune âge, la nulliparité, l'origine étrangère, des conflits avec le partenaire,
23 avec la mère, la personnalité hystérique ou immature, la dépendance à la mère, l'ambivalence
24 vis-à-vis de la grossesse, les grossesses antérieures avec HG, la peur de l'accouchement etc.
25 (Cohen et al., 2007; Ducarme & Dochez, 2015; Groleau, 2005; Kara et al., 2016; Karpel &

1 de Gmeline, 2004; Tan et al., 2014). Il semble se dégager en fait un accord sur l'aspect
2 multifactoriel impliquant une interaction de facteurs biologiques, psychologiques et
3 socioculturels (Groleau, 2005; Simpson et al., 2001; Vallerent, 2017). Un élément essentiel à
4 prendre en compte dans notre pratique concerne les conséquences de l'HG qui s'accompagne
5 de malnutrition, d'inactivité, de fatigue, de perte de contrôle sur son activité quotidienne, de
6 sentiment d'impuissance et de manque de soutien social (Jennings-Sanders, 2009). Cette
7 expérience, en soi, engendre une qualité de vie réduite, une détresse chez les femmes qui sont
8 significativement plus susceptibles de présenter une anxiété et un stress élevés et de développer
9 une dépression pendant la grossesse, conséquence -et non cause- de l'HG (Attard et al., 2002;
10 D'Orazio et al., 2011; Erginbas Kender et al., 2015; Hizli et al., 2012; Kara et al., 2016;
11 Kjeldgaard et al., 2017; McCarthy et al., 2011; Tan et al., 2014; Vallerent, 2017). D'où
12 l'importance d'un soutien alors que ces femmes se sentent souvent impopulaires dans les
13 services hospitaliers. Une analyse thématique de leur discours fait ressortir en effet une
14 perception d'attitudes non aidantes de la part du personnel : dédain, doute sur la nécessité
15 d'hospitalisation, scepticisme à l'égard de la sévérité des symptômes, soins perçus comme
16 inadéquats (Cohen et al., 2007; Power et al., 2010; Vallerent, 2017).

17 Le travail que nous allons présenter concerne le suivi de Mme A qui a eu lieu au sein du
18 pôle Femme-Enfant d'une clinique française, dans le secteur maternité classé au niveau 2A
19 (maternité avec un service de pédiatrie néonatale). Mme A a été suivie par le premier auteur en
20 tant que psychologue stagiaire dans le cadre d'un Master 2 en psychologie clinique, suite à une
21 validation d'études supérieures et parallèlement à une activité d'enseignant-chercheur en
22 psychologie. Mme A a pris connaissance du statut de la psychologue-stagiaire dès la première
23 rencontre. Ce travail ayant eu lieu il y a plusieurs années, nous ne disposons pas du
24 consentement signé de la patiente pour rapporter des éléments sur son cas, mais ce travail
25 s'inscrit dans l'une des exceptions prévues par le Règlement Général sur la Protection des

1 Données (CNIL, 2017) : fourniture de telles informations impossibles ou exigerait des efforts
2 disproportionnés. Le suivi s'est déroulé sur 9 semaines.

3 A travers le suivi de ce cas, nous présentons :

4 (1) **les trois périodes de travail** avec regroupement chronologique des séances, sur la
5 base des thèmes pragmatiques du processus thérapeutique (Fishman, 2013). Nous dégagerons
6 un processus hypothétique participant au symptôme (l'HG) de Mme A : la grossesse, propice à
7 des pensées automatiques négatives (ruminations) sur l'avenir où il s'agit de penser sa
8 descendance en lien avec des dimensions intra et interindividuelles, aurait hyper ou ré-activé
9 des schémas cognitifs précoces inadaptés (SCPI) en lien avec ses carences affectives (Young et
10 al., 2005). Cette hyper ou ré-activation des SCPI s'accompagne d'émotions négatives
11 (douloureuses et profondes) et de la non satisfaction de ses besoins relationnels. Ce processus
12 aurait déclenché ou maintenu le symptôme, sur la base d'une variation biologique particulière
13 qui lui aurait été propre (cause biologique).

14 (2) **le rôle du psychologue face à la difficulté du personnel soignant** face à ce type
15 d'affection (HG). À partir des paroles et attitudes des soignants, nous verrons que promouvoir
16 une fonction sécurisante de l'équipe, telle que défendue par plusieurs auteurs en périnatalité
17 (Missonnier, 2007; Pascoa et al., 2020), a été importante dans le cheminement de la patiente en
18 ce qu'elle a modifié l'hyper ou ré-activation de ses SCPI.

19

20

Cas Clinique De Mme A

21 Mme A, 24 ans et à 7 semaines d'aménorrhée (SA), était hospitalisée en maternité sur
22 demande de son médecin généraliste, elle avait déjà perdu 5 kg. Elle était en arrêt de travail en
23 raison de ses vomissements incoercibles. En couple stable depuis quelques années, elle avait eu
24 antérieurement 4 grossesses, chacune ayant abouti à une interruption volontaire de grossesse
25 (IVG). Les 2 premières, issues de relations instables, étaient considérées par Mme comme « des

1 erreurs de jeunesse ». Les 2 grossesses suivantes avaient été désirées par elle et son compagnon
2 actuel, mais elle y avait mis un terme en raison de l'HG lors de chacune d'elle, si invalidant et
3 source de souffrance. La dernière IVG était récente, elle avait eu lieu 5 mois auparavant, Mme
4 A avait perdu 8 Kg en raison de l'HG. Mme n'avait pas d'antécédents de suivi psychologique,
5 ni de vomissements en dehors des épisodes de grossesse.

6 Mme A est la cadette d'une fratrie de 3 enfants. Ses parents, séparés, habitaient à
7 proximité, ainsi que sa fratrie, chacun d'entre eux vivant en couple avec enfants. Les relations
8 sociales de Mme ne semblaient pas faire office de soutien social, elle ne percevait pas de
9 potentiel soutenant dans sa famille, ni dans son réseau amical.

10 Sur une période de 9 semaines, il y a eu quatre hospitalisations et dix entretiens
11 psychologiques individuels, plus deux avec elle et son partenaire et un avec ce dernier. Mme
12 était insatisfaite du soutien du personnel de la maternité, mais elle s'y sentait « en sécurité » car
13 elle avait « peur qu'il arrive quelque chose » à elle et au bébé. Le protocole hospitalier consistait
14 à : perfuser, procurer un anti-vomitif, isoler et proposer un soutien psychologique. Plusieurs
15 examens médicaux ont été menés mais n'ont révélé aucune étiologie organique à l'HG.

16

17

18 Conceptualisation Initiale Du Cas et Hypothèses De Travail

19

20 Anamnèse : Un Parcours Jalonné d'Événements De Vie négatifs (Ruptures Affectives)

21 Cette anamnèse a été reconstituée à partir des premiers entretiens.

22 Mme A est née en France, d'une mère venant d'un département français d'outre-mer et d'un
23 père d'origine africaine. Au cours de ses premières années, ses parents ont traversé des crises
24 conjugales. Lorsque Mme A avait 6 ans, son père a été emprisonné pour une durée de 7 ans.
25 Elle se souvenait de visites au parloir, fréquentes au début, puis d'un espacement, puis ses
26 parents se sont séparés définitivement.

1 Mme A a vécu lors de son adolescence une période au cours de laquelle sa mère s'est installée
2 en ménage avec un homme. Elle ne l'appréciait pas et a commencé « à faire des bêtises, ne pas
3 aller en cours, faire des tags, traîner avec des gens pas bien ». Puis, sa mère est partie dans sa
4 ville natale avec elle (les 2 autres enfants adultes étant chez leur père). Au bout de 2 mois sur
5 place, Mme A a appris que sa mère rentrait en France sans elle. Sa mère l'avait inscrite dans un
6 lycée de sa ville natale, sans en parler à Mme A qui y est restée 2 ans. Elle s'est sentie « oubliée
7 », mais relate lors des entretiens des aspects positifs : avoir vécu « des trucs magnifiques là-bas
8 », vie « plus simple ... mais pas plus facile », nature belle, proximité familiale sécurisante « on
9 n'est jamais seule là-bas, on croise toujours quelqu'un », et elle dit avoir eu une « belle histoire
10 » avec sa grand-mère.

11 Mme A vivait depuis 2 ans avec son compagnon, père de l'enfant qu'elle portait (ainsi
12 que des 2 fœtus précédents). Elle était heureuse de vivre avec lui car elle « conna[issait] son
13 fonctionnement » du fait de l'avoir fréquenté pendant 2 ans avant leur vie commune, « c'est
14 bon, il est bien, j'ai confiance en lui ». Selon lui (propos recueillis lors d'un entretien avec Mr),
15 Mme A était une personne qui se laissait vivre, qui se laissait porter par les événements : « la
16 vie, c'est mort pour elle », expression qu'elle aurait utilisé ; il la motivait à avoir un emploi, il
17 la poussait à obtenir de l'indépendance et de l'autonomie. Il disait s'enfermer parfois « dans sa
18 bulle » et que Mme A ne comprenait pas cette attitude, ce qu'elle déplorait en effet en entretien
19 et qui a été à l'origine de conflits entre eux.

20

21 Les Facteurs De Vulnérabilité Et Hypothèses De Travail

22 Les premiers entretiens ont permis de révéler :

- 23 • Cinq facteurs associés parfois à l'HG dans la littérature : l'origine étrangère des parents
24 de Mme A, sa jeunesse, le fait qu'elle soit nullipare, une grossesse non planifiée et ses
25 antécédents d'HG.

- 1 • Sept facteurs de vulnérabilité psychologique, sociale et contextuelle :
 - 2 1. Des antécédents familiaux marqués par des séparations et ruptures (père, mère,
3 fratrie, grand-mère);
 - 4 2. Une insatisfaction vis-à-vis du soutien social provenant de la sphère intime et
5 des soignants ;
 - 6 3. Une fragilité sociale et financière : des revenus faibles dans le couple,
7 l'interruption d'un travail à temps partiel peu rémunéré et peu valorisé dans notre société, un
8 logement précaire (foyer de jeunes) dont le bail arrivait à échéance quelques mois plus tard ;
 - 9 4. Des antécédents personnels d'IVG pour lesquels Mme A n'avait pas bénéficié
10 de consultation psycho-sociale, facultative pour les femmes majeures (LOI n° 2001-588 du 4
11 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1), 2001) ;
 - 12 5. Une asthénie due à l'HG qui induit une diminution de la vitalité ;
 - 13 6. Une qualité de vie aussi diminuée en raison de l'HG : plus aucune sortie à cause
14 des vomissements très fréquents ;
 - 15 7. Une addiction à des substances psychoactives : tabac et cannabis.

16
17 En raison de l'absence de facteurs étiologiques spécifiques, ce tableau associé à des symptômes
18 très envahissants permettait de dégager une piste de travail prioritaire en lien avec les
19 conséquences de l'HG sur le versant psychologique : adresser et modifier les risques
20 psychologiques. Il s'agissait ainsi : a) de créer un climat de confiance empreint de bienveillance,
21 b) de travailler sur les patterns d'émotions, de pensées (cognitions) et de comportements
22 impliqués dans l'HG, et c) de procurer un support social afin de rompre l'isolement, fréquent
23 lors de ce type d'affection. Nous posions l'hypothèse qu'une aide à la compréhension, gestion
24 et régulation des réactions, des émotions et des pensées, en lien avec l'HG, permettrait
25 d'endiguer le phénomène. Les séances se sont ajustées au rythme de la patiente, ainsi qu'à ses

1 résistances, sans omettre le travail d'équipe. Pour les besoins de cette étude de cas, nous avons
2 découpé le cheminement de la patiente et le travail thérapeutique en 3 périodes : 1) Analyse
3 fonctionnelle de l'HG et élaboration du plan thérapeutique, 2) Adresser l'état dépressif et 3)
4 Endiguer l'activation de schémas cognitifs précoces inadaptés.

5

6 Intervention Et Traitement

7

8 Première Période : Symptômes ; Analyse Fonctionnelle ; Plan Thérapeutique

9 *Cette période concerne les deux premiers entretiens au cours de la première hospitalisation*
10 *d'une semaine.*

11 Recueil des signes et symptômes.

12 Mme A a été rencontrée dans sa chambre d'hôpital le lendemain de son entrée à la maternité.
13 Elle était « sombre », sous perfusion et devant un « haricot ». L'entretien a duré une heure
14 trente. Mme A ne s'emparait que peu des silences de la psychologue pour s'exprimer
15 spontanément jusqu'au moment où la demande a émergé qui portait sur la compréhension de
16 l'origine de ses vomissements - « ... si c'est psychologique ? ».

17 L'ensemble du premier entretien a été marqué par une neutralité affective, aucune émotion ne
18 se manifestait quand elle se racontait. Seules les dernières minutes ont révélé des expressions
19 émotionnelles, de la tristesse suivie d'une joie manifeste à la proposition de poursuivre les
20 rencontres, une fois par semaine jusqu'à la fin du stage, pour la soutenir, essayer de comprendre
21 et prendre soin d'elle. Elle a demandé en outre un entretien en couple, demande qui a été
22 acceptée. Lors de cette première rencontre, il semble que les symptômes psychopathologiques
23 de la patiente se situaient dans le champ de la dépression, qui nous paraissaient être une
24 conséquence de l'HG et des risques sur la poursuite de la grossesse.

25 Par ailleurs, Mme A a évoqué des croyances sur la grossesse. Cette thématique a été abordée et

1 nous avons pu relever un désir de grossesse paradoxal. En effet, Mme A disait que cette
2 grossesse était « voulue » par le couple, bien qu'elle ait été le résultat d'un oubli de pilule. La
3 contraception, suite à l'IVG précédente, avait été motivée par une croyance lui permettant de
4 mettre du sens sur, et mieux accepter, son affection : « si je suis si malade, c'est que ce n'est
5 peut-être pas le moment d'avoir un enfant ». Mais par ailleurs, elle affirmait : « Quand je ne
6 suis pas enceinte, je sens que j'ai besoin d'être enceinte, ça me manque, je sais que c'est le
7 moment, je dois avoir un bébé maintenant ». On ne relevait donc pas d'ambivalence vis-à-vis
8 de la grossesse qui, dans la littérature sur l'HG, serait un facteur de risque (Cohen et al., 2007;
9 Dayan, 2004).

10 Ce désir de grossesse paradoxal s'accompagnait d'une culpabilité situationnelle en lien avec le
11 précédent IVG. Mme A ressentait de la culpabilité et de l'incompréhension au sujet de l'IVG
12 précédente –« parfois je regrette ... de l'avoir fait partir », « pourquoi je ne tiens pas un mois
13 de plus car c'est aux 3 mois que les vomissements disparaissent normalement ». Ce
14 questionnement venait signifier son sentiment d'échec, motivant à répondre sous forme de
15 question « parce que vous souffriez, non ? », lui remémorant et reconnaissant ainsi la souffrance
16 engendrée par l'HG afin d'alléger les jugements négatifs à son égard.

17 Cette difficulté dans la régulation des émotions était augmentée par la perception d'un faible
18 soutien social, du compagnon et de l'entourage familial. Or, le réseau social perçu comme
19 soutenant est, lors la période périnatale, constitué essentiellement par les intimes, partenaire et
20 famille (Capponi & Horbacz, 2007). Ainsi, Mme A avait l'impression de ne pouvoir compter
21 sur personne. « Je suis à la base forte, je ne demande rien à personne, je me débrouille ... Du
22 coup ça me gêne de demander de l'aide ». Elle percevait son compagnon comme peu préoccupé
23 par son état, peu attentif et détaché de la grossesse ; résultat de pensées inadaptées -elle aurait
24 aimé par exemple « qu'il devine ses attentes et ses besoins » - et d'une pensée raisonnable - elle
25 avait « besoin de ne pas [s]e sentir seule pour passer ce moment » -. Nous avons identifié des

1 sources de stress, de sentiments d'insécurité et de conflits dans le couple.
2 Mme A ne fréquentait pas beaucoup sa mère, lui parlait peu car elle est ne se sentait pas
3 « aidée » par elle, mère très inquiète au sujet de sa fille en raison de l'HG ; ni son père en qui
4 elle n'avait pas confiance. Elle rapportait que sa mère n'avait jamais été démonstrative sur le
5 plan affectif, ce qui lui « manquait » dans son présent et lui avait « manqué » dans son passé.
6 En outre, sa mère était en déplacement à quelques centaines de km lors de son hospitalisation.
7 Enfin, Mme A était aussi insatisfaite de la prise en charge médicale car elle avait l'impression
8 qu'on ne la prenait pas au sérieux.
9 Au regard de ces éléments, Mme A s'est centrée sur un objectif : être enceinte sans subir ces
10 vomissements (se sentir libre, nager, manger, se promener).

11

12 Analyses psychopathologique et fonctionnelle.

13 En raison de la neutralité affective, nous souhaitons cerner s'il s'agissait d'un
14 évitement/dissociation des affects de nature dépressive ou d'une alexithymie, dans la mesure
15 où « les individus alexithymiques sont supposés être plus vulnérables aux affections somatiques
16 » (Luminet et al., 2003, p.14) et que l'alexithymie a une « fonction de défense contre des affects
17 douloureux » (Jouanne, 2006).

18 Un travail sur les émotions a ainsi été proposé à Mme A. Les résultats de l'exercice ont permis
19 de constater que Mme savait identifier et différencier ses émotions verbalement, mais qu'elle
20 ne savait pas en décrire les sensations corporelles. L'hypothèse d'une alexithymie a alors été
21 rejetée car en référence à la TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale, Bagby et al., 1994, cité dans
22 Loas et al., 2001), sur deux dimensions la composant (identifier ses états émotionnels et les
23 décrire), Mme A ne semblait présenter qu'une difficulté sur un aspect de l'une d'elles (indices
24 somatiques). Cette conclusion a été confortée par les pensées de Mme qui indiquaient qu'elle
25 ne favorisait pas une pensée tournée vers l'extérieur, soit la pensée opératoire constituant la

1 3^{ème} dimension de l'échelle en question. Elle a exprimé en effet son projet de la création d'une
2 famille, idéale et réparatrice du manque antérieur : « j'ai plein d'amour à donner... faire une
3 famille où il y a de l'amour, de la solidarité, où on se dit tout, où il y a de la vraie présence, où
4 les choix sont simples, responsables, où chacun se préoccupe de l'autre ... ce que je n'ai pas
5 connu ». L'alexithymie écartée, nous avons penché en faveur d'un état dépressif.

6
7 D'un point de vue fonctionnel, sur le plan synchronique, les indices tant verbaux –discours
8 factuel, que non-verbaux –absence d'expression émotionnelle, recueillis lors des deux premiers
9 entretiens semblaient souligner une dysrégulation de l'humeur de type dépressif accompagnant
10 l'HG. Sur le plan diachronique, nous avons relevé une défaillance de la matrice familiale à
11 l'origine d'une insécurité affective associée à un évitement des affects. Nous pensons, sans en
12 faire l'étiologie de l'HG, que Mme A avait développé des schémas précoces inadaptés qui
13 produisaient des distorsions cognitivo-émotionnelles (Leung & Poon, 2001; Schmidt & Joiner
14 Jr, 2004). Ces schémas auraient eu une fonction adaptative antérieurement (Delattre et al.,
15 2004), mais auraient été inadaptés (schémas cognitifs précoces inadaptés - SCPI) dans le
16 contexte de la grossesse (Saïd & Callahan, 2011) qui est réputée correspondre à une période de
17 « transparence psychique » corollaire de résurgence de traumatismes passés (Bydlowski, 1991).
18 Ainsi, les SCPI, séparés de l'expérience émotionnelle, s'origineraient dans les évitements des
19 souffrances vécues pendant l'enfance et l'adolescence en lien avec des séparations et, lors de la
20 grossesse, ils auraient été réactivés conduisant à des sensations physiques reliées à ce registre
21 de la séparation/rupture –qui, ne pouvant être suffisamment représentées ou conscientisées,
22 auraient aggravé les vomissements (cf. Figure 1).

23
24 _____
Insérer ici la figure 1
25 _____

1 Élaboration du plan thérapeutique.

2 En regard de cette analyse, nous souhaitons travailler à deux niveaux :

- 3 - Sur le plan psychopathologique, adresser l'état dépressif avec la pleine conscience,
4 - Sur un plan « schéma précoces inadaptés » pour permettre une prise de conscience des
5 manques/ruptures/séparations et de leurs effets en termes de dysrégulations cognitivo-
6 émotionnelles et relationnelles.

7
8 Deuxième Période : Adresser L'état Dépressif

9 *Cette période s'est déroulée sur quatre semaines comprenant 5 entretiens et 2 hospitalisations*
10 *d'une semaine chacune.*

11 Mme a été amenée à s'exprimer sur son histoire, son vécu, ses angoisses, ses peurs, ses plaintes,
12 tout en la rassurant, la valorisant et en orientant son attention vers les éléments positifs liés à
13 cette grossesse.

14 L'utilisation de la pleine conscience.

15 Mme A étant dans une anticipation très négative au sujet de liens éventuels entre son passé et
16 son symptôme, mais aussi au sujet de l'issue de sa grossesse et de ses relations d'aide,
17 l'orientation thérapeutique s'est inspiré des pratiques de pleine conscience qui incitent à se
18 centrer intentionnellement sur le présent (mais pas sur les seuls aspects négatifs) afin de réduire
19 le niveau de stress et de se tenir à l'écart de ruminations négatives (Kabat-Zinn et al., 2009). Il
20 s'agissait alors d'ouvrir le champ des possibles pour sortir de la répétition sans se fixer sur la
21 cause et dégager Mme A d'un implacable destin. Le choix a été d'ancrer Mme dans une
22 concrétude positive de sa grossesse et de sa sensorialité en lui proposant de déclarer sa
23 grossesse, de prendre le RV pour la 1^{ère} échographie, de s'attarder sur l'observation des signes
24 de grossesse autres que les vomissements, de repérer les moments plaisants de chaque journée
25 (bénéficier d'un rayon de soleil sur la peau, sentir l'eau dans la piscine, déguster une glace,

1 détecter ce qui pouvait être ingérer et conserver, etc.). Mme A a commencé à exprimer des
2 rêveries sur le bébé et à toucher son ventre.
3 Lors de cette période, une ambivalence dans la façon dont Mme A s'emparait de l'aide proposée
4 semblait être à l'œuvre. Mme A ne supportait plus que le corps médical lui renvoie une unique
5 causalité psychique, une rupture de l'alliance thérapeutique menaçait, venant par-là confirmer
6 sa croyance d'une aide impossible. En effet, au moment où la psychologue sondait et découvrait
7 les attitudes et paroles du personnel soignant à son égard, elle est sortie précipitamment de
8 l'hôpital. Elle était d'accord pour un rendez-vous psy hors hospitalisation, mais n'y est pas
9 venue. Elle voulait chercher des liens, mais ne s'emparait que peu des occasions pour en établir.
10 Elle disait à propos de sa mère : « j'ai besoin qu'elle croie en moi », mais ne voulait pas la
11 rencontrer car « elle est occupée et stressante ».

12

13 Améliorer le soutien social.

14 Suite à la première échographie (12 SA), dont Mme et son compagnon sont sortis « fiers et
15 heureux », Mme A semblait « toute petite », tassée sur elle-même, absente et fatiguée. Une
16 rupture dans le cheminement maternel sembla avoir eu lieu, comme le suggèrent Boyer et Porret
17 à l'occasion des images obstétricales (1987, cité dans Missonnier, 2003 ,p. 126). La potentialité
18 de créer une famille réactivait vraisemblablement des pensées liées aux traumatismes dus aux
19 séparations. Les conflits avec son compagnon s'intensifiaient : Mme A disait être « en colère
20 contre lui », il n'avait pas encore annoncé la grossesse à ses propres parents, « il ne sait pas [lui]
21 montrer qu'il sait [la] protéger ». La croyance d'une relation symbiotique avec le conjoint
22 semblait mise à mal, elle répétait des « il devrait, il faut qu'il ... », pour finir sur « je dois me
23 consoler toute seule, me guérir toute seule ». Son attente envers son compagnon, démesurée
24 (passer ses nuits à la masser, à la soulager) et peut-être insatiable, donnait lieu à une agressivité
25 et signalait l'intensification d'une divergence entre réalité et idéaux. La qualité de vie de couple

1 diminuait. Or, pour les femmes, le fait de se sentir comprises, entendues et validées dans ce
2 qu'elles vivent, semble primordial au sentiment d'intimité conjugale, qui lui-même influence
3 la satisfaction conjugale (Reicherts, 2012, p. 200). Nous avons reparlé ainsi des stressseurs
4 auxquels le couple était confronté, de la symptomatologie qui était éprouvante aussi pour
5 l'entourage, de la communication dans le couple et nous avons pointé les actes de son partenaire
6 révélant son implication.

7 Sur le plan familial, alors qu'elle avait fait la moue lorsque la psychologue lui avait soumis la
8 proposition de contacter son père, la psychologue a appris par l'équipe qu'il lui avait rendu
9 visite à l'hôpital. Après cette visite, Mme A s'était réanimée, semblait radieuse, s'activait,
10 parlait de la grossesse et du bébé, envisageait de reprendre le travail. Mme A était reconnue
11 dans sa fragilité par son père, elle était digne d'intérêt, son estime d'elle-même s'étoffait.

12 Mais cette amélioration était très fragile.

13

14 Élaboration de stratégies de coping plus adaptées.

15 Sur la fin de cette seconde période, Mme A n'a plus voulu rechercher d'éventuelles causes
16 psychologiques de son symptôme, la centration sur des solutions a alors dominé le travail. Nous
17 avons recherché des stratégies d'adaptation à l'HG en raison de la diminution de ses capacités
18 (ce qu'elle tentait de faire, ce qu'elle envisageait, ce qui l'en empêchait, etc.) et trouvé quelques
19 aménagements à faire dans sa vie actuelle (notamment des activités non couteuses sur le plan
20 physique). Mme A s'est emparé de certains outils et pas d'autres. Mme A n'a pas réalisé le
21 tableau de bord, à remplir au domicile, qui lui avait été proposé avant sa sortie de l'hôpital.
22 L'objectif était de mieux saisir la dynamique des vomissements en raison de leur augmentation
23 à domicile et de leur diminution à l'hôpital, malgré la même médication (hormis la voie : orale
24 à domicile et par transfusion à l'hôpital). Pour chaque vomissement, il s'agissait de reporter le
25 jour, l'heure, le lieu, l'intensité, la personne présente, ce qui précédait (événements, émotions,

1 pensées), ce qui le diminuait, ce qui l'augmentait relativement aux aliments.

2 Les microprojets que nous avons trouvés, modestes et réalistes, l'avaient parfois enchantée -
3 activation d'une pensée positive, mais n'avaient pas été réalisés après son retour à domicile -
4 non actualisation du potentiel, ou réalisés de façon excessive - événement qui s'est révélé
5 épuisant, puis parfois elle refusait tout net des propositions, telles celle d'un contact avec son
6 entourage.

7 La fragilité de son estime d'elle-même s'exprimait et elle était déçue de ne pas être « capable
8 d'être enceinte normalement ». Lors du dernier entretien de cette période, épuisement,
9 isolement et inertie la caractérisaient et elle paraissait plus déprimée, ce qui correspondait
10 exactement à la 14^{ème} SA, dernière semaine possible pour une IVG à cette époque. L'enjeu était
11 énorme, le passage du cap tout proche, avec des vomissements encore très présents.

12 Cette période a été jalonnée par de la réassurance sur son pronostic vital et celui du fœtus, du
13 soutien en la valorisant et en l'accompagnant dans l'expression et la reconnaissance de sa
14 faiblesse (physique et psychologique). En outre, la psychologue tentait d'activer la
15 bienveillance des soignants et de mettre en place un espace sécurisant bienveillant.

16

17 Troisième Période : Travail Sur Les Schémas Cognitifs Précoces Inadaptés

18 *Cette période, comprenant trois entretiens, a eu lieu au cours d'une hospitalisation de deux*
19 *semaines.*

20 L'expérientiel : de l'évitement à l'acceptation de nouveaux modes

21 Des mises en liens et mises en sens ont été possibles : prise de conscience de l'effet d'une source
22 de stress jusqu'alors minimisée, reconnaissance d'un facteur de maintien (« bénéfiques
23 secondaires ») de l'hospitalisation (cuisine, ménage, contacts) et de l'importance du besoin de
24 Mme A de se sentir protégée en ce moment.

25 Des examens médicaux plus approfondis ont été menés, mais n'ont pas plus révélé de causes

1 organiques. Bien que Mme A craignait « que l'intérêt de l'équipe [à son égard] chute », elle
2 était déterminée à rester à l'hôpital plus longtemps pour récupérer suffisamment, a accepté les
3 divers rendez-vous et s'y est rendu (assistante sociale, tabacologue, séances de sophrologie).
4 Le cadre hospitalier a offert une « fonction de protection majeure », de par les contacts avec
5 l'équipe, leurs gestes lors de soins et les instruments techniques (Dreyfus, 2007, p.44). Ce
6 travail d'équipe a permis à Mme A de se sentir en confiance - « je suis chez moi ici », et de
7 réorienter ses représentations sur les relations d'aide.

8 Parallèlement, Mme A cheminait vers une acceptation du symptôme en intégrant l'aspect
9 temporel -« ça dure qu'un temps, c'est pas toute la vie donc je m'adapte ».

10 Lors de ce dernier séjour à la maternité, Mme A a actualisé son potentiel dans des actes (papiers
11 remplis, jeux, lectures), dans des projets (prochaine échographie, séances de préparation à la
12 naissance et à la parentalité, groupes de parole), dans un avenir positif (gros ventre, chambre
13 du bébé, date accouchement, etc.). Ainsi, elle s'autonomisait en réalisant les propositions
14 d'ancrage de la période précédente. L'entente avec le conjoint s'améliorait. Après que la
15 psychologue lui ait proposé à nouveau l'éventualité de reprendre contact avec sa mère (revenue
16 de son déplacement), Mme lui a adressé sa demande de l'accueillir à la sortie de
17 l'hospitalisation. Sa capacité à demander et à recevoir de l'aide signait des réajustements dans
18 sa relation à l'autre.

19 La reprise de poids et l'arrondi de son ventre ont été spectaculaires, elle s'habillait de rose, son
20 regard brillait, elle était fière d'elle-même, son estime de soi semblait se restaurer.

21 Lors d'un appel téléphonique, 4 jours après sa sortie de l'hôpital, la psychologue apprit qu'elle
22 était chez sa mère, ne vomissait qu'une fois le matin et arrivait à s'alimenter. Cependant, elle
23 ne s'est pas présentée à ce qui était convenu comme notre dernier entretien en raison de la fin
24 du stage. Un relais avait été prévu au cas où, mais elle n'y a jamais eu recours. Les
25 vomissements se sont poursuivis jusqu'à l'accouchement, mais de façon beaucoup moins

1 envahissante et n'ont pas nécessité d'autres hospitalisations.

2 Ce parcours de Mme A n'aurait pas eu lieu si, parallèlement, l'équipe n'avait pas offert un
3 support sécurisant.

4

5 Adresser Les Croyances De L'équipe Soignante :

6 Le Rôle De L'institution Garante De l'Evolution De La Patiente

7

8 Le contenant institutionnel est matérialisé par l'espace physique qu'est la maternité (le lieu) et
9 la bienveillance des soignants. Or, selon Mme A, plusieurs soignants lui auraient dit que son
10 symptôme était d'origine psychologique. Cette parole ou cette perception peut mettre à mal
11 l'alliance thérapeutique car « l'affirmation d'une causalité psychique [est] toujours porteuse de
12 **suspicion** [et] convoque chez le patient sa résistance, légitime au demeurant, et lui laisse donc
13 peu de place pour s'interroger ... » (Adam, 2011, p. 9). En outre, Mme déplorait ne pas être
14 reconnue dans la légitimité de sa souffrance physique et se sentait traitée avec mépris. La
15 psychologue, en passant du temps dans la salle où le personnel se retrouvait pour discuter, faire
16 les transmissions et tenir à jour les dossiers, a été témoin des difficultés de soignants face à ce
17 type de cas.

18 Indicateurs De Difficultés De Soignants Somaticiens

19

20 Mme A était appelée « la vomisseuse » dans le service, dénomination courante, mais qui signe
21 l'agressivité du corps médical envers les patientes atteintes de cette affection (Cohen et al.,
22 2007). En outre, certains membres de l'équipe :

- 23 • Supposaient que Mme A utilisait l'IVG comme un moyen de contraception.
- 24 • Considéraient une prévention des moins douteuses « *il vaut mieux qu'elle ne l'ait pas*
25 *ce bébé, ce n'est pas lui rendre service qu'elle poursuive sa grossesse, ni à son bébé* ». Or,

1 Mme A disait lors de nos entretiens qu'elle « se sentait arrachée des morceaux d'elle-même»
2 lors des IVG et qu'elle ressentait de la « haine » envers le monde entier à leur issue.

3 • Étaient convaincus d'une unique explication psychologique, alors que tous les examens
4 médicaux possibles n'avaient pas été faits, or un ensemble de facteurs biologiques sont corrélés
5 à l'HG (Verberg, 2005), sans qu'aucun -certes- ne soit massivement déterminant. L'approche
6 holistique de la personne était totalement oubliée.

7 • Se considéraient apprenti psychologue, « *elle fait payer un truc à son mec* », « *elle est*
8 *hypomaniaque* », « *y'a pas un truc avec sa mère ?* » ; lui attribuaient une ambivalence dans son
9 désir de grossesse : « *c'est son bébé qu'elle vomit* », « *elle n'en veut pas de sa grossesse* ».
10 D'autres affirmaient qu' « *elle refusait que ce soit psychologique* », comme si le contraire était
11 une évidence, d'autres encore se questionnaient sur « *les bénéfices secondaires* » de
12 l'hospitalisation ... oui, en effet, mais étions-nous, tous ensemble, vraiment contenant ?

13 • La soupçonnaient de simulation : « *dès qu'on rentre dans sa chambre, elle crache* »,
14 « *quand elle fume dehors, elle ne crache pas et ne vomit pas* ». Puis, « *dès qu'elle a su qu'elle*
15 *allait avoir une fibro, elle était mieux et a arrêté de vomir* ».

16 • D'autres encore levaient les yeux au ciel en parlant d'elle, comme si elle était un cas
17 désespéré.

18 • Des paroles sur son aspect physique ont aussi été émises. « *Elle a un look étonnant* »,
19 « *elle a une crête sur la tête, des tatouages et des piercings partout* ». Or Mme avait des cheveux
20 qui se prêtaient à différentes coiffures, de par son origine, n'avaient que quelques tatouages et
21 piercings.

22 • Enfin, un soignant était perturbé par une attitude de Mme A : « *être toute recroquevillée*
23 *au bout du lit, c'est aussi bizarre, la tête du côté du pied du lit, dans un petit coin, c'est vraiment*
24 *bizarre* ». Grâce à un échange informel, cette position relevée par le soignant de Mme A s'est
25 révélée être associée au souvenir d'une jeune mère décédée et retrouvée la tête au pied du lit.

1 Le discours témoignait ainsi d'une empreinte traumatique encore active.

2

3 D'autres indicateurs révélaient le malaise des soignants : dossier papier de Mme A éparpillé,
4 difficulté à y identifier le soignant référent, erreurs réitérées (puis corrigées) dans le dossier et
5 sur le tableau, multiplicité des intervenants, « acte manqué » (rendez-vous prévu mais non acté).

6

7

Une Relation De Collaboration

8 Comme chez tout professionnel, les propres fragilités/représentations/mouvements des
9 membres de l'équipe étaient en jeu, d'où le travail du psychologue dans le but d'instaurer une
10 relation de collaboration au service de la patiente. Dans ce cas, la psychologue a eu de
11 nombreuses occasions de « travailler » sur les attitudes de rejet ou d'agressivité envers Mme A,
12 de distiller des nuances, des savoirs d'ordre psychologique, de renvoyer le soignant à son vécu
13 en fonction de ce qu'il apportait.

14 Les comportements et les pratiques de soins sont largement déterminés par les représentations
15 sociales des soignants (Jodelet, 1989). Ainsi y a-t-il des bons malades (atteinte organique) et
16 des mauvais malades (pathologie mentale) - un médecin disait « son psychisme me dérange » -
17 dont on s'éloigne, avec qui on passe peu de temps, qui ne sont pas pris au sérieux, ou qui
18 écœurent en raison de l'odeur de la chambre pour les femmes souffrant d'HG (Blazy, 2012).

19 Or « l'institution thérapeutique a une fonction de holding » (Allione, 2005, p. 106). La présence
20 suffisamment soutenante et sécurisante de l'équipe est cruciale car « soigner c'est avant toute
21 chose mettre en marche un *fonctionnement porteur* où les actions de chacun /.../ reliées entre
22 elles par une volonté organisatrice /.../ [permet de] constituer un véritable *Espace Psychique*,
23 [pouvant] permettre aux patients de se laisser mettre au travail par les mouvements même de
24 cet espace psychique » (Allione, 2005). Ce qui a été le cas au cours des trois périodes décrites
25 précédemment dans la mesure où les changements progressifs dans la façon d'être des soignants

1 sont allés de pair avec l'évolution de la patiente.

2

3

Discussion-Conclusion

4 L'HG, pathologie polyfactorielle selon une conception bio-psycho-sociale, implique
5 une prise en charge multidisciplinaire (Cohen et al., 2007; Vallerent, 2017). Mme A a bénéficié
6 du traitement médical, de rendez-vous avec une assistante sociale, de consultations en
7 tabacologie, de séances de sophrologie et d'entretiens psychologiques. La prise en charge sur
8 deux mois et quatre hospitalisations a ainsi été globale, comme recommandé. Ces aspects se
9 sont inscrits dans une temporalité rythmée par les besoins singuliers de la patiente, d'où une
10 variation du cadre (objectif, lieu, durée et intervalle entre les séances) et des orientations
11 thérapeutiques. Cet éclectisme thérapeutique se justifie par le fait qu'il n'existe pas de protocole
12 thérapeutique de prise en charge psychologique pour l'HG et par une considération plus
13 générale dans laquelle « la thérapie peut /.../ être vue comme un système adaptatif complexe »
14 (Fishman, 2013, p. 7), ce qui a été le cas ici, et ce pour plusieurs raisons.

15 Tout d'abord, la psychologue stagiaire rencontrait ce type d'affection pour la première fois et
16 son manque d'expérience était forcément associé à un manque d'habiletés. La flexibilité dans
17 la prise en charge semble s'être révélée néanmoins juste, dans le respect des buts de la patiente.
18 D'autre part, le cheminement de la patiente combiné à l'évolution des attitudes des soignants
19 nous indique combien les interactions sont complexes entre le symptôme, la patiente, son
20 environnement, le clinicien et les soignants.

21 En raison de la détresse engendrée par l'HG (Kjeldgaard et al., 2017), les entretiens avec Mme
22 A ont eu comme objectifs de lui procurer un soutien, lui permettre d'exprimer ses difficultés,
23 reconnaître ses souffrances, puis mettre en évidence d'éventuelles
24 croyances/perceptions/attitudes à travailler s'ils participaient au symptôme, et de rechercher des
25 solutions d'adaptation au symptôme. Notre hypothèse sur l'origine ou le maintien du symptôme

1 par un facteur de déséquilibre psychologique du à son entrée dans le processus de parentalité,
2 via la grossesse, peut être expliquée par la réactivation de SCPI liés à ses ruptures affectives.
3 En outre, le symptôme pouvait être maintenu par la perception de Mme A d'un corps médical
4 sceptique à son égard -qui le fut en effet pendant un temps- engendrant ainsi une hyper-
5 activation de ses schémas précoces inadaptés. Puis, une fois la date limite dépassée pour une
6 éventuelle IVG (dans le but de mettre fin à son HG) combiné à l'offre d'un espace soutenant
7 ont participé à la relance de la capacité élaborative permettant une nouvelle façon de recevoir
8 de l'aide, à la fois de la part du corps médical, de son partenaire et de sa mère. La régression du
9 symptôme physique s'en est suivie. Il semble ainsi que le symptôme ait été une occasion
10 d'entamer un travail psychique, finalement fécond. La qualité institutionnelle a certainement
11 été un facteur thérapeutique d'amélioration ici, peut-être spécifique à ce genre
12 d'affection (Pascoa et al., 2020).

13 Le travail n'a pas été linéaire, avec une amélioration progressive, mais il semble qu'il ait été
14 efficace. Cependant nous ne pouvons identifier ce qui a été efficace. En effet, alors que le
15 support social de professionnels semble être un facteur de régression de l'HG (Vallerent, 2017),
16 la littérature ne rapporte aucune approche thérapeutique probante (Famarzi et al., 2015;
17 McCormack, 2010). Est-ce le surplus d'attention accordée lors d'un accompagnement
18 psychologique, comparativement au seul traitement médical, qui serait la source d'une
19 amélioration ? Est-ce le dépassement de la date limite de l'IVG qui a permis une acceptation
20 du symptôme puis sa régression ? Est-ce une caractéristique biologique qui, même sans un
21 travail psychologique, se serait modifié au fil du temps ? Est-ce le tout combiné ? Des
22 recherches plus systématisées dans ce domaine apparaissent ainsi nécessaires, la seule certitude
23 étant de ne pas laisser les femmes atteintes d'une telle affection traverser cet épisode douloureux
24 seule en leur offrant un espace sécurisant et réconfortant (Buckwalter & Simpson, 2002).

25

26

1 Références

2

3 Adam, R. (2011). En unité de psychiatrie de liaison d'un hôpital général : L'urgence

4 subjective. In C. Doucet, *Le psychologue en service de médecine*. Elsevier Masson.

5 Allione, C. (2005). *La part du rêve dans les institutions, régulation, supervision, analyse des*

6 *pratiques*. Encre marine.

7 Attard, C. L., Kohli, M. A., Coleman, S., Bradley, C., Hux, M., Atanackovic, G., & Torrance,

8 G. W. (2002). The burden of illness of severe nausea and vomiting of pregnancy in the

9 United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5 Suppl

10 Understanding), S220-227. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.122605>

11 Blazy, M. (2012). Psychosomatique des situations médicales à risque psychologique. Les

12 grossesses à risque. In S. Missonnier, *Manuel De Psychologie Clinique De la*

13 *Périnatalité* (p. 239-249). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/C2012-0-00491-7>

14 Body, G., Boog, G., Collet, M., Fournié, A., Grall, J. Y., Laurent, M. C., Levêque, J., Magnin,

15 G., Perrotin, F., Philippe, H. J., Pierre, F., Poulain, P., Quentin, R., & Rouquette, S.

16 (2005). *Les urgences en gynécologie obstétrique*. 151.

17 Buckwalter, J. G., & Simpson, S. W. (2002). Psychological factors in the etiology and

18 treatment of severe nausea and vomiting in pregnancy. *American Journal of Obstetrics*

19 *and Gynecology*, 186(5 Suppl Understanding), S210-214.

20 <https://doi.org/10.1067/mob.2002.122600>

21 Bydlowski, M. (1991). La transparence psychique de la grossesse. *Etudes Freudiennes*, n° 32,

22 135-142.

23 Capponi, I., & Horbacz, C. (2007). Femmes en transition vers la maternité : Sur qui comptent-

24 elles ? *Dialogue*, 175(1), 115-127. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dia.175.0115>

- 1 Cohen, J., Ducarme, G., Neuman, D., & Uzan, M. (2007). [Psychosomatacal approach to
2 Hyperemesis gravidarum]. *Gynecologie, Obstetrique & Fertilité*, 35(6), 565-569.
3 <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2007.04.005>
- 4 CNIL (Commission nationale informatiques et libertés) (septembre 2017). Règlement européen
5 sur la protection des données. Guide du sous-traitant.
6 https://www.cnil.fr/sites/default/files/atoms/files/rgpd-guide_sous-traitant-cnil.pdf
- 7 Dayan, J. (2004). 3. Quelques acquis et interrogations concernant les troubles prénataux. In *La*
8 *grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité* (p. 335-368). Presses Universitaires de
9 France. [https://www.cairn.info/grossesse-l-enfant-virtuel-et-la-parentalite--](https://www.cairn.info/grossesse-l-enfant-virtuel-et-la-parentalite--9782130545316-page-335.htm)
10 [9782130545316-page-335.htm](https://www.cairn.info/grossesse-l-enfant-virtuel-et-la-parentalite--9782130545316-page-335.htm)
- 11 Delattre, V., Servant, D., Rusinek, S., Lorette, C., Parquet, P. J., Goudemand, M., &
12 Hautekeete, M. (2004). Les schémas précoces dysfonctionnels : Étude chez des
13 patients adultes souffrant d'un trouble anxieux. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie*
14 *clinique biologique et thérapeutique*, 30(3), 255-258.
- 15 D'Orazio, L. M., Meyerowitz, B. E., Korst, L. M., Romero, R., & Goodwin, T. M. (2011).
16 Evidence against a link between hyperemesis gravidarum and personality
17 characteristics from an ethnically diverse sample of pregnant women : A pilot study.
18 *Journal of Women's Health* (2002), 20(1), 137-144.
19 <https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1851>
- 20 Dreyfus, M. (2007). Le psychologue en hôpital pédiatrique. In F. Marty, *Le psychologue à*
21 *l'hôpital*. In Press Editions.
- 22 Ducarme, G., & Dochez, V. (2015). Vomissements incoercibles de la grossesse : Mise au
23 point. *La Presse Médicale*, 44(12, Part 1), 1226-1234.
24 <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2015.06.008>

- 1 Dugnat, M. (2002). Santé mentale et psychiatrie périnatales : Renouveler l'approche de la
2 prévention. *Dialogue, no 157(3)*, 29-41.
- 3 Erginbas Kender, E., Yuksel, G., Ger, C., & Ozer, U. (2015). Eating attitudes, depression and
4 anxiety levels of patients with hyperemesis gravidarum hospitalized in an obstetrics
5 and gynecology clinic. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological
6 Sciences, 28(2)*, 119. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2015280204>
- 7 Faramarzi, M., Yazdani, S., & Barat, S. (2015). A RCT of psychotherapy in women with
8 nausea and vomiting of pregnancy. *Human Reproduction (Oxford, England), 30(12)*,
9 2764-2773. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev248>
- 10 Fishman, D. B. (2013). L'étude de cas pragmatique : Une méthode de recherche rigoureuse et
11 systématique qui parle aux praticiens. *Psychothérapies, 33(1)*, 3-12. Cairn.info.
12 <https://doi.org/10.3917/psys.131.0003>
- 13 Groleau, D. (2005). La détresse et l'enfantement : L'hyperemesis gravidarum revisité en
14 contexte migratoire. *L'Évolution Psychiatrique, 70(3)*, 623-641.
15 <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2005.04.018>
- 16 Hizli, D., Kamalak, Z., Kosus, A., Kosus, N., & Akkurt, G. (2012). Hyperemesis gravidarum
17 and depression in pregnancy : Is there an association? *Journal of Psychosomatic
18 Obstetrics and Gynaecology, 33(4)*, 171-175.
19 <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.717129>
- 20 Jennings-Sanders, A. (2009). A case study approach to Hyperemesis Gravidarum : Home care
21 implications. *Home Healthcare Nurse, 27(6)*, 347-351; quiz 352-353.
22 <https://doi.org/10.1097/01.NHH.0000356824.48175.3f>
- 23 Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*.

- 1 Jouanne, C. (2006). L'alexithymie : Entre déficit émotionnel et processus adaptatif.
2 *Psychotropes*, 12(3-4), 193-209. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/psyt.123.0193>
- 3 Kabat-Zinn, J., André, C., & Maskens, C. (2009). *Au coeur de la tourmente, la pleine*
4 *conscience : MBSR, la réduction du stress basée sur la mindfulness : programme*
5 *complet en 8 semaines*. De Boeck Université.
- 6 Kara, N., Namli Kalem, M., Balci, H., Kalem, Z., Yuce, E., & Iltemir Duvan, Z. C. (2016).
7 Psychiatric symptoms, perceived social support, coping styles, and dyadic adjustment
8 in pregnant women with hyperemesis gravidarum. *Düşünen Adam: Journal of*
9 *Psychiatry and Neurological Sciences*, 29(4), 307-316.
10 <https://doi.org/10.5350/DAJPN2016290402>
- 11 Karpel, L., & de Gmeline, C. (2004). L'approche psychologique des vomissements
12 incoercibles gravidiques. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la*
13 *Reproduction*, 33(7), 623-631. [https://doi.org/10.1016/S0368-2315\(04\)96603-3](https://doi.org/10.1016/S0368-2315(04)96603-3)
- 14 Kjeldgaard, H. K., Eberhard-Gran, M., Benth, J. Š., Nordeng, H., & Vikanes, Å. V. (2017).
15 History of depression and risk of hyperemesis gravidarum : A population-based cohort
16 study. *Archives of Women's Mental Health*, 20(3), 397-404.
17 <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0713-6>
- 18 Leung, P. W. L., & Poon, M. W. L. (2001). Dysfunctional Schemas and Cognitive Distortions
19 in Psychopathology : A Test of the Specificity Hypothesis. *Journal of Child*
20 *Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 42(6), 755-765.
- 21 Loas, G., Corcos, M., Stephan, P., Pellet, J., Bizouard, P., Venisse, J. L., Perez-Diaz, F.,
22 Guelfi, J. D., Jeammet, P., & Réseau INSERM no. 494013. (2001). Factorial structure
23 of the 20-item Toronto Alexithymia Scale : Confirmatory factorial analyses in

- 1 nonclinical and clinical samples. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(5), 255-261.
2 [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(01\)00197-0](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00197-0)
- 3 LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la
4 contraception (1), 2001-588 (2001).
- 5 Luminet, O., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). *La mesure de l'alexithymie*.
6 <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:137764>
- 7 McCarthy, F. P., Khashan, A. S., North, R. A., Moss-Morris, R., Baker, P. N., Dekker, G.,
8 Poston, L., Kenny, L. C., & Consortium, on behalf of the S. (2011). A Prospective
9 Cohort Study Investigating Associations between Hyperemesis Gravidarum and
10 Cognitive, Behavioural and Emotional Well-Being in Pregnancy. *PLOS ONE*, 6(11),
11 e27678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0027678>
- 12 McCormack, D. (2010). Hypnosis for hyperemesis gravidarum. *Journal of Obstetrics and*
13 *Gynaecology: The Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 30(7), 647-
14 653. <https://doi.org/10.3109/01443615.2010.509825>
- 15 Missonnier, S. (2003). *La consultation thérapeutique périnatale. Un psychologue à la*
16 *maternité*. [https://www.editions-eres.com/ouvrage/3544/la-consultation-therapeutique-](https://www.editions-eres.com/ouvrage/3544/la-consultation-therapeutique-perinatale-1)
17 [perinatale-1](https://www.editions-eres.com/ouvrage/3544/la-consultation-therapeutique-perinatale-1)
- 18 Missonnier, S. (2007). Un psychologue clinicien à la maternité ? In F. Marty, *Le psychologue*
19 *à l'hôpital*. Éditions in Press.
- 20 O.M.S. (1994). *CIM-10. Classification internationale des troubles mentaux et du*
21 *comportement : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. OMS.
- 22 Pascoa, J., Belot, R.-A., Schneider, M., Baseggio, A., Nezelof, S., & Mellier, D. (2020). Péril
23 psychosomatique lors de l'accès à la maternité et fonction contenante d'un réseau. À
24 propos d'un cas. *Psychotherapies*, Vol. 40(1), 25-37.

- 1 Power, Z., Thomson, A. M., & Waterman, H. (2010). Understanding the stigma of
2 hyperemesis gravidarum : Qualitative findings from an action research study. *Birth*
3 (*Berkeley, Calif.*), 37(3), 237-244. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00411.x>
- 4 Reicherts, M. (2012). *L'ouverture émotionnelle : Une nouvelle approche du vécu et du*
5 *traitement ...* —Google Livres. Mardaga.
6 [https://books.google.fr/books/about/L_ouverture_%C3%A9motionnelle.html?id=7Vm](https://books.google.fr/books/about/L_ouverture_%C3%A9motionnelle.html?id=7VmVAQAAQBAJ&redir_esc=y)
7 [VAQAAQBAJ&redir_esc=y](https://books.google.fr/books/about/L_ouverture_%C3%A9motionnelle.html?id=7VmVAQAAQBAJ&redir_esc=y)
- 8 Saïd, C., & Callahan, S. (2011). Comparaison des schémas précoces inadaptés chez les
9 femmes enceintes et non-enceintes. *Journal de Thérapie Comportementale et*
10 *Cognitive*, 21(4), 147-151. psych.
- 11 Schmidt, N. B., & Joiner Jr, T. E. (2004). Global maladaptive schemas, negative life events,
12 and psychological Distress. *Journal of Psychopathology and behavioral assessment*,
13 26(1), 65-72.
- 14 Simpson, S. W., Goodwin, T. M., Robins, S. B., Rizzo, A. A., Howes, R. A., Buckwalter, D.
15 K., & Buckwalter, J. G. (2001). Psychological factors and hyperemesis gravidarum.
16 *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 10(5), 471-477.
17 <https://doi.org/10.1089/152460901300233948>
- 18 Tan, P. C., Zaidi, S. N., Azmi, N., Omar, S. Z., & Khong, S. Y. (2014). Depression, Anxiety,
19 Stress and Hyperemesis Gravidarum : Temporal and Case Controlled Correlates.
20 *PLOS ONE*, 9(3), e92036. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0092036>
- 21 Vallerent, A. (2017). 9. Vomissements incoercibles de la grossesse. In *Psychiatrie et*
22 *psychopathologie périnatales* (p. 81-88). Dunod. [https://www.cairn.info/psychiatrie-](https://www.cairn.info/psychiatrie-et-psychopathologie-perinatales--9782100768844-page-81.htm)
23 [et-psychopathologie-perinatales--9782100768844-page-81.htm](https://www.cairn.info/psychiatrie-et-psychopathologie-perinatales--9782100768844-page-81.htm)

- 1 Verberg, M. F. G., Gillott, D. J., & Al-Fardan, N. (2005). Hyperemesis gravidarum, a
- 2 literature review. *Human Reproduction Update*, 11(5), 527-539.
- 3 <https://doi.org/10.1093/humupd/dmi021>
- 4 Young, Jeffrey. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). *La thérapie des schémas :*
- 5 *Approche cognitive des troubles de la personnalité.* De Boeck Université.
- 6

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24

Note de l'auteur

Institutions d'appartenance des auteurs

Irène Capponi

Maître de Conférences, Faculté de psychologie, Université de Nantes, F-44312 Nantes Cédex
3, France
Chercheur associé, Laboratoire de psychologie EA3188, Université Bourgogne Franche-
Comté, 30 rue Mégevand, F-25000 Besançon, France

Abdel-Halim Boudoukha

Professeur des Universités, Faculté de psychologie, Université de Nantes, F- 44312 Nantes
Cédex 3, France
Chercheur titulaire, Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire EA 4638, Université de
Nantes, F- 44312 Nantes Cédex 3, France

Sources de financement

Aucune

Adresse de contact

Irène CAPPONI : irene.capponi@univ-nantes.fr, tel: 00 33 (0)240141319

1 Note de bas de page

2

3 ¹ Afin de préserver l'anonymat de la patiente, nous avons fait le choix de l'appeler Mme A. Il
4 ne s'agit pas de l'initiale de son nom.

5

6

7

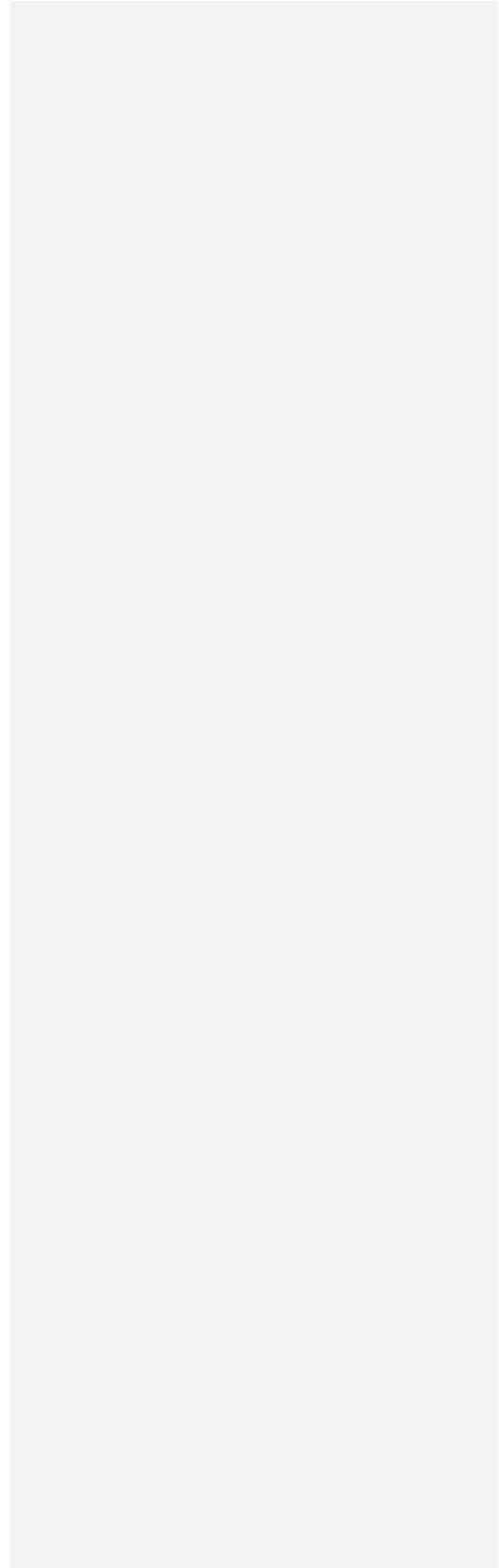
8

9

1 Figure

2

3 Figure 1 : Analyse fonctionnelle de l'hyperémèse gravidique (HG) chez Mme A



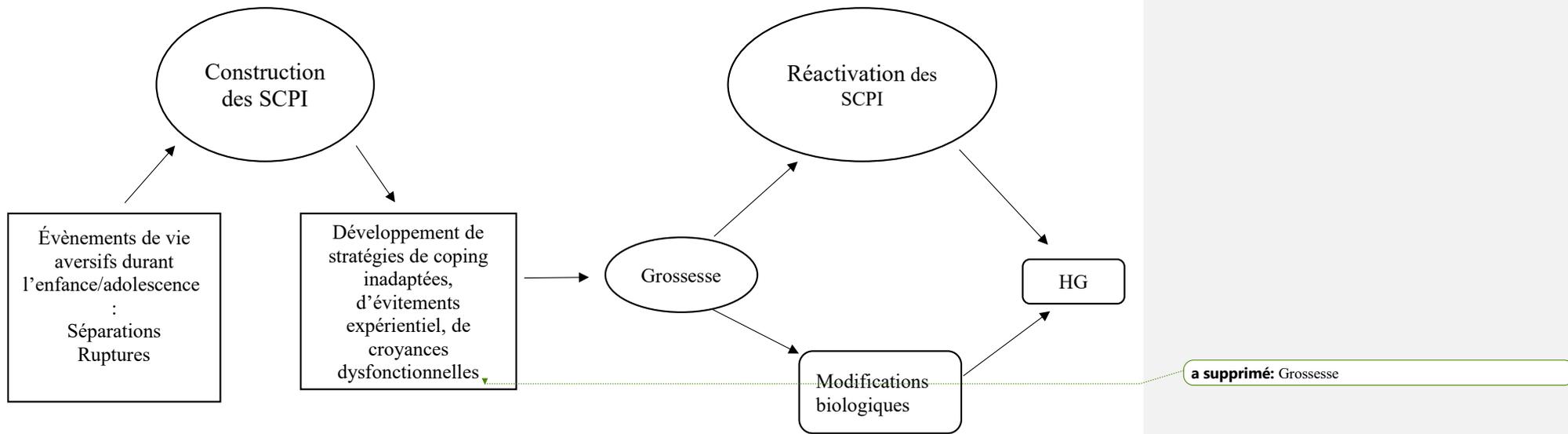


Figure 1 : Analyse fonctionnelle de l'HG chez Mme A

