



Interactions mère-fille et vécu de la grossesse. Étude descriptive à partir de onze entretiens dans un cabinet de sages-femmes libérales de la région Auvergne-Rhône-Alpes
Sibylle Gomart

► **To cite this version:**

Sibylle Gomart. Interactions mère-fille et vécu de la grossesse. Étude descriptive à partir de onze entretiens dans un cabinet de sages-femmes libérales de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01951799

HAL Id: dumas-01951799
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01951799>

Submitted on 18 Dec 2018

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.

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

INTERACTIONS MERE-FILLE ET VECU DE LA GROSSESSE

Etude descriptive à partir de onze entretiens dans un cabinet de sages-femmes libérales de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

GOMART Sibylle

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

INTERACTIONS MERE-FILLE ET VECU DE LA GROSSESSE

Etude descriptive à partir de onze entretiens dans un cabinet de sages-femmes libérales de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

GOMART Sibylle

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



Remerciements

Je remercie vivement Madame Raineau, directrice de mémoire. Merci Madame d'avoir accepté cette responsabilité, merci pour votre aide précieuse et vos avis constructifs.

Je remercie Madame Dacquin, co-directrice de ce mémoire. Merci Alix pour votre gentillesse, vos conseils avisés, vos apports dans le domaine de la psychologie de la femme et de la grossesse qui m'ont passionnés.

Je remercie Madame Taithe, référent de mon mémoire au sein de l'équipe enseignante. Merci infiniment Madame pour votre disponibilité, votre soutien et toutes vos réponses à mes questions.

Je remercie infiniment les sages-femmes du cabinet libéral qui m'ont accueillie en stage et qui m'ont permis de mener à bien mon étude au sein de leurs locaux. Merci pour votre accueil chaleureux, votre confiance, votre disponibilité et votre aide.

Je remercie du fond du cœur ma famille. Merci Papa et Maman pour votre amour, votre présence, et votre soutien depuis le début de mes études. Merci les Bros, merci les Filles pour tout ce que vous m'apportez. Plus de partiels ni de mémoire, merci pour votre patience !

Merci Juliette, Sevda, Laetitia, Charlotte, Yves, Marie, PG, Maïa, Bertille et Augustin pour votre aide efficace au cours de ce mémoire, vous êtes au top !

Merci à toute ma promotion pour votre gentillesse, ces années passées ensemble ont été une joie !

Sommaire

Sommaire	1
Introduction	2
Revue de la littérature	4
Méthode.....	24
I. Schéma d'étude	24
1- Objectifs :	24
2- Partenaires de l'étude :	24
3- Lieu et durée de l'étude :	24
II. Echantillon	24
1- Description de l'échantillon :	24
2- Description des modalités de recrutement :	25
III. Mode de recueil des données.....	25
IV. Mode d'analyse des données	26
1- Description et justification du mode d'analyse des données.....	26
2- Aspects éthiques et réglementaires.....	27
Résultats et discussion	28
Projet d'action	74
Conclusion	75
Références bibliographiques	
Annexes.....	
Résumé.....	

Introduction

La grossesse est une période de bouleversements physiques, psychologiques et affectifs menant une femme à devenir mère. Le devenir mère suppose un changement de position qui consiste à prendre corps et place de mère (1). On assiste alors à un réaménagement du statut de la femme enceinte et de celui de sa mère (2).

La littérature et la recherche en clinique psychologique ont montré que l'identification à une femme idéalisée serait nécessaire à celle qui attend un enfant. La future grand-mère maternelle représenterait très souvent cet arrière-plan sur lequel la jeune mère va pouvoir s'appuyer pour créer, à son tour, une relation d'amour envers son bébé (3,4). Devenir mère, ce serait retrouver sa propre mère, l'admirer, l'idéaliser puis vouloir lui ressembler mais aussi s'en différencier (1). Le thème du lien mère-fille a été longuement étudié par les psychologues et les anthropologues, mais peu par des professionnels médicaux. Les sages-femmes sont les professionnelles de santé les plus à même d'entourer les parturientes et de les aider à puiser en elles les ressources de leur future maternité (5).

Il nous a donc paru intéressant de chercher à comprendre quelle place les femmes enceintes ont accordée à leur mère et à ses propos durant la grossesse. Nous avons ainsi voulu analyser comment la grossesse d'une femme pouvait transformer les relations qu'elle entretient avec sa mère. Qualifier ces interactions mère-fille pourrait être un outil pour les sages-femmes afin de les aider à soutenir les parturientes dont elles ont la charge dans leur transition vers la maternité. Cela pourrait également mettre en lumière le poids de cette relation au regard des conseils prodigués par les professionnels de santé et en particulier les sages-femmes.

Aussi, **dans quelle mesure la relation mère-fille détermine-t-elle le devenir mère ?**

L'objectif principal de cette étude qualitative descriptive transversale et interprétative était de connaître les principaux sujets abordés entre une femme enceinte et sa mère et les conseils, anecdotes et avis donnés par cette dernière à sa fille, au sein d'un échantillon de onze futures primipares de la région Auvergne-Rhône-Alpes en 2017.

Les objectifs secondaires étaient de connaître le vécu de la grossesse, les craintes et angoisses persistantes chez une femme enceinte après ses divers échanges avec sa mère

pour que les sages-femmes puissent intervenir et affiner au mieux leurs conseils et leur accompagnement ; et également d'identifier d'éventuelles oppositions entre le façonnage familial et domestique de la future mère et les préconisations professionnelles.

Pour ce faire, nous étudierons dans un premier temps les données de la littérature sur les modifications psychiques induites par la grossesse, sur le lien mère-fille et sur le rôle de l'entourage de la femme enceinte, en particulier celui des sages-femmes. Nous exposerons ensuite la méthodologie de notre mémoire. Dans une troisième partie seront annoncés, analysés et discutés les résultats des entretiens semi-dirigés qui ont été la base de l'étude. Avant de conclure ce mémoire, un projet d'action en vue de l'amélioration des pratiques professionnelles des sages-femmes ou de tout autre professionnel entourant des parturientes sera proposé.

Revue de la littérature

A. La grossesse dans la vie de la femme

I. Une période de bouleversement physique et psychique

1. La transparence psychique

La grossesse est indéniablement un événement majeur de la vie d'une femme et inscrit sa marque dans son corps et dans son esprit. Être enceinte, attendre un enfant, devenir mère, quelle que soit la manière dont une femme l'évoquera, s'accompagne d'un « bouleversement » (1). Un consensus général admet en effet que la grossesse est un événement de vie stressant pour les femmes car elle provoque des changements psychosociaux et physiologiques divers. Le stress engendré par la crainte de la grossesse, du travail et de l'accouchement est présenté comme un facteur de risque prénatal important (6). D'un point de vue psycho-dynamique, la grossesse est une période de conflictualité psychique importante, de crise identitaire et de reviviscence de conflits infantiles lors desquels l'équilibre psychique habituel est ébranlé dès les premières semaines de gestation (4). Monique Bydlowski, psychiatre et psychanalyste française, dans son ouvrage *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité* (1997) définit la grossesse comme « le moment d'un état particulier du psychisme, état de transparence où des fragments du préconscient et de l'inconscient viennent facilement à la conscience. ». L'enjeu majeur de cette crise maturative est le changement de génération (7,8). Cet état de transparence psychique place la femme enceinte dans un état de vulnérabilité. Le psychanalyste britannique Winnicott avait le premier observé l'existence d'un état psychique singulier chez des femmes ayant récemment accouché. Cet état particulier, s'il n'y avait pas la présence de l'enfant, pourrait passer pour une authentique pathologie mentale. Selon lui, cette « préoccupation maternelle » atteint un degré de sensibilité accru dans les semaines qui suivent la naissance (8).

2. Retour vers le passé

La future mère se relie à l'enfant qui transforme son corps et cette pensée va complètement bouleverser sa vie : elle se décentre du monde pour se préoccuper de ce qui se passe en elle (9). Du fait de la transparence particulière de son psychisme, la femme enceinte est envahie de remémorations d'enfance qui prennent le pas sur la réalité quotidienne et relèguent les investissements habituels, amoureux ou professionnels au

second plan. Des pans entiers d'expériences d'autrefois, des souvenirs, des sensations et des émotions oubliées font retour, avec pour corollaires des moments d'euphorie ou, au contraire, de détresse. (3). Pour se préoccuper de l'enfant à venir, la mère doit d'abord se préoccuper de l'enfant qu'elle a été. Elle s'engage sur des voies régressives et réactualise des vécus d'enfance. Elle est en quête d'images maternelles, auprès de sa propre mère, auprès du conjoint ou de l'équipe médicale. C'est retrouver un support maternel auquel elle pourra s'identifier, pour à son tour accueillir le bébé. En se mettant en position d'être maternée, elle s'identifie et se relie au bébé qu'elle était, cherchant les vécus de bien-être, les satisfactions et les plaisirs qu'elle pourra par la suite apporter à l'enfant (2). La mère s'identifie donc à son bébé et projette aussi des parties d'elle-même enfant, parfois conflictuelles ou négatives. Le bébé fille facilite d'emblée pour elle le double mouvement d'identification à sa propre mère et à son image d'elle-même enfant (4). Faire l'expérience de la maternité pour une femme, c'est la rencontre du double : la rencontre de la mère qu'elle est devenue avec la mère qu'elle a eue, la rencontre de l'enfant à venir ou advenu avec l'enfant qu'elle a été (1).

3. Une crise psychique

La grossesse se révèle donc comme une étape singulière pour le psychisme féminin. Paul-Claude Racamier, psychiatre et psychanalyste français du XX^{ème} siècle, considérait même la gestation comme une étape maturative, au même titre que l'adolescence (10). Il la présente comme une véritable étape du développement psychoaffectif de la femme et la compare à la « crise d'identité » dont parle Erik H. Erikson en 1950 pour qualifier l'adolescence. Alors qu'à l'adolescence l'enjeu est de renoncer à l'enfance pour aborder l'âge adulte, au cours de la première maternité, l'enjeu est de changer de génération, de façon flagrante et irréversible. Un état relationnel particulier se manifeste chez la femme enceinte, un appel à l'aide latent, ambivalent et quasi permanent, tout comme à l'adolescence. La grossesse, souvent perçue dans la société comme une grande joie et un bonheur, peut aussi être source d'anxiété et d'inquiétudes majeures pour la femme enceinte. En imaginant le bouleversement de son quotidien lors de l'arrivée de l'enfant, de nombreuses questions et doutes peuvent l'envahir et causer des dépressions anténatales (3,6,8,11).

II. Le devenir mère de la fille

1. Le désir d'enfant

Dans la culture occidentale, désirer un enfant semble être une démarche consciente et raisonnable, délibérée, voire programmée, dans un plan de vie conforme aux idéaux sociaux et familiaux. Avant toute réalisation, l'enfant est imaginaire. Il est l'enfant supposé tout accomplir, tout réparer, tout combler : deuil, solitude, destin, sentiment de perte. Mais envisager la maternité signifie aussi céder à la pression sociale et familiale qui espère d'une jeune femme, d'un jeune couple, la naissance d'un enfant un jour ou l'autre (4,12). Par le désir d'enfant, la femme donne corps au lien charnel indestructible qui l'unit à sa mère. Ce lien, qui va de ventre à ventre, date de son propre vécu utérin. En portant un enfant dans son sein, la jeune femme actualise l'expérience d'avoir été portée elle-même. Elle retrouve des contours, elle réinvente par la chair même sa propre entité. (3).

2. Le complexe d'Œdipe

Le parcours féminin vers la maternité peut se décrire en plusieurs temps et est parfaitement illustré par le complexe d'Œdipe. Il est admis, dans la culture actuelle occidentale, que toute grossesse réalise l'actualisation du bébé que la femme, lorsqu'elle était petite fille, a désiré recevoir de son père.

Au commencement, une identification première se fait à la mère de l'origine. Elle assure à sa fille dévouement, source de chaleur et de tendresse. Ce premier lien se construit grâce à la sensorialité précoce du bébé et aux réponses qui lui sont apportées. En s'identifiant à son premier objet d'amour, la petite fille désire son tout premier enfant de sa propre mère, un bébé qui réincarnera l'amour maternel originaire. A la fin de la petite enfance, la mère merveilleuse du début de la vie s'efface de l'espace psychique de la petite fille. Elle s'éloigne de celle qui a été son premier objet d'amour et désire la remplacer par son père dont elle souhaite un bébé. En désirant un enfant, la petite fille désire surtout remplacer sa mère actuelle en tant que mère et en tant que femme. Plus tard, à la fin de l'adolescence, l'amour sexuel pour un compagnon du présent permettra, en faisant avec lui un projet d'enfant, de réaliser la synthèse de ces deux amours anciennes : l'amour pour les deux parents d'autrefois. Le désir d'un enfant chez la jeune fille résulte donc de la combinaison

harmonieuse de trois composantes : le désir d'être identique à la mère du début de la vie, le désir d'obtenir comme elle un enfant du père et la rencontre adéquate de l'amour sexuel pour un homme actuel (3).

3. La maternalité

De nombreux auteurs ont décrit les mouvements et remaniements psychiques inhérents à la maternité et montré combien ce processus était complexe. Traduction de « *motherhood* », terme employé par deux psychanalystes anglo-saxonnes, Therese Benedek et Grete Bibring, lors de recherches autour de l'expérience du « devenir mère », la « maternalité » a été définie par Paul-Claude Racamier en 1978 comme « l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité »(10). L'enjeu de cette étape est celui d'un changement générationnel (4,13).

4. Le changement de génération et de statut pour la femme et sa mère

Le devenir mère suppose un changement de position physique et psychique. Un changement de position qui consiste à prendre corps et place de mère. (1). Cela suppose de pouvoir pousser d'un cran les générations et d'évoquer, même inconsciemment, l'idée de la mort de sa mère (2). Le renoncement induit par la grossesse concerne la place de l'enfant, enfant de sa mère, celle de l'enfance éternelle. Pour Caroline Eliacheff, psychanalyste et pédopsychiatre française, devenir mère signifie qu'on ne naît pas mère mais qu'on le devient, que transmettre la vie ne sera possible que si on accepte de transmettre ce qui a été donné, la vie bien sûr mais aussi cette capacité de reconnaissance de l'enfant en tant qu'autre : « Transmettre avec l'enfant le désir même de transmettre » (14). Le devenir mère se construit donc. « La mère doit pouvoir se permettre de régresser pour entendre les besoins/désirs du bébé qu'elle a à présent, et ce sans doute, dans une référence à celui qu'elle fut, sans sentir sa propre existence mise en danger, ce qui lui ferait tenir ce bébé à distance. » (15). La transmission, c'est parfois ce que certaines mères refusent à leur fille et c'est parfois ce que certaines filles refusent d'accepter de leur mère. Car cela implique d'accepter de l'avoir reçu de sa mère et donc d'accepter sa mère telle qu'elle est. La transmission implique de pouvoir se rattacher à son histoire, quelque douloureuse qu'elle soit. Le psychothérapeute allemand Georg Groddeck résume cette référence constante au passé retrouvée lors de toute grossesse ainsi : « En enfantant, une femme rencontre sa propre mère ; elle la devient, elle la prolonge tout en se différenciant

d'elle.» (3,16). L'enfant construit la mère en même temps qu'elle se construit elle-même et qu'il se développe. Il existe donc une série de liens circulaires entre mère et fille qui leur permettent de construire et de trouver leurs places respectives. Lorsqu'on devient mère pour la première fois, on cesse de n'être qu'une fille et l'on a donc un deuil à faire de cette exclusive identité filiale qu'on avait jusque-là ; de plus, on offre l'identité de grand-mère à celle qui jusque-là était uniquement mère, introduisant ainsi un nouveau tiers dans la relation mère-fille (17). L'ethnologue française Yvonne Verdier a publié en 1979 *Façons de dire, façons de faire*, ouvrage résultant d'une enquête ethnographique dans un village bourguignon dans lequel elle donne la parole aux femmes. Pour elle, « les filles tiendraient leur force de procréation de leur mère, et cette propriété toute physique leur serait donnée : elle ne va pas de soi. Se trouve ainsi impliquée (dans le mariage) la génération féminine qui précède la nouvelle épousée : marier son enfant, c'est, pour une mère, perdre ses forces procréatrices et ses fonctions nourricières : en passant dans la classe des futures mères par l'intermédiaire de son union avec un homme, la jeune fille fait passer sa mère et sa belle-mère au rang de vieilles femmes. » (18).

5. La dette de vie

Pour Bydlowski, le bébé a une valeur symbolique dans la mesure où la dette de la femme à l'égard de sa propre mère prend corps dans le corps de l'enfant à naître. Elle explique dans son livre *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité* (1997) que la vie n'est pas un cadeau gratuit, mais porte en soi l'exigence de rendre, de rembourser ce qui a été transmis et de reconnaître que le don de la vie est aussi promesse de mortalité (7,12). Devenir mère, c'est le devenir pour soi-même, mais c'est aussi ne pas rompre la chaîne des générations, c'est perpétuer la famille et l'espèce. C'est donner la vie pour continuer à faire partie d'une chaîne qui pousse à se poursuivre. Mettre au monde un enfant permet de perpétuer la famille et les scénarios transgénérationnels que l'on porte (11).

Un travail psychologique est donc nécessaire à la future mère pour, à la fois s'ancrer dans un passé parfois difficile à ré-aborder et s'en séparer pour pouvoir offrir une disponibilité à l'enfant et s'ouvrir sur une nouvelle histoire (2).

III. La relation mère-fille

1. Une relation d'ambivalence

La relation entre une mère et sa fille est indéniablement une relation d'ambivalence : complicité et rivalité, identification et opposition, soutien et confrontation, passion et haine. Mère et fille sont semblables par le même sexe et différentes par l'écart de génération (18–20). Pour Freud, l'amour de la mère pour sa fille est un mélange d'amour et de haine. De fait, un amour aussi fort et intense peut se retourner contre lui-même et aboutir à la haine, l'objet d'amour devenant objet de haine. Plus l'amour originel est fort, plus la haine peut être destructrice (19,20). Pour certains psychanalystes, il semblerait que la fille, puis la femme qu'elle devient, vit toujours dans une sorte d'insatisfaction, et que son destin est d'être continuellement déçue et en attente de quelque chose qu'elle n'atteindra jamais. En effet, d'après le complexe d'Œdipe, la fille est privée à deux reprises de son objet d'amour, qui lui sera constamment interdit. D'abord la mère, à qui elle a donné son tout premier amour, puis son père qui lui est interdit. Quand la fille parvient à dépasser cette haine et cette envie, elle peut enfin se retourner vers le père, mais il n'en demeure pas moins qu'elle conserve toujours un fond de haine envers sa mère, dont elle doit parvenir à se passer. En ce sens, le matricide, quand il est psychique, est indispensable au développement de l'enfant, car il est important de pouvoir se passer psychiquement de la mère (20).

2. La reconnaissance de la femme dans la mère et du féminin dans la fille

L'altérité de la femme dans la mère est un des points majeurs de ce qui rend possible l'identification d'une fille à la femme qu'est sa mère. Des destins de rivalité et de culpabilité sont liés aux difficultés d'identifications de la fille à la femme qu'est sa mère. Le sentiment de trahir sa mère en l'abandonnant (et d'autant plus en devenant mère à son tour) peut exister, et ceci en miroir de la mère qui « trahit » son enfant du simple fait d'être une femme, c'est-à-dire de n'être pas toute mère. Il s'agit de faire le deuil d'une mère, rien que mère, toute mère, pour trouver l'autre : la femme. La transmission du féminin est donc spécifique à la relation mère-fille et est nécessaire pour marquer de son empreinte la constitution identitaire de la féminité de la fille (21).

3. Le lien mère-fille avant la grossesse

La fille, en devenant adolescente, c'est-à-dire potentiellement féconde, à la fois s'identifie à sa mère (elle cherche à copier sa séduction féminine) et la jalouse vivement. La mère, en voyant grandir sa propre fille change peu à peu de génération. Le temps s'est écoulé, et c'est la jeune fille qui maintenant attire les regards masculins. Cette épreuve peut être douloureuse à notre époque de permanence et de valorisation de l'apparence juvénile (3). A la fin de l'adolescence, on assiste à l'instauration progressive d'une complicité de femme à femme, l'une devenant belle-mère puis grand- mère alors que la seconde entre dans une vie de couple et puis dans la maternité (17).

4. L'annonce de la grossesse

L'annonce de sa grossesse à sa mère est un moment crucial pour la future maman. Qu'il soit redouté ou banalisé, immédiat ou retardé, c'est le moment attendu : il semble en effet que la réaction de la mère soit essentiellement imprévisible. La nouvelle crée un bouleversement émotionnel en même temps qu'un bouleversement de l'ordre générationnel. La mère, désormais, n'est plus à la place de celle qui donne la vie, mais à la place de celle qui sera prise par la mort. C'est un véritable test concernant les relations mère-fille : cristallisation voire résurgence brutale de problèmes déjà existants, ou bien découverte ou confirmation qu'un travail s'est effectué, au prix de renoncements multiples à une toute puissance réelle ou supposée. La mère saura-t-elle s'accepter comme grand-mère sans empiéter sur le territoire de sa fille devenue mère ? Et celle-ci sera-t-elle en mesure, quelles que soient ses critiques, de transmettre ce qu'elle aura reçu, dans la répétition ou dans la différence ? (14) Cette annonce semble souvent être un moment relationnel très riche : « tout y compte, tout y fait sens : le mode (échange direct, téléphonique ou épistolaire), le lieu (la jeune femme seule avec sa mère ou en présence de son compagnon, ou du père, ou des frères et sœurs), le moment (dès que la fille le sait, ou plus tard, si elle veut garder un moment d'intimité secrète avec son compagnon), les mots choisis, les silences, le ton de la voix, les mimiques, l'expression corporelle... » d'après Eliacheff (14). Vanessa Manceron et son équipe ont mené en 2002 une étude portant sur l'évolution des relations sociales chez les parents d'un premier enfant au travers du prisme des rapports téléphoniques. Pour eux, la publicisation de la grossesse s'effectue rarement par téléphone, au contraire de l'annonce de la naissance. Évoquer la grossesse nécessite un moment privilégié, prévu ou non, « une bonne occasion », sans

que pour autant une stratégie ou un calendrier précis semble présider aux choix des participants à cette étude. « Puisqu'il n'y a pas d'urgence, on « profite d'une occasion » pour annoncer de vive voix d'abord aux ascendants les plus proches, qu'eux aussi vont bientôt changer de statut. » (3,22).

5. Le lien mère-fille pendant la grossesse

Quand elle parle de sa maternité, toute future mère en arrive tôt ou tard à parler du personnage de sa propre mère, au milieu des liens multiples qu'elle a noués avec son environnement. Elle évoque la relation toujours singulière qu'elle a eue avec sa mère, puis la relation que cette dernière avait eue avec la sienne, etc. Il en découlerait presque une sorte de loi qu'Aldo Naouri énonce ainsi : « Toute mère ne peut exercer sa maternité qu'en étant lestée de la sienne propre et qu'elle ne peut pas pleinement assumer sa fonction sans tenir compte des options généalogiques auxquelles l'astreint son histoire. » (23). Un processus d'idéalisation se met en place au cours de toute grossesse, même si d'intenses conflits ont antérieurement marqué la relation entre la mère et la fille. Lorsqu'une femme désire un enfant puis devient mère, elle se rapproche de sa propre mère tout en se différenciant et en se séparant d'elle. Pour Monique Bydlowski, dans *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité* (1997), « en enfantant, une femme devient sa propre mère, elle la prolonge tout en se différenciant d'elle ». En portant un enfant dans son sein, la jeune femme actualise l'expérience d'avoir été portée elle-même. En se différenciant de sa mère, elle s'en sépare également (3,4,7). La maternité est une expérience de solitude qui requiert le concours et la chaleur d'autres femmes, la mère, les sœurs, ou les amies. L'identification à une autre femme idéalisée est nécessaire à la jeune femme qui attend un enfant. Cette nécessité d'une image de référence maternelle idéale est incarnée par la présence traditionnelle des sages-femmes et illustrée par les mythes universels (3). Mais l'idéalisation que la femme enceinte fait de sa mère ne diverge en rien de la relation d'ambivalence qui lie une mère à sa fille (21). En effet, toute future mère veut ressembler à sa mère pour conserver les bénéfices apportés par cette relation et elle veut aussi s'en affranchir pour se sentir être enfin et seulement la mère qu'elle a toujours eu envie d'être (23). Elle cherche à se différencier de sa mère tout en acceptant de s'y identifier (1). Souhaiter être la copie ou l'anti-copie de sa mère, c'est indéniablement la prendre comme référence et choisir l'une des faces de la même pièce. C'est pourquoi Caroline Eliacheff affirme : « devenir mère, c'est pour chaque fille courir

le risque de devenir, au moins inconsciemment comme sa propre mère : ce que certaines peuvent désirer mais que d'autres redoutent par-dessus tout » (14). Ainsi, mettre au monde une fille inscrit, de la façon la plus parfaite, toute mère dans sa généalogie féminine. Elle n'est pas seulement devenue mère – ou mère une fois de plus –, elle est, avec sa fille, exactement comme sa mère avait été avec elle (23). Devenir grand-mère est une situation plus ou moins désirée, acceptée ou redoutée, mais ce n'est jamais une situation choisie, alors que devenir mère l'est de plus en plus. Il s'agit simultanément de revivre à travers sa fille ce que l'on a soi-même vécu avec sa propre mère en devenant mère, de devenir mère d'une mère qui reste cependant sa fille sur laquelle on a eu ou on a encore du pouvoir, et de découvrir un enfant, à la fois proche car enfant de sa fille, et lointain, car n'étant pas son propre enfant (14).

B. Transmissions autour de la grossesse

Il serait réducteur de penser que la jeune mère ne sait « rien » sur la grossesse et la maternité : elle a au moins pour elle sa propre expérience de nourrisson. A cet égard, la présence de la grand-mère est irremplaçable pour mettre des mots sur les sensations, et rendre la jeune mère consciente de ce savoir qu'elle ignorait posséder (14). La future mère peut avoir recours à plusieurs autres sources de conseils : elle possède l'expérience que lui confère sa place dans sa fratrie et qu'elle a pu acquérir pendant son enfance en s'occupant d'un frère ou d'une sœur plus jeune, son expérience familiale ou amicale auprès de nourrissons et de jeunes enfants ou encore son éventuelle expérience professionnelle dans le domaine de la puériculture ou de la petite enfance. Les avis, conseils et ouvrages de spécialistes de la petite enfance lui permettent également de se former dans le domaine de la maternité et de la périnatalité.

I. Les transmissions familiales

1. L'expérience de la mère et celle de la fille

« Transmettre », du latin *transmittere*, signifie faire passer quelque chose à ceux qui viennent ensuite, à ses descendants, à la postérité ; mais aussi communiquer quelque chose à quelqu'un après l'avoir reçu. (Dictionnaire Larousse) Ce qui se passe entre une mère et son bébé ne peut être isolé d'un contexte politico-socio-familial. Et ce sont toutes

ces influences qui viennent se donner rendez-vous pour s'associer, se condenser, se déplacer dans ce qui fera lien à un moment donné entre une mère et son nouveau-né (24). Le remaniement psychologique et physique provoqué par la grossesse dépend de deux types de facteurs : des facteurs personnels, historiques et des facteurs actuels, comme l'enfant lui-même ou l'entourage (familial, conjugal, et social) (4). Ainsi, la transmission de la maternité de mère en fille s'appuie sur tous les conseils, discussions, injonctions et exemples donnés avant, au cours de la grossesse ou plus tard après la naissance de l'enfant. De nombreux blogs féminins consacrent des articles et forums de discussion à la grossesse, et notamment aux interactions mère-fille, comme en témoignent ces titres d'articles : « Ma mère et ma grossesse », « Relation mère-fille : je suis enceinte et ma maman me manque », « Maman, je suis enceinte ! ». Les travaux de Séverine Gojard montrent que la famille revêt une importance grandissante du point de vue de la transmission des façons de s'occuper d'un nouveau-né, à mesure que l'on se déplace vers les catégories populaires. Pour la sociologue, la transmission familiale est « la circulation de savoir-faire ou de conseils de la famille » relatifs aux soins aux nourrissons. Comme dit précédemment, il s'agit non seulement des savoir-faire acquis pendant l'enfance quand on a eu à s'occuper de frères et sœurs plus petits mais aussi des conseils demandés à un parent. Les mères de milieu populaire ont plus souvent que les femmes de milieu supérieur une expérience de soin antérieure à leur première maternité. Ces femmes mentionnent souvent leur mère comme source principale de conseil (25).

La transmission des savoirs et des connaissances concernant la maternité passe par plusieurs vecteurs. Il y a tout ce qui se dit, s'écrit, se raconte. Et tout ce qui se devine et s'observe sans être verbalisé. Cette éducation de future maman commence dès l'enfance. Dans la société paysanne française traditionnelle, la transmission se faisait oralement, entre femmes, de génération en génération. Les rites et les contes participaient à ce mouvement. La petite fille apprendra de sa mère, mais aussi de sa grand-mère, les codes de savoir-vivre, elle en retiendra les usages à mettre en pratique et les langages symboliques à mobiliser. Puis ce sera à son tour d'assumer la fonction de « passeuse ». Les femmes font les liens comme l'a si bien montré Yvonne Verdier dans son ouvrage *Façons de dire, façons de faire* (18,26).

D'après Eliacheff, la mère semble être la mieux à même de partager avec sa fille enceinte les sensations, les plaisirs et les inquiétudes induits par la grossesse – même si elle est relayée aujourd'hui par le personnel médical et les magazines spécialisés, auxquels on peut rajouter des émissions télévisées ou des articles sur Internet. Ce regain de proximité

ne peut que réactiver la nature du lien entre mère et fille : occasion d'une nouvelle complicité, ou, au contraire, source de tensions renouvelées si la mère est trop intrusive, ou trop indifférente, ou si la fille supporte mal cette « avance » de sa mère sur elle. La transmission des savoir-faire – surtout pour le premier enfant- est un moment d'épreuve, selon la capacité de la nouvelle grand-mère à faire passer une expérience que la jeune mère n'a pas encore acquise, et selon la capacité de celle-ci à accepter les leçons de sa mère, ou à savoir s'en démarquer lorsqu'elle en ressent la nécessité. Car pour peu qu'elle s'avise de se différencier de ses mère et grand-mère, la réaction ne tardera pas : il lui faudra, au minimum, se justifier de cette rupture dans la continuité des usages (14). Prenons pour exemple l'allaitement maternel. Les recommandations actuelles de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et des diverses sociétés savantes recommandent un allaitement maternel exclusif les quatre à six premiers mois (27). Or, les revendications féministes des années 1970 dénonçaient « la maternité esclave » que provoque l'allaitement et prônaient la reconquête de leurs corps par les femmes (28). Ainsi, au cours des dernières décennies, des femmes ont fait le choix d'allaiter leur enfant contrairement à leurs mères. Pour autant, sont-elles des mauvaises mères car leur choix diffère de celui de leurs mères ? Ou bien est-ce elles qui supportent mal de voir leurs filles se distinguer ? (14)

Séverine Gojard définissait trois modèles en matière de prise de conseil: un modèle « au feeling » qui insiste sur la spontanéité dans la pratique et le refus de suivre des influences dominantes et qui semble surtout présent chez les mères des classes supérieures qui ont eu une expérience en matière de soins aux enfants avant leur première naissance ; un modèle « à l'ancienne », où l'accent est mis sur le suivi des méthodes qui ont fait leurs preuves au fil des générations et qui est plutôt le propre des mères de classes populaires ; un modèle « à la lettre » qui se définit par le recours et l'application stricte des conseils des spécialistes de la petite enfance et une dévalorisation des conseils familiaux qui semble plus propre aux mères de classes supérieure sans expérience enfantine antérieure ou des mères en situation d'ascension sociale (25).

2. La préoccupation maternelle primaire et la propension naturelle à l'inceste

La future mère a pu constater, en observant sa propre mère s'occuper de ses jeunes enfants ou d'autres femmes de son entourage nouvellement mamans à quel point un nourrisson occupe le temps et l'esprit de sa mère. Ce comportement particulier, nécessaire afin d'être

là pour les besoins de l'enfant, Winnicott l'a appelé « préoccupation maternelle primaire », et Aldo Naouri, en 1994, l'a nommé « propension naturelle maternelle à l'inceste » (*incestus* : « qui ne manque de rien »). Ces auteurs insistent sur la nécessité strictement indispensable de cette présence au tout petit (1). Ainsi, pour le pédiatre, psychiatre et psychanalyste britannique Winnicott, le nouveau-né est dans une situation de dépendance absolue vis-à-vis de l'entourage. La mère y répond par la préoccupation maternelle primaire, c'est-à-dire une capacité à s'identifier à l'enfant pour le comprendre. Idéalement, elle est littéralement en résonance avec les besoins de son bébé. Cet état particulier d'hypersensibilité de la mère, « presque une maladie », se développe graduellement tout au long de la grossesse et persiste plusieurs semaines après la naissance de l'enfant (29). Cette sensibilité a plusieurs effets. Elle va permettre à la mère de développer un sentiment d'empathie envers son enfant, c'est-à-dire de ressentir les besoins de son bébé comme si c'étaient les siens et d'y répondre tout en restant elle-même (9). Peu à peu, la dépendance de l'enfant vis-à-vis de son entourage, et plus particulièrement de sa mère devient moins radicale. « La mère suffisamment bonne » trouve alors la position adéquate à son enfant pour lui permettre de se développer et de grandir convenablement, sans qu'il soit en proie à une relation fusionnelle permanente ou à des angoisses intenses liées à la séparation progressive d'avec sa mère (30).

3. Les traditions familiales et le matériel reçu en héritage

La transmission familiale fonctionne d'une manière singulière : les conseils donnés par les différents membres d'une famille lorsqu'ils sont sollicités (y compris par les belles-mères) sont loin d'être cohérents entre eux. La mère qui se réfère à un « modèle familial » doit donc choisir souvent entre les différentes versions des bonnes pratiques livrées par les proches. C'est une transmission où la mère doit choisir ce qu'elle va écouter et se le réapproprier (25). La femme cherche également souvent à respecter et perpétuer les traditions familiales, toujours dans cette idée de « dette de vie », dette de sa vie envers les générations passées. Traditionnellement, la future grand-mère offrait habituellement la layette du premier bébé, ce qui, d'après le manuel de savoir-vivre publié par Louise d'Alcq en 1881, était une manière de réaffirmer sa préséance sur sa fille. En lui dispensant tous les conseils utiles à sa maternité, puis en assistant à son accouchement, elle mettait la touche finale au cycle d'apprentissage des trois rôles qui structurent la vie d'une

femme : fille, épouse et mère (31). Aujourd'hui, des berceaux et vêtements de familles se transmettent encore. L'intérêt en est-il purement économique ? Ou cet héritage matériel familial revêt-il le caractère d'un relai et d'une continuité intergénérationnelle ?

II. Les transmissions des professionnels de santé

1. En fonction des catégories socio-professionnelles

L'éducation prénatale a pour objectif d'aider les futurs parents à se préparer à l'accouchement et à devenir parent. Ils cherchent à obtenir des informations importantes sur le déroulement de la grossesse, l'accouchement, les capacités à avoir pendant l'accouchement, le soulagement de la douleur, les soins au nourrisson et postnataux, l'allaitement et les compétences parentales (32). Il est intéressant de noter à quel point apports familiaux et apports professionnels ont une portée différente en fonction de la classe sociale des futures mères. En effet, si l'on considère l'accompagnement médical et paramédical de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance comme un processus rituel d'accès au statut de mère, il apparaît qu'il s'exerce de manière fort différente selon les profils de femmes auxquels il s'applique (33). Séverine Gojard, dans son œuvre *Le métier de mère* donne à voir tout d'abord la pluralité des prescripteurs auxquels sont confrontées les mères en matière de soins à la petite enfance : pédiatres libéraux ou pédiatres en centre de PMI, médecins généralistes, puéricultrices et auxiliaires de puériculture en crèche ou en PMI. Elle montre que la pluralité des prescripteurs va de pair avec une diversité de normes de puériculture (25). En prenant l'exemple de l'apprentissage du bain en maternité, Jérôme Camus et Nathalie Oria expliquent que ce sont les mères les plus modestes qui font l'objet des prescriptions les plus explicites. Ces femmes que les professionnels, entre eux, peuvent nommer les « jeunettes », les « cas soc. » (« cas sociaux »), les « dames d'origine immigrée », font l'objet de « conseils » explicites, de remarques normatives, qui accompagnent la réalisation des différentes étapes du bain. À l'opposé, ces manifestations tendent à se réduire lorsque l'interlocutrice présente les signes d'une appartenance aux catégories les plus socialement élevées. L'attitude des auxiliaires de puériculture consiste dans le premier cas à faire la démonstration des pratiques et dans l'autre, à répondre aux questions. (34). Le discours des professionnels de santé quant au déroulement de la grossesse et des soins à apporter au nouveau-né varie donc en fonction de la position sociale de l'interlocuteur.

Habituellement, les femmes ayant peu de ressources économiques ne manifestent souvent jamais ouvertement une quelconque résistance face aux prescriptions institutionnelles. Elles se montrent alors obéissantes et dociles (34). On retrouve par ailleurs une même opposition entre des mères de milieu populaire qui fonctionnent essentiellement à « l'expérience », et des mères de milieu aisé, souvent sans expérience, qui ont un rapport très scolaire aux conseils qui leur sont donnés. Le fait d'avoir eu une expérience antérieure de soins aux enfants permet d'intérioriser certaines normes et de les suivre sans y penser, donc d'avoir un rapport moins scolaire aux conseils des spécialistes, quel que soit le support (25).

Cette affirmation rejoint les analyses développées par Séverine Gojard à propos des pratiques alimentaires parentales : « Plus les mères disposent d'une position sociale élevée, plus leurs ressources culturelles sont mobilisées pour s'occuper du nouveau-né. [...] À l'opposé, chez les femmes qui en sont le plus dépourvues, on constate une transmission familiale des normes entourant le nourrisson. » (35). Il semblerait en outre que « lorsque la distance sociale se fait plus grande, les discours des personnels médicaux ou paramédicaux se heurtent à une concurrence avec des savoirs savants (pour les femmes les plus diplômées) ou des savoirs pratiques (dans le cas des femmes des catégories les plus populaires), concurrence qui minore leur efficacité. » (34).

2. En fonction des origines culturelles des patientes

Au-delà des classes sociales, le discours des professionnels de santé peut s'opposer aux pratiques et coutumes culturelles des femmes. Elles peuvent alors se retrouver placées à l'intersection de deux discours normatifs puissants : la dominance médicale d'une part et l'institution patriarcale de maternité d'autre part, à savoir leurs us et coutumes (36). En France, les femmes d'origine étrangère écouteront souvent passivement les discours des professionnels de santé mais n'appliqueront pas les conseils donnés si ceux-ci s'opposent à leurs pratiques culturelles et savoirs traditionnels. Il est indéniable que la grossesse et l'accouchement sont au cœur des traditions de toutes les populations car en découle la survie de la communauté. Dans certains groupes humains, des rites de protection et des interdictions vont accompagner les femmes durant cette période, visant à les protéger ainsi que leur fœtus de toutes les influences néfastes du monde extérieur ou du monde des esprits. Selon l'auteur, une connaissance, même partielle, de ces traditions serait donc nécessaire au professionnel de notre système de soins afin de ne pas transgresser certains

interdits et de « tenter d'acquiescer la confiance des patientes par une attitude respectueuse et d'écoute pour adapter au mieux ses pratiques tout en respectant les règles d'hygiène et de sécurité. » . Ainsi, l'accouchement à l'hôpital sera parfois difficile à accepter pour certaines femmes, qu'il s'agisse de la présence de personnel masculin, de l'impossibilité de respecter certains rites, bains, massages, ou encore, la mise au sein précoce alors que pour certaines personnes le colostrum est jugé dangereux (37). Toute la difficulté des soins interculturels réside dans la négociation indispensable, pour chaque situation, entre ce qui est envisageable et ce qui ne l'est pas.

III. Les techniques du corps

Ce qui lie et relie désormais la femme enceinte à sa mère est ce corps capable d'enfanter, un corps qu'elle ne connaissait pas, un corps prenant la place de son corps de jeune femme qu'elle ne retrouvera plus (21). Avoir un bébé implique de le manipuler pour le porter, le bercer, le changer, le baigner... Les techniques du corps à l'usage des bébés constituent une bonne entrée en matière pour observer comment s'élaborent des normes à destination des adultes en charge des nouveau-nés et comment elles sont transmises et véhiculées. Ces techniques supposent que les temps forts de la naissance, aussi bien la conception, la grossesse, l'accouchement, que la prise en charge du nouveau-né (portage, couchage, nourrissage, massage, sevrage, apprentissage de la propreté...) sont sujets à investissement « social ». Ainsi, la mère, le père, la sphère familiale élargie, les professionnels de la prime enfance (en maternité, PMI, crèches) participent à la diffusion de certaines techniques à l'usage des bébés et font le choix d'en écarter d'autres (38).

Marcel Mauss, considéré comme l'un des pères de l'anthropologie française, a défini en 1934 la technique du corps comme un « acte traditionnel efficace, senti par l'auteur comme un acte d'ordre mécanique, physique ou physico-chimique et poursuivi dans ce but ». Il a beaucoup étudié les Mongols pour expliquer sa théorie des techniques du corps. Il a mis en évidence l'importance de la notion d'imitation, qui consiste surtout dans l'adoption d'un modèle caractéristique de son statut, social et individuel (39). Selon lui, chaque société a ses habitudes. Elles résultent souvent d'une sorte de négociation entre les modèles familiaux, les modèles savants et l'expérience. Certaines de ces techniques sont fluctuantes dans le temps, d'autres au contraire sont plutôt stables. Les femmes, mais aussi les couples, sont amenés à faire des choix, certains intervenant alors que l'enfant n'est pas né. Ces choix invitent en permanence à trancher entre des pratiques

traditionnelles, des usages familiaux, des préconisations médicales et des aspirations personnelles, ce le plus souvent dans l'objectif de « prendre du soin » du bébé et de lui réserver les meilleures conditions pour son épanouissement présent et futur (38).

La diversité des modes de prise en charge se rencontre dans le domaine de l'alimentation, de l'habillage, du couchage, du portage, etc. Prenons l'exemple de la mort subite du nourrisson qui est « un décès inexpliqué d'un enfant de moins d'un an, survenant apparemment pendant le sommeil, qui reste inexpliqué après des investigations post mortem comprenant une autopsie complète et une revue complète des circonstances du décès et de l'histoire clinique ». Dans les années 1970 à 1990, les médecins et professionnels de la petite enfance recommandaient de coucher les nourrissons sur le ventre. Or des travaux et enquêtes de santé publique menés au cours de ces décennies ont mis en évidence le rôle néfaste du couchage ventral. Depuis 1990, les parents sont donc fortement incités et encouragés par le personnel médical et paramédical et par des campagnes de sensibilisation nationales à coucher leur bébé sur le dos (40). Ainsi donc, les femmes enceintes nées avant 1990 ont été couchées sur le ventre par leur mère dans leur toute petite enfance. Ces femmes coucheront aujourd'hui leurs nourrissons sur le dos. La prévention de la mort subite du nourrisson peut donc se révéler le lieu de cristallisation des relations entre mère et fille, la première se sentant jugée par ses mauvaises pratiques, la seconde appréhendant peut-être de confier son enfant à sa mère, de peur que celle-ci s'en occupe selon d'anciens conseils et recommandations.

IV. La vision de la femme sur son propre rôle de mère

La façon dont les femmes s'imaginent comme mères pendant la grossesse peut avoir un impact significatif sur leur bien-être émotionnel après la naissance. Il existe en effet un lien fort entre les attentes de la femme concernant sa maternité et une transition réussie vers son nouveau rôle de mère. Des études qualitatives décrivent comment les attentes en matière de maternité en Europe ont tendance à être basées sur des mythes construits par la société, laissant les nouvelles mamans mal préparées à la réalité de la maternité, ce qui peut mener à des difficultés dans la mise en place du lien mère-enfant (41).

C. La place du père, de la belle-mère et celle de la sage-femme

Comme nous l'avons montré précédemment, mère et fille entretiennent une relation particulière pendant la grossesse. Mais cette dyade évolue dans un environnement familial et social dans lequel le père de la femme, son conjoint, sa belle-mère et la sage-femme tiennent une place importante. La « fabrication » d'une mère est donc soumise à des influences diverses : celles de sa propre mère (modèle ou contre-modèle), de son père (qui juge et accompagne la mère, sa compagne, dans sa fonction parentale et conjugale), de son partenaire (futur père et donc co-parent) et enfin de l'enfant (futur et donc imaginaire, ou bien réel) (17). Le rôle qu'ils ont tous à jouer est nécessaire pour éviter une relation trop fusionnelle ou au contraire trop haineuse entre mère et fille qui serait néfaste à la mise en place du lien mère-enfant.

I. La place du père de la femme enceinte

Le devenir mère d'une femme ne peut être qu'avec l'intervention d'un tiers selon Anne Joos de Ter Beerst (1). De fait, toute dyade implique des tiers et constitue ainsi une triade comme l'expliquait Edith Goldbeter-Merinfeld en 1999. Pas d'identité possible de mère et/ou de fille s'il n'y a eu de père. Qu'il soit encore présent ou pas, ce troisième personnage représente un tiers incontournable : son ombre ou son influence volontaire a influé sur le choix du partenaire devenu ensuite père à son tour. Dans la culture occidentale, on ne peut donc évoquer de transmission mère-fille sans y intégrer le père ; « le triangle père-mère-fille constituerait la plus petite molécule de la transmission générationnelle » (42). Aldo Naouri considère que le père a une fonction première : « être celui qui parvient, avec le consentement préalable qu'il en obtient, à séparer sa femme, la mère de ses enfants, de sa propre mère, c'est-à-dire la grand-mère maternelle de ces mêmes enfants. C'est pour avoir perçu, l'importance que son père avait pour sa mère, qu'une fille saura donner sa place au père des siens. » (43).

II. La place de la belle-mère

Les rivalités entre belle-mère et mère font partie du répertoire des histoires plus ou moins drôles de chaque famille, chacune cherchant à garder ou à prendre la haute main sur celui qui est à la fois le fils de l'une et le mari de l'autre (14). La pédiatre et psychanalyste française du XXème siècle Françoise Dolto s'étonnait « de voir combien les femmes ne veulent pas confier leurs enfants à leur belle-mère : en réalité, pour l'enfant, c'est pourtant

aussi une bonne solution. Les femmes veulent bien confier l'enfant à leur propre mère pour se dégager d'elle, mais elles ne veulent pas le confier à leur belle-mère parce que, dans le fond de leur cœur, ce n'est pas un enfant qu'elles ont eu de leur mari, c'est un enfant qui leur appartient à elles, c'est-à-dire qu'il appartient à la lignée maternelle » (44). Dans notre société, la grand-mère maternelle semble choisie par la mère plus volontiers que la grand-mère paternelle au titre de mère de substitution : que ce soit en le lui imposant ou en répondant à ses prières, bien des femmes n'hésitent pas à confier leur enfant à leur propre mère, plus ou moins souvent, plus ou moins longtemps. Au-delà des problèmes matériels que cela permet de résoudre, c'est là sans doute une façon de s'acquitter de la « dette de gratitude », et parfois aussi de payer une culpabilité plus ou moins consciente (14).

III. La place de la sage-femme auprès de la femme

L'état de transparence psychique et de vulnérabilité induit par la grossesse nécessite un soutien, une écoute corporelle et émotionnelle de la part des sages-femmes accompagnant les parturientes. Aider la femme enceinte à comprendre ce qui se passe en elle, à ne pas avoir peur des changements qui s'opèrent dans son corps et dans sa vie émotionnelle, c'est pour le soignant développer une relation d'empathie avec elle afin de comprendre son histoire et les éléments essentiels de sa vie. Sa naissance, la relation avec sa mère (ou la personne qui s'est occupée d'elle lorsqu'elle était elle-même bébé), sa place dans sa fratrie, les fausses couches, les deuils, les maladies ou la perte d'un proche, les accouchements précédents interviennent comme des éléments influençant le déroulement d'une grossesse. Si aucun soignant ne peut prendre le temps de l'écouter, la femme va raconter avec son corps ce qui bouleverse sa vie intérieure. C'est dans ce contexte psychologique particulier de préoccupation maternelle primaire que les pathologies de la grossesse et de l'accouchement (menaces d'accouchement prématuré...) peuvent apparaître également. (9).

Les séances de préparation à la naissance, proposées aux parturientes au cours de la grossesse et animées dans la majorité des cas par les sages-femmes, remplissent plusieurs fonctions. Elles répondent aux recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) de novembre 2005 : « Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) ». L'HAS encourage les professionnels animant ces séances à renforcer la confiance en soi chez la femme ou le couple face à la grossesse, la naissance et les soins au nouveau-né,

et s'assurer d'un soutien empathique pour la femme pendant la grossesse, à la naissance et au retour à domicile. (45) La PNP doit permettre de répondre aux questions des femmes, à leurs interrogations ne revêtant pas un aspect purement médical et qui sont donc peu abordées en consultation. Le rôle des sages-femmes est d'offrir un soutien affectif, un espace de parole et d'écoute. La préparation sert également à acquérir des connaissances sur soi et l'enfant, à mieux comprendre les modifications physiologiques, et d'appréhender au mieux l'accouchement et les soins au nouveau-né (46). Les sages-femmes animant ces séances de préparation à la naissance cherchent également à aider les couples à acquérir et appréhender avec confiance et sérénité leur futur rôle de parents. Elles les encouragent à prendre une place active dans la construction et l'appropriation des savoirs et des compétences qui leur sont nécessaires pour s'adapter à leur nouveau rôle. Ainsi, les couples sont amenés à devenir responsables et acteurs de la grossesse et de leur parentalité. (45,47) La sociologue Béatrice Jacques a mené un travail d'observation au sein de plusieurs maternités pour décrire ces séances de préparation à la naissance. Elle rapporte que nombreuses sont les femmes qui font part de leur difficulté à prendre la parole devant un groupe de plusieurs personnes ou face à un expert. Les parturientes expliquent leur impossibilité, non seulement à confier leurs problèmes personnels devant le groupe, mais aussi à la sage-femme, qu'elles n'ont finalement pas l'occasion de rencontrer de façon individuelle. Alors que c'est sur la diffusion du savoir « théorique » sur la grossesse, l'accouchement et les suites de couche que l'existence des séances de préparation repose et sont remboursées, les femmes parce qu'elles y sont déjà souvent sensibilisées, attendent autre chose de la préparation. Elles espèrent pouvoir y trouver tout une attention particularisée. Pour les parturientes interrogées, un des principaux intérêts de la préparation est de pouvoir rencontrer d'autres femmes enceintes et de partager les expériences. (46). Il semblerait donc qu'au-delà des connaissances et apprentissages techniques apportés par les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, les femmes enceintes y cherchent un espace d'écoute, de réconfort, de conseil. Une revue de la littérature d'études publiées entre 1990 et 2010, relatives à la maternité a été menée par une équipe de recherche danoise en 2014. Elle rapporte que la transition vers la maternité est un événement de vie central et paradoxal. Cependant, la plupart des services relatifs à la maternité proposés par les instituts de santé mettent l'accent sur l'aspect médical de la grossesse, en omettant la plupart du temps les questions existentielles et psychologiques qu'elle peut soulever.(48) Cette attente des femmes est donc un enjeu majeur auquel devraient répondre les séances de PNP.

Dans d'autres pays développés, les sages-femmes animent également des séances proposées aux futurs parents sur la grossesse, la naissance et la parentalité. Ces séances apparaissent comme temps de préparation tant sur le plan physique que psychique.(49) En effet, les couples, et *a fortiori* les femmes enceintes, veulent comprendre les modifications vécues dans leur corps, leur signification, pour mieux les accepter. Mais elles veulent aussi un soutien actif de la part des sages-femmes face au chamboulement psychologique qu'elles vivent (50). Ceci semble basé sur l'éthique du Woman-centred care (WCC) qui se concentre sur les besoins uniques de la femme, ses espérances et ses aspirations. D'après le Ministère de la Santé Australien, l'esprit du WCC reconnaît à la femme son droit à l'autodétermination en matière de soins et souhaite satisfaire ses besoins sociaux, émotionnels, physiques, psychologiques, spirituels et culturels. Il reconnaît aussi qu'une femme et son bébé à naître n'existent pas indépendamment de l'environnement social et émotionnel de la femme et incorpore cette compréhension dans l'évaluation et la disposition de soins de santé.(51)

Ainsi donc, la femme enceinte évolue au sein d'un entourage tant familial que professionnel qui va la façonner et inscrire sa relation avec son bébé dans un environnement propre à chaque couple mère-enfant.

Méthode

I. Schéma d'étude

1- Objectifs :

Objectif principal : Connaître les principaux sujets abordés entre une femme enceinte et sa mère et les conseils, anecdotes et avis donnés par cette dernière à sa fille.

Objectifs secondaires :

- Connaître le vécu de la grossesse, les craintes et angoisses persistantes chez une femme enceinte après ses divers échanges avec sa mère pour que les sages-femmes puissent intervenir et affiner au mieux leurs conseils et leur accompagnement.
- Identifier d'éventuelles oppositions entre le façonnage familial et domestique de la future mère et les préconisations professionnelles.

Type d'approche : Etude qualitative descriptive transversale et interprétative.

2- **Partenaires de l'étude :** Sages-femmes d'un cabinet libéral de la région Auvergne-Rhône-Alpes : recrutement des parturientes pour l'étude, prêt de locaux pour y effectuer des entretiens.

3- **Lieu et durée de l'étude :** Cette étude a eu lieu au sein d'un cabinet de sages-femmes libérales de la région Auvergne-Rhône-Alpes du 15 juin 2017 au 15 novembre 2017.

II. Echantillon

1- Description de l'échantillon :

Il s'agissait d'un échantillon raisonné, seules les femmes remplissant *a priori* les critères d'inclusion recevaient une lettre de présentation et d'information. Les critères d'inclusion pour participer à l'étude étaient les suivants : être une femme enceinte future primipare ; être majeure ; avoir une grossesse singleton évolutive ; comprendre et parler correctement le français ; avoir encore des relations avec sa mère ; avoir dépassé son sixième mois de grossesse.

Ces critères d'inclusion ont connu une évolution au cours de l'étude. En effet, une femme s'était présentée comme volontaire lors d'une présentation de l'étude mais a indiqué qu'elle avait été abandonnée par ses parents adoptifs lorsqu'elle était adolescente. Elle ne remplissait donc pas le critère d'inclusion « avoir encore des relations avec sa mère » mais souhaitait tout de même participer à l'étude. Cette femme a donc été admise dans l'étude selon une inclusion de convenance. Son entretien (dont les questions ont été adaptées au cas) a été analysé de la même façon que les dix autres entretiens. Les thèmes évoqués par cette parturiente ont été davantage utilisés pour discuter d'une ouverture dans la partie résultats-discussion de l'étude.

2- Description des modalités de recrutement :

Le mode de recrutement était basé sur le volontariat. Des lettres d'information et de présentation de l'étude ont été distribuées au sein du cabinet de sages-femmes libérales à la fin des cours de préparation à la naissance et à la parentalité dans un premier temps, par les sages-femmes elles-mêmes ou par le chercheur principal. Dans un second temps, devant le manque de femmes recrutées, les sages-femmes ont également distribué ces lettres d'information lors des consultations mensuelles de grossesse aux futures primipares remplissant les critères d'inclusion, à partir des consultations du septième mois.

Ces lettres d'information précisaient le sujet et l'objectif principal de l'étude, les critères d'inclusion, le mode de réalisation des entretiens, nos coordonnées, la confidentialité et l'anonymisation des données ainsi que l'absence de modification de prise en charge au cabinet en cas de refus de participer à cette étude.

III. Mode de recueil des données

Description du mode de recueil des données et du déroulement de l'intervention

Les femmes volontaires et remplissant les critères d'inclusion (sauf une comme cela est expliqué ci-dessus) nous contactaient soit directement à la fin des séances où l'étude était présentée, soit par téléphone, soit par courrier électronique. Un rendez-vous était alors fixé et les entretiens ont eu lieu au cabinet des sages-femmes ou par téléphone. Il s'agissait d'entretiens semi-dirigés menés à partir d'une question de début commune pour tous les entretiens puis agrémentés grâce à une grille d'entretien établie d'après les données de la littérature. Cette grille d'entretien a été progressivement modifiée au cours de l'étude afin

de mieux cibler le sujet. La question d'abord était la suivante : « Racontez-moi l'annonce de votre grossesse à votre mère ? ».

Les entretiens ont duré entre 15 et 43 minutes pour une durée totale de quatre heures et cinquante minutes. Ils ont été entièrement enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Six entretiens ont eu lieu au en face-à-face dans les locaux du cabinet de sages-femmes, les cinq autres se sont déroulés par téléphone.

IV. Mode d'analyse des données

1- Description et justification du mode d'analyse des données

Les onze entretiens enregistrés ont retranscrits dans leur intégralité sur un logiciel de traitement de texte par saisie manuelle. Le temps de retranscription total a été évalué à 29 heures.

Une analyse thématique verticale de chaque entretien a ensuite eu lieu. Elle consistait à relever les mots, phrases et évocations en rapport avec chaque item abordé lors des entretiens. Une synthèse de chaque entretien a pu ainsi être établie d'après tous les thèmes évoqués par la femme.

Ces onze synthèses ont permis de construire une grille générale de dépouillement, applicable à l'ensemble des entretiens. Cette grille comprenait 34 thèmes sur les interactions mère-fille au cours de la grossesse qui étaient ressortis des synthèses des onze entretiens.

Puis, une analyse thématique horizontale a eu lieu. Elle consistait à analyser la façon dont chacun des 34 thèmes avaient été abordés ou non par les parturientes. Une quantification de la fréquence d'apparition d'un même thème (mots/ phrases / évocations) a été faite au sein de chaque entretien lors de l'analyse verticale puis sur l'ensemble des entretiens lors de l'analyse horizontale.

Une synthèse horizontale de chaque thème a ainsi pu être établie à la fin de cette phase d'analyse des données afin de pouvoir débiter la phase de discussion de l'étude.

2- Aspects éthiques et réglementaires

a) Avis de comités consultatifs

Cette étude a reçu l'aval d'un comité scientifique mis en place par la structure de formation initiale en décembre 2016.

b) Information et consentement

Une explication de l'étude, l'assurance de la confidentialité et de l'anonymat des données étaient dispensés au début des entretiens. Le consentement de la participante était demandé à l'oral. Lors des entretiens au cabinet, un formulaire de consentement était rempli et signé en double exemplaire par la femme interrogée. Ce consentement était reçu à l'oral lors des entretiens par téléphone.

c) Anonymat

Lors de la retranscription des entretiens, les prénoms et noms évoqués ont été enlevés et remplacés par un mot qualifiant la personne citée par la femme pour préserver l'anonymat de celle-ci et de son entourage. Les lieux d'habitation ont également été enlevés, seule la distance kilométrique séparant la mère de sa fille a été notée. Les onze femmes se sont vues attribuer une lettre (de A à K) selon l'ordre chronologique des entretiens et ont été ainsi nommées dans la partie résultats-discussion du mémoire.

Résultats et discussion

L'échantillon se composait de onze femmes enceintes, futures primipares, étant dans leur troisième trimestre de grossesse. Les grossesses étaient toutes spontanées, cinq sur les onze étaient inopinées. Les parturientes étaient âgées de 24 à 41 ans, dix sur les onze vivaient en couple, une était célibataire. Toutes les femmes travaillaient en début de grossesse. Les professions étaient les suivantes : six femmes travaillaient dans le milieu médical et paramédical (une pharmacienne, trois infirmières, une préparatrice en pharmacie, une auxiliaire de santé animale), trois travaillaient dans le milieu social et éducatif (une coordinatrice d'un réseau d'associations d'aides à domicile, une éducatrice de jeunes enfants, une formatrice pour adultes), une était commerciale, et une autre était directrice de communication en entreprise. Dix des parturientes interrogées habitaient en milieu urbain et une en milieu rural.

Les mères des femmes interrogées avaient entre 43 et 70 ans. La tante de Madame D, qu'elle considérait « comme une mère » était âgée de 76 ans. Pour cinq des mères, l'enfant que leur fille attendait était leur premier petit-enfant. La tante de Madame D avait déjà deux petits-enfants. La mère de Madame G allait avoir son sixième petit-enfant, celle de Madame H son dixième, celle de Madame I son septième et celle de Madame J son troisième.

I. Les interactions mère-fille antérieures à la grossesse : ambivalence et évocation de la maternité

1- L'annonce de la grossesse : l'amorce d'un changement générationnel dans la joie ou les larmes

Des relations variées et une proximité inégale entre les femmes interrogées

Les relations liant les femmes interrogées à leur mère étaient variées. En effet Madame A se disait « *fusionnelle avec [sa] maman* » tout comme Madame C qui se trouvait « *très proche* » de sa mère : « *on se connaît par cœur* ». Ces parturientes ont parlé de « *maman poule* » et de « *filles poussins* ». Madame G définissait également « *une relation très fusionnelle ; voire trop fusionnelle* », tout en avouant : « *avec ma mère c'est tout l'un ou tout l'autre* ». Ce propos semblait illustrer la complexité de la relation mère-fille. Cette dernière est en effet souvent le lieu de sentiments forts tels que l'amour et la haine,

l'ambivalence et le mélange de sentiments proches de la passion qui ne sont pas toujours conscients ni élaborés (52). Madame J expliquait qu'elle avait « *toujours eu de bonnes relations avec [sa] maman* » mais pointait du doigt le fait que « *ça restait des relations mère-fille avec toute leur complexité !* ». Mesdames E et F, en parlant de relations « *en dents de scie* » ou « *comme les montagnes russes* » confirmaient cette dualité de la relation : entre complicité et rivalité, identification et opposition, soutien et confrontation, passion et haine.(3,19) Mais cette fusion mère-fille a pu devenir étouffante. Madame G racontait que « *ça se transformait limite en relation de couple, du coup on avait des disputes de couple* ». Elle expliquait que cette relation fusionnelle trouvait son origine dans le décès de son père : « *J'ai perdu mon père très, très tôt, et donc du coup ma mère tient une grande place, une place très, très importante. [...] J'ai toujours eu un instinct très protecteur envers elle.* ». Madame F confiait quant à elle que sa maman avait « *besoin de possession. [...] Elle a besoin d'avoir une relation très fusionnelle tout le temps* ». Etait-ce un besoin possessif pour maintenir la fille à sa place de petite fille et l'empêcher de devenir une femme ? La tendresse et la complicité existaient donc. Mais on observait également la rivalité, la jalousie, ou encore l'envie, le ressentiment et la culpabilité, et ces sentiments sont à entendre et à reconnaître selon la psychologue belge Annig Segers-Laurent, parfois même à nommer pour permettre à la relation et aux femmes, mères et filles d'évoluer(52).

D'autres parturientes interrogées n'ont jamais semblé connaître cette proximité intense, comme Madame B : « *On est très proches mais c'est pas du tout la maman copine.* ». Mesdames I, J et K disaient que mère et fille s'étaient toujours bien entendues. Madame H, quant à elle, avouait : « *Je ne me sens pas spécialement proche d'elle, mais plus de mon père.* ». Madame J a évoqué « *des périodes plus compliquées, à l'adolescence notamment* » qu'elle rattachait à son histoire de vie: le décès de son papa quand elle avait 17 ans. « *Ça a généré pour [ma mère] des choses compliquées comme la dépression, [...] elle a pu être très dure à mon égard.* » Madame K racontait en riant lors de l'entretien : « *on n'a pas traversé de trop grosses crises, si ce n'est quand il a fallu que je lui demande si je pouvais m'installer avec mon copain !* » Ces propos illustraient l'idée des auteurs de l'ouvrage La naissance : histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui (2010) selon laquelle le passage à l'âge adulte peut être source de tensions entre une mère n'acceptant pas de se voir vieillir et une fille voulant s'émanciper de sa mère. « Du côté maternel, les choses ne sont pas si simples. Voir grandir sa fille signifie changer inéluctablement de génération. Le temps s'est écoulé, et c'est la jeune fille qui maintenant attire les regards

masculins. Cette épreuve peut être douloureuse à notre époque de permanence et de valorisation de l'apparence juvénile. »(3). Une autre femme, Madame A, a abordé le sujet de la pudeur dans la relation mère-fille: « *La sexualité on n'en a jamais parlé. Même ado hein... C'est plus moi qui ai fait des démarches pour aller voir un gynéco... Mais c'est pas ma maman.* ». Même discours chez Madame B : « *Il y a la relation mère-fille, mais après on ne rentre pas dans tout ce qui est intimité.* » ou Madame K : « *Quand je suis rentrée dans ma puberté par exemple, elle m'a dit le strict minimum.* ». A l'inverse, Madame G avait déjà « *parlé de [sa] bisexualité* » avec sa mère. Cette évocation de la sexualité féminine est un point essentiel du lien, c'est la reconnaissance du féminin de la fille par sa mère selon Dominique Guyomard dans son ouvrage L'effet-mère: l'entre mère et fille, du lien à la relation (2009) (21).

2- Désir d'enfant : entre pression sociale, ambitions professionnelles et silences

L'évocation du désir d'enfant entre mère et fille a revêtu plusieurs modalités selon les femmes interrogées. L'attente énoncée par certaines futures grands-mères fut parfois retardée par les ambitions professionnelles de leurs filles ; des grossesses inopinées en ont surpris d'autres. Toutes les parturientes avaient déjà abordé ce sujet avec leur mère, le plus souvent de façon anodine au cours d'une conversation, comme le résumait Madame C : « *Ce n'était pas dans une discussion formelle entre quatre yeux. [...] On ne s'est jamais posées on se disant « On parle de ça ».* » ou Madame J : « *Quand on était toutes les deux et qu'on buvait un café ou quelque chose comme ça, ça pouvait arriver qu'on en discute.* ». Pour Madame F, « *c'était assez naturel* ». Madame G rapportait la même facilité d'accès à ce sujet: « *C'était pas un sujet tabou.* ».

Un désir affirmé

On a pu noter que ce désir était davantage porté par la mère ou par sa fille. En effet Madame A confiait que « *ça faisait des années que [sa mère la] tannait pour être grand-mère* ». A quatre reprises au cours de l'entretien, elle a explicité cette demande et cette attente. Madame B a aussi ressenti cela auprès de ses parents : « *Ils l'attendaient beaucoup, ils n'attendaient même que ça!* » La jeune femme expliquait qu'avec sa mère, à propos de la grossesse, elles « *n'étaient jamais vraiment rentrées dans le vif du sujet. Mais par contre elle [lui] lançait des petites piques quand elle voyait que parfois au*

travail [elle] dépassait les bornes. ». Cette pression, Madame E l'a également perçue de la part de sa mère, pour des raisons culturelles. En effet « *[sa] mère est congolaise et on commençait à lui balancer des trucs un peu mystiques genre « C'est de ta faute ! Tu manges les enfants de tes filles ! » Et du coup, elle en avait vraiment gros sur la patate. Elle se disait que c'était de sa faute, qu'elle avait peut-être pas fait quelque chose correctement...* ». La mère de Madame G, connaissant l'attrance bisexuelle de sa fille lui « *a tout de suite fait la réflexion comme quoi elle n'aurait pas de petits enfants venant [d'elle]* ». La pression familiale donc, mais aussi souvent sociale, liée à l'âge de la femme et à ce qu'on appelle communément « l'horloge biologique » a été ressentie par certaines femmes comme Madame A lorsque sa mère lui a dit : « *Tu t'en rends compte, t'as plus de trente ans, tu vas mettre combien de temps ?* » Ces propos illustraient ceux de Monique Bydlowski dans son livre Les enfants du désir (2008) : « Envisager une maternité signifie aussi céder à la pression sociale et familiale qui espère naturellement d'une jeune femme, d'un jeune couple, un jour ou l'autre, la naissance d'un enfant. Cette pression s'est à peine atténuée malgré le nouveau statut social des femmes. [...] Pour autant, le monde du travail est sans pitié pour les grossesses qui scandent les carrières féminines, malgré les droits et les facilités qu'offre la société actuelle ! » (53)

Un désir contrarié par la carrière professionnelle

Ainsi l'ambition carriériste des femmes interrogées est ressortie chez quatre d'entre elles comme Madame B : « *J'ai un travail qui était très prenant et duquel j'ai eu beaucoup de mal à me détacher.* » et Madame E : « *Je ne voulais absolument pas [avoir d'enfants], c'était juste ma carrière, ma carrière, mon truc.* » ou encore Madame J : « *Ma carrière professionnelle était importante pour moi.* ». Cette idée de tiraillement entre la carrière professionnelle et la maternité peut se voir sous l'angle de la femme partagée entre activité professionnelle et maternité. Cette dualité s'est développée dans les années 1960 lors de la révolution sexuelle, avec l'accès libre à la contraception et à l'avortement(54).

Un désir différé

Les mères des Mesdames F et I, quant à elles, attendaient également la naissance de petit(s)-enfant(s), mais pas immédiatement comme l'expliquait Madame F : « *Elle avait envie d'être grand-mère mais pas tout de suite. D'ici un an ou deux, mais pas tout de*

suite. » Sa mère lui conseillait toujours d'attendre : « *Fais les pas trop jeune, essaie de profiter d'abord.* ». Madame I rapportait que « *[sa mère] était plutôt pour que j'attende un peu, pour prendre le temps de bien s'habituer à son mari, à sa famille et voilà. Et après avoir un enfant. [...] Il fallait que j'y aille doucement.* ».

Cinq femmes sur les onze interrogées ont eu une grossesse inopinée, finalement bien acceptée. Parmi elles, plusieurs ne voulaient pas d'enfants tel que Madame E : « *Moi je ne voulais pas avoir d'enfants au départ.* ». Même constat chez Madame D : « *Pendant des années et des années j'ai dit que je voulais pas de gamins.* ». Les six autres femmes avaient planifié d'avoir un enfant. Cette constatation atténuait les propos du psychanalyste Rosenblum dans son article « Désir d'enfant : une folle passion ? ». Selon lui, « désirer un enfant semble être une démarche consciente et raisonnable, délibérée voire programmée, dans un plan de vie conforme aux idéaux sociaux et familiaux. » (12).

Un désir silencieux

D'autres mères n'ont jamais, semble-t-il, exprimé de demande particulière, laissant leur fille et leur conjoint libres de toute pression, aussi bienveillante soit-elle. C'est le cas de Madame C qui racontait que sa mère « *s'en doutait* » et qu'elle savait que « *c'était dans les projets qu'à partir du voyage de noces [ils] essaieraient d'avoir un enfant.* » mais qu'elle n'avait jamais été impatiente auprès de sa fille. Selon Madame H : « *On n'en avait jamais parlé précisément, après je pense qu'elle se doutait qu'on avait bien envie !* ». Mais cette femme exposait que, lorsque sa mère et elle évoquaient le sujet des enfants, « *c'était pas forcément avec plaisir* ». En effet sa maman était assistante maternelle et la voir tous les jours s'occuper d'autres enfants : « *ça me soulait un peu parce que j'aurais préféré qu'elle soit dispo pour nous.* ».

Madame A, avant sa grossesse, subissait un stress vis-à-vis de sa mère dû à la « *peur de la décevoir si je n'arrivais pas [à être enceinte]* ». C'est pourquoi elle n'avait jamais évoqué ce désir d'enfant avec sa mère. Elle a expliqué que, si sa mère insistait tant pour devenir grand-mère, c'est qu'elle-même était atteinte d'endométriose et n'avait jamais réussi à avoir d'enfants (Madame A fut adoptée à 3 mois).

II. Une relation modifiée par la grossesse : l'inscription d'une nouvelle étape de vie dans la dyade mère-fille.

1- L'annonce de la grossesse : l'amorce d'un changement générationnel dans la joie ou les larmes

Des moyens et circonstances variés pour l'annonce

L'amorce de notre entretien a consisté à demander aux femmes de nous raconter l'annonce de leur grossesse à leur mère. La plupart ont été surprises ou étonnées de cette question, certaines ont été brèves, d'autre très prolixes dans leur réponse, mais toutes se souvenaient bien de ce moment si particulier qui a amorcé la bascule générationnelle. Cette annonce correspondait donc au point de départ du « réaménagement du statut de la femme enceinte et de celui de sa mère », thème évoqué par la psychologue et psychanalyste Elisabeth Darchis en 1992 dans son article : Les premières relations, un travail d'ajustement réciproque. (2) Les moyens de cette annonce étaient variés entre les femmes : en face à face, par téléphone ou SMS. L'annonce a été brutale ou progressive.

Une annonce en douceur permettant à la femme de partager sa joie

Madame A « *l'a fait deviner à l'aide d'une petite carte à gratter* » lors d'une réunion de famille. Madame B a également fait deviner la nouvelle à sa maman : « *J'ai profité d'une après-midi où je suis partie voir ma grand-mère, et en fait je lui avais préparé l'échographie avec une enveloppe et une tétine à l'intérieur ...* ». Madame K a utilisé le même procédé avec ses parents : « *Chacun avait son enveloppe dans laquelle il y avait une petite carte avec l'échographie.* ». Sans moyen matériel, Madame C a aussi fait deviner la nouvelle : « *On leur a dit qu'on avait ramené un autre cadeau du voyage mais qu'ils ne l'auraient qu'au mois de décembre.* ». D'autres femmes ont annoncé leur grossesse sans mise en scène, à l'image de Madame H : « *On a pris un repas ensemble, et au dessert on a sorti un petit champagne pour annoncer ça.* ».

Une annonce soudaine et sans ménagement

Madame E a quant à elle été très brutale pour prévenir sa mère : « *J'ai annoncé ça entre*

deux avions, à l'aéroport. J'ai pas offert des chaussures, j'ai pas offert d'habits, de machins, de trucs roses... Moi j'ai juste pris mon téléphone, comme au boulot ; j'ai annoncé ça comme un rendez-vous de boulot. ». Pour Madame F, l'annonce a été plus délicate, par téléphone (elle habitait à 15 minutes de chez sa mère, la distance géographique n'était donc pas la raison de cette annonce par téléphone). *« Je voulais la faire venir mais elle s'en doutait un petit peu donc ça s'est fait par téléphone et ça a été très compliqué. ».* Madame J s'est servie de l'annonce pour obtenir des réponses à ses questions : *« Je lui ai dit par message en fait parce que quand j'ai fait mon test de grossesse qui a été positif, j'étais un petit peu complètement perdue sur ce qu'il fallait que je fasse. Est-ce qu'il fallait que j'aille voir un médecin, un gynéco, enfin dans quel ordre ? ».* Selon la femme, *« c'était plus le côté pratique »* qui a primé à ce moment. Ces annonces par téléphone ou message tempéraient les résultats d'une étude menée en 2002 portant sur l'évolution des relations sociales chez les parents d'un premier enfant au travers du prisme des rapports téléphoniques. Elle concluait que *« la publicisation de la grossesse s'effectue rarement par téléphone, au contraire de l'annonce de la naissance. »* (22). Pour Eliacheff et Heinich, *« le mode (échange direct, téléphonique ou épistolaire), le lieu (la jeune femme seule avec sa mère ou en présence de son compagnon, ou du père, ou des frères et sœurs), le moment (dès que la fille le sait, ou plus tard, si elle veut garder un moment d'intimité secrète avec son compagnon), les mots choisis, les silences, le ton de la voix, les mimiques, l'expression corporelle... »*, tout fait sens. Certaines femmes ont donc profité d'un moment uniquement avec leur mère, d'autres ont mis toute leur famille au courant de la grossesse en même temps. Certaines l'ont annoncée dès qu'elles l'ont su, d'autres ont patienté quelques temps, comme Madame K qui a *« attendu d'avoir fait l'échographie des trois mois. »*

L'état de d'esprit de la femme lors de cette annonce : le reflet de l'ambivalence mère-fille, entre complicité et rivalité.

L'état d'esprit de la future mère lors de l'annonce à sa propre mère était différent entre les parturientes interrogées. Madame C *« était contente de leur dire. Contentée qu'ils aient le premier petit-fils »* tout comme Madame K : *« J'avais hâte de leur dire enfin parce que c'est vrai qu'au bout de trois mois, on avait envie de leur annoncer, c'était une excitation, une hâte d'enfin dire quelque chose. »*. Cette parturiente expliquait au début de l'entretien qu'elle avait dans ses antécédents deux fausses couches et qu'elle ne voulait donc pas

décevoir ses parents si une autre fausse couche se produisait en début de grossesse. L'état d'esprit de la femme qui cherchait à anticiper la réaction de sa mère a fortement influencé les circonstances de l'annonce. L'exemple le plus marquant pourrait être celui de Madame G qui racontait en riant : « *Quand je l'ai annoncé à ma mère en fait, c'était vraiment avec des pincettes et j'étais littéralement en pleurs. J'avais extrêmement peur de sa réaction.* » Cette peur s'expliquait ainsi : « *Je prenais la pilule et avec mon conjoint ça faisait très peu de temps qu'on était ensemble...* ». Le même cas de figure s'était présenté auprès de Madame F qui « *savait que l'annonce allait être une grosse crise* ». En effet, « *c'était pas du tout prévu et ça faisait pas très longtemps que j'étais avec mon conjoint* ». Cinq des onze femmes interrogées ont eu une grossesse inopinée. Cette surprise leur a d'autant plus fait redouter la réaction de leur mère. Madame I a profité d'un « *moment où [sa mère] ne s'y attendait pas* » pour lui dire « *Maman je suis enceinte !* ». Par cette annonce brusque et soudaine, la jeune femme semblait avoir eu un accès de courage alors qu'elle « *avait peur de la réaction de [sa] mère, peur qu'[elle] lui dise que c'est trop tôt parce qu'[elle] venait de se marier.* ».

Une annonce amorçant un travail de repositionnement des générations

Tous ces exemples corroboraient l'idée sur l'annonce de la grossesse développée par Eliacheff et Heinich dans leur ouvrage Mère-filles : une relation à trois. (2002) Selon elles, l'annonce de sa grossesse à sa mère est un moment crucial pour la future maman. « Qu'il soit redouté ou banalisé, immédiat ou retardé, c'est le moment attendu : il semble en effet que la réaction de la mère soit essentiellement imprévisible, du moins pour la fille – aussi imprévisible qu'à l'annonce d'un décès, alors qu'il est question d'annoncer la vie. Annonce de vie et annonce de mort se rejoignent dans le bouleversement qu'elles entraînent : bouleversement émotionnel en même temps que bouleversement de l'ordre générationnel dans le rapport à la mort. La mère, désormais, n'est plus à la place de celle qui donne la vie, mais à la place de celle qui sera prise par la mort. » (14). Madame H a exprimé ainsi ce sentiment : « *Je dirais peut-être pas que j'avais le cœur qui battait mais je sentais que j'étais là « wow, c'est pas rien quand même, ça va leur faire quelque chose... »* ». Madame B a eu très peur de la réaction maternelle. « *Je flippais vraiment ! Euh... Parce que c'était pas prévu, qu'on sait que c'est des investissements, on sait que ça change la vie. [...] Au début je me suis dit qu'ils allaient prendre un coup de vieux...* ». Par ces termes, on ressentait l'envie de la femme de protéger sa mère, de la préserver de

tout stress. Cette protection envers sa mère, Madame E l'a racontée ainsi : « *Je ne voulais pas inquiéter ma mère par téléphone, surtout qu'elle habite à six heures de route. En plus elle est handicapée... pas lourdement, mais elle peut pas se déplacer tout le temps.* ». Madame B racontait qu'elle n'avait pas voulu prévenir sa mère lorsqu'elle avait consulté aux urgences quand elle ne sentait plus son bébé bouger: « *J'avais peur qu'elle panique. Je veux aussi la protéger des petites choses qui sont certainement anodines.* ». L'envie de préserver la mère teintait donc en arrière-fond le changement de génération(s) enclenché par l'annonce de la grossesse. La protection de la fille envers sa mère, ce besoin de la préserver alors que se profile pour elle un changement de statut et de génération avait été identifié par la psychologue belge Edith Goldbeter-Merinfeld. Lorsque la mère est contrainte à vieillir en devenant grand-mère, le rôle de protection qu'avait auparavant cette mère pour sa fille ne s'inverse-t-il pas au profit de cette mère qui sera désormais protégée par sa fille ? « La plus jeune peut se faire protectrice d'une mère âgée et fragile qui, à son tour, lui vouera une confiance inaltérable. » (17). Ce pouvoir sur la fille évoqué ci-dessus, Madame F l'a vécu en début de grossesse de la part d'une mère qui avait « *besoin de possession* ». Elle rapportait que pour celle-ci : « *fallait que j'avorte, fallait qu'elle demande à tout le monde de me décider à avorter, c'était la grosse erreur de ma vie...* ». Puis, « *quand elle a vu que je changerai pas d'avis, elle a accepté et maintenant elle est gâteau, peut-être même pire que nous !* »

Le « devenir mère » suppose un changement de position physique et psychique au travers duquel la femme enceinte va prendre corps et place de mère, et ainsi « pousser d'un cran les générations, et évoquer, même inconsciemment l'idée de la mort de sa mère. ». (1,2) Ce changement de statut, certaines femmes l'ont spontanément évoqué lors des entretiens. Madame F notamment a dit : « *ce truc de la fille qui prend la place de sa mère* ». Madame K a résumé ce changement générationnel ainsi : « *Elle va avoir le statut de grand-mère, mais c'est aussi nous qui allons être parents. [...] C'est un autre statut en fait pour tout le monde dans la famille. Alors elle aura le rôle de grand-mère, enfin ce sera toujours ma maman mais vis-à-vis du petit ce sera sa grand-mère.* ». Ce constat confirmait les propos de Goldbeter-Merinfeld dans son article « Mère et fille : la répétition et la surprise ». Selon elle, en devenant mère, une femme « cesse de n'être qu'une fille », « elle a donc un deuil à faire de cette exclusive identité filiale. [...] De plus, elle offre l'identité de grand-mère à celle qui jusque-là était uniquement mère, introduisant ainsi un nouveau tiers dans la relation mère-fille. » (17). Ainsi « le cycle de la reproduction se trouve, du point de vue de la société, bouclé quand, du fait qu'une femme devient mère, sa mère

devient grand-mère : le jeu se joue donc à trois. » selon Yvonne Verdier(18). Ce changement de statut a revêtu une chronologie variable entre les femmes. D'après Madame A sa mère continuait à entretenir avec elle le « *cocooning quoi, enfin maman poule jusqu'au bout ! Pour l'instant c'est pas la grand-mère c'est maman encore...* » tandis que Madame B constatait que sa mère, déjà, « *assumait plutôt bien son rôle de grand-mère* ». Madame E rapportait que sa mère lui avait dit que tout ce qu'elle entreprenait (achats, décoration, couture etc.), « *ne faisait pas ça pour [elle] mais pour sa petite-fille* ». Se considérait-elle dès lors davantage grand-mère que mère ?

La réaction de la mère à la nouvelle : surprise, soulagement, refus et joie

Tout comme furent variés les sentiments des femmes enceintes lors de l'annonce de leur grossesse, ainsi furent disparates les réactions des mères.

Trois mamans furent très surprises comme celle de Madame A : « *Elle y croyait pas. Elle a fait « c'est une blague ? ». Elle y croyait pas !* ». Madame B a relevé le même étonnement chez sa mère : « *Elle était bloquée au début parce qu'elle ne s'y attendait pas du tout, du tout (comme c'était pas un bébé prévu).* ». Deux mères se doutaient de la grossesse. La mère de Madame C par exemple « *s'y attendait tellement, elle avait déjà tout calculé, que décembre ça voulait dire bébé...* ».

Quatre mères furent soulagées lors de l'annonce et les raisons sont intéressantes à décrire. La mère de Madame A, atteinte d'endométriose, n'a jamais pu être enceinte et a adopté ses deux enfants. Elle craignait que sa fille soit dans la même situation. Peu après l'annonce, « *elle [le lui] a avoué en disant « J'avais peur que tu aies aussi de l'endométriose, et que tu ne puisses rien faire, et que tu puisses pas avoir d'enfants et que si t'attendais encore 10 ans, t'en aurais eu un à 40 ans et voilà... » C'était sa crainte en fait !* ». L'âge croissant de sa fille avait aussi inquiété la mère de Madame E qui « *en avait vraiment gros sur la patate et qui se disait que c'était de sa faute* » si sa fille n'était toujours pas maman. « *Des problèmes hormonaux et une suspicion de stérilité* » touchaient Madame G, c'est pourquoi sa mère fut rassurée en la voyant enceinte. Enfin, la mère de Mme K « *avait connaissance des antécédents* » de fausses couches de sa fille et fut donc extrêmement soulagée par cette grossesse évolutive. Ces réactions maternelles de soulagement paraissent exprimer la transmission enfin complète de tout ce qu'une mère peut donner à sa fille : sa féminité (avec son pouvoir de séduction) et sa maternité (avec sa capacité à donner la vie, « son pouvoir génésique » d'après Yvonne Verdier).

Selon Meynckens-Fourez, « Une mère offre un étayage particulier à la place d'une femme, au féminin (accueil, mouvement de recevoir) et au maternel (souci d'une relation de proximité, de protection, de don), à ce qui se joue dans la relation aux autres femmes, aux hommes, aux enfants. »(19).

Pour la sage-femme et psychanalyste belge Joos de Ter Beerst, cette transmission, « c'est parfois ce que certaines mères refusent à leur fille et c'est parfois ce que certaines filles refusent d'accepter de leur mère. » (1). Il semblerait que cette rivalité autour de l'accession de fille à la maternité soit illustrée davantage par le cas de Madame F dont la mère voulait la convaincre d'avorter, qui lui « *a raccroché au nez* », ne voulant plus lui parler après l'annonce. Finalement, après trois semaines de relations « *houleuses* », sa mère a accepté la grossesse et était ensuite très présente auprès de sa fille.

Les autres mères des femmes interrogées ont été unanimement contentes lors de l'annonce : « *heureuse comme tout* », « *super contente, super heureuse* », « *ravie* », « *très contente et très émue* » ...

La réaction de la mère a semblé être, pour sa fille enceinte, l'inauguration d'un travail de repositionnement de chacune dans la lignée familiale. Ce travail, pas toujours évident, a pris plus ou moins de temps chez les femmes interrogées.

Une grossesse s'ancrant dans lignée familiale féminine

Plusieurs femmes ont évoqué au cours de l'entretien la lignée féminine familiale au sein de laquelle elles s'inscrivaient. Madame A racontait que sa mère avait été déçue d'apprendre qu'elle allait avoir un petit-fils et non une petite-fille. La femme cherchait à expliquer ce désappointement ainsi : « *Je ne sais pas pourquoi elle s'était focalisée sur une fille et... Bon elle est très contente au final mais je ne sais pas, est-ce que c'était le côté mère-fille-petite-fille et on continue comme ça ?* ». Pour Winnicott, « la continuité réelle de générations est ce qui est transmis d'une génération à l'autre par l'intermédiaire de l'élément féminin » (55). La fille devenant mère est donc l'élément clé permettant de prolonger une famille, voire d'espérer la rendre immortelle. La psychiatre et psychanalyste Bydlowski considérait que « par l'enfant, et singulièrement par le premier né, la femme se noue à sa filiation féminine et règle sa dette d'existence à celle qui l'a enfantée. » (3). Naouri estimait quant à lui que « mettre au monde une fille inscrit, de la façon la plus parfaite, toute mère dans sa généalogie féminine. Elle n'est pas seulement devenue mère – ou mère une fois de plus –, elle est, avec sa fille, exactement comme sa

mère avait été avec elle. »(23).

Une grossesse dans un schéma familial particulier pouvant expliquer les réactions des protagonistes

Les grossesses de plusieurs de ces femmes se sont inscrites dans un contexte familial particulier. Madame A fut été adoptée à trois mois et son petit frère à quatre mois. Elle expliquait : « *C'est particulier dans ma famille parce que mon frère et moi-même on est adoptés... L'annonce d'une grossesse et tout ça c'est encore particulier.* ». Madame C confiait pudiquement: « *On a un contexte familial qui est un peu compliqué donc... Enfin j'ai perdu mon grand frère il y a 8 ans lors d'un accident. [...] Normalement la logique des choses aurait voulu que ce soit lui qui ait un enfant d'abord...* ». Madame D a été adoptée à 3 ans et demi puis « *reniée* » par ses parents adoptifs à 16 ans. Cet abandon l'a profondément marquée. Elle avouait donc qu'elle ne voulait pas d'enfants « *par rapport à tout ce [qu'elle a] vécu.* ». Mesdames F et G ont été enceintes alors qu'elles étaient en couple depuis très peu de temps. La première expliquait : « *J'ai su que j'étais enceinte le jour des 9 mois avec mon conjoint, donc ouais c'était vraiment très récent...* ». Les deux étaient encore étudiantes en début de grossesse, ce qui a ajouté « *un stress* » supplémentaire tant pour les filles que pour leurs mères. Madame E, quant à elle, s'était présentée lors de l'entretien comme une mère célibataire ; elle s'était séparée du père de son enfant en début de grossesse et avait elle-même été élevée par une mère célibataire. Il a été également intéressant de noter, au cours de cette étude, que certaines femmes ont semblé reproduire par leur grossesse le schéma familial au sein duquel elles ont grandi. En effet, Madame E, mère célibataire donc, rapportait des propos de sa mère : « *Mais j'ai l'impression que tu revis mon histoire...* ». Madame F, future maman à 24 ans, avait un conjoint qui s'investissait peu dans la grossesse. Elle justifiait la réaction de colère de sa mère ainsi : « *Elle a été maman jeune, elle m'a eue à 20 ans et c'était toujours : « Fais les pas trop jeune, essaie de profiter d'abord.* ». Elle, elle a vécu le fait que mon père n'ait pas été très présent pour sa grossesse et quand on était enfants. Et du coup elle a eu peur que je me retrouve toute seule comme elle l'a été, et un peu démunie. ». Ces propos des mères traduisaient la protection qu'elles voulaient exercer sur leur fille mais aussi sûrement des excuses cachées pour leur enfance parfois difficile. Cette histoire de la fille se calquant sur l'histoire de sa mère corrobore une sorte de loi du pédiatre français Aldo Naouri : « *Toute mère ne peut exercer sa maternité qu'en étant lestée de la sienne*

propre et elle ne peut pas pleinement assumer sa fonction sans tenir compte des options généalogiques auxquelles l'astreint son histoire. » (23). Accepter des excuses, reconnaître les torts de sa mère mais aussi chercher à en comprendre la raison semblent nécessaires à la future mère « pour, à la fois, s'ancrer dans un passé parfois difficile à ré-aborder et s'en séparer pour pouvoir offrir une disponibilité à l'enfant et s'ouvrir sur une nouvelle histoire. » selon les termes de Darchis (2).

2- Les discussions relatives à la grossesse et au nouveau-né : le maternage, l'éducation...

Une partie de l'entretien portait sur les sujets abordés sur la grossesse entre la mère et sa fille. Certaines parturientes posaient de nombreuses questions, se confiaient beaucoup ou parlaient très régulièrement de leur grossesse avec leur mère, d'autres en parlaient moins, mais toutes ont reconnu que la présence de leur mère était importante et rassurante. Madame A n'a jamais posé de questions sur « *tout ce qui est physique, sur la grossesse* » à sa mère. Cette dernière n'ayant jamais été enceinte, sa fille « *ne voulait pas la mettre en échec et ne voulait pas la ramener à ce qu'elle n'a pas pu avoir.* ». On a donc pu relever la délicatesse de la parturiente et son attention portée sur le passé douloureux de sa mère (douleur physique de l'endométriose et souffrance morale de celle qui « *aurait eu vraiment envie d'être enceinte* »). Ses absences de questions étaient pour Madame K « *une manière de la protéger* ». Madame I non plus n'a pas voulu mettre sa mère en échec par ses interrogations : « *Je préfère pas tout demander. [...] Je fais attention à ce que je lui pose comme questions.* ». Madame C n'a pas reçu d'astuces ni de conseils, ou du moins très peu ; elle disait de sa mère qu'elle n'était « *pas dans le conseil obligatoire* ». Madame J a également senti que sa mère n'était « *pas du tout intrusive* » : « *Si je lui pose une question, elle va me répondre, mais sinon elle ne va pas être constamment en train de me dire « Tu devrais faire ci, tu devrais faire ça ».* ». La majorité des femmes interrogées constatait que les conversations autour de la grossesse étaient engagées tant par elles que par leur mère. Madame F appréhendait un aspect de la maternité vis-à-vis de sa mère : son allaitement. Elle expliquait : « *C'est plus elle qui va se trouver démunie par rapport au fait qu'elle n'ait pas pu allaiter et je pense que moi, si ça fonctionne, ça risque d'être compliqué parce que je pense qu'elle le vit encore comme un échec pour elle...* ». La femme traduisait ici la difficulté de certaines mères à accepter de voir leur fille prendre

leur place de mère et jouir d'une certaine indépendance vis-à-vis d'elles ; cela peut alors être vécu comme un arrachement à une « toute-puissance du lien enveloppant mère et enfant » d'après les mots de Guyomard (21). On peut d'autant plus le comprendre cette « dépossession, cet arrachement à la jouissance » du lien chez la mère de Madame F qui avait un fort « *besoin de possession* ».

Quand le bébé oriente les conversations : la préoccupation maternelle primaire

Les conversations sur la grossesse avec les mères ont occupé des places variables entre les femmes interrogées. Pour Madame F : « *C'est quand même le centre du monde. On ne parle que de ça. D'ailleurs on a l'impression de ne pas relever la tête parce qu'on parle de ça tout le temps. Les courses... Tout tourne autour de ça.* ». Madame K a également noté que « *les conversations sont quand même très orientées* ». Elle s'était toujours promis de ne pas parler que des enfants le jour où elle attendrait son premier bébé mais elle « *se rend compte qu'[elle] en parle énormément et que ça prend beaucoup de place dans les conversations et dans les préoccupations aussi.* ». Ces propos illustraient ce que le psychanalyste britannique Winnicott a décrit sous les termes de « préoccupation maternelle primaire ». Il expliquait que le nouveau-né est dans une situation de dépendance absolue vis-à-vis de l'entourage. Sa mère y répond par la préoccupation maternelle primaire : une capacité à s'identifier à l'enfant pour le comprendre, elle est littéralement en résonance avec les besoins du bébé. « Cette condition psychologique, cet état psychiatrique très particulier de la mère se développe graduellement pour atteindre un degré de sensibilité accrue pendant la grossesse et spécialement à la fin et dure encore quelques semaines après la naissance de l'enfant. »(29). Madame B a noté que lorsque sa mère l'appelait, le début de conversation était le suivant : « *Elle me demande comment je vais, mais elle me demande surtout comment lui [son bébé] il va ! Elle est centrée sur lui.* ». La mère de Madame E lui avait signalé que tous ses achats et aides matérielles étaient destinés à sa petite-fille et non à sa fille. On notait donc un changement du centre d'intérêt de la mère qui basculait de sa fille vers son futur petit-enfant. Ce changement d'attitude ne serait-il pas les prémices de l'attention de l'entourage qui se portera davantage sur le nouveau-né que sur sa mère et qui pourra être un facteur du baby blues en post-partum ? Les sujets de conversation « *ont un peu basculé, on ne parle plus trop de travail, mais par contre là c'est bébé* » selon

Madame B. Mais elle considérait ce changement de bon augure et s'estimait chanceuse *« d'avoir de la famille à côté de chez [elle], donc rien que pour assumer un enfant, ça enlève déjà une belle épine du pied. »*. Madame C était plus modérée sur les changements opérés par la grossesse dans les sujets de conversation. *« Les sujets tournent plus sur le petit garçon à venir, ce qu'il lui faut, ce qu'il faut acheter machin... Mais ça n'empêche pas de parler d'autre chose. »*. Madame H a fait le même constat : *« Ça reste un peu comme avant, on en parle mais ce n'est pas le sujet qui revient tout le temps. »*.

Les conseils de grand-maternage : l'alimentaire, l'organisation, le sommeil du bébé, la vêtue, mais aussi prendre soin de soi et rester femme

Quelques femmes ont reçu de leur mère des conseils en matière d'alimentation pendant la grossesse et d'alimentation du nouveau-né. Madame I a entendu sa mère lui conseiller *« de ne pas trop manger, de manger pour une personne »*. La mère de Madame E lui a dit : *« Essaye d'allaiter ton enfant le plus possible, parce que financièrement ça va te coûter moins cher, surtout parce que c'est meilleur que le lait artificiel. »*. Mesdames G et K ont également pu discuter de l'allaitement avec leur mère. La mère de Madame G lui a *« donné des astuces pour [s'] y prendre en avance quand le bébé commencera à manger des purées, des compotes. [...] Par exemple, le week-end faire tous les petits pots de la semaine. »*. Ces conseils d'organisation ont également été dispensés par d'autres mères comme celle de Madame F : *« Des conseils dans le timing, genre « Là ça va peut-être arriver donc il faudrait peut-être que la valise soit faite », plus le rythme quoi. »*. Madame B a reçu de sa mère des conseils *« sur le maintien physique »*. Elle a insisté ainsi auprès de sa fille : *« Mets de la crème, fais attention à toi, on ne se néglige pas... Quand on est enceinte on n'est pas malade. »*. Cette mère a mis en exergue auprès de sa fille que la maternité n'était pas incompatible avec la féminité, mais que ce deux aspects étaient nécessaires à l'épanouissement de la femme, qu'elle puisse se consacrer tant à son mari qu'à son futur enfant. *« Oui t'attends un enfant, oui tu vas être maman, mais il faut que tu restes une femme quand même. »*. Madame B a donc accueilli les propos de sa mère comme *« des conseils de maintien de la vie à deux après »*. Le soin de soi pendant la grossesse a aussi été abordé par la mère de Madame I : *« Elle me dit de faire attention, de ne pas surélever des choses lourdes, de faire attention, de ne pas faire de choses très brutales... »*. Madame H quant à elle a reçu des conseils de puériculture de la part de sa mère : *« Des petits conseils sur les vêtements adéquats en hiver »*, d'autres conseils ont

porté « *sur les soins du bébé* ». La mère de Madame I a transmis à sa fille « *comment le faire dormir, pas le prendre tout le temps dans les bras le bébé, le laisser gagner un peu son autonomie.* ». Le sommeil du nourrisson, Madame J en a aussi discuté avec sa mère : « *Est-ce qu'elle allait dormir dans sa chambre toute seule, est-ce qu'elle allait dormir dans la nôtre ?* ». Elles ont eu l'occasion d'acheter ensemble des objets de puériculture, ce qui leur a permis « *d'en discuter pas mal* ». Madame K a conseillé à sa fille un objet indispensable à ses yeux : le porte-bébé. La parturiente racontait : « *Ils avaient beaucoup utilisé le porte-bébé. [...] Elle nous a expliqué pourquoi et comment l'utiliser, que c'était très pratique, que ça libérait les mains etc.* ».

L'héritage familial matériel et moral

On notait ici un exemple des traditions et transmissions familiales entourant la grossesse et la naissance d'un enfant. Cinq femmes interrogées en ont donné d'autres, que ce soit des traditions matérielles ou morales. Peu de références sur ce sujet ont été trouvées dans la littérature. Madame A rapportait : « *Tout de suite ma mère m'a ressorti le petit lit de quand j'étais petite.* ». Ce lit n'était pas un héritage familial, mais comme ses parents ont mis beaucoup de temps à avoir leurs enfants, pour eux « *c'était important de transmettre ça* ». Madame H s'est elle aussi vu proposer le « *couffin de famille* ». Elle rajoutait : « *Ma maman coud pas mal, et je sais pas si c'est une tradition mais jusqu'à maintenant elle avait fait des sacs à langer à une de mes sœurs et à mes belles-sœurs, et du coup elle m'en a proposé et fait un.* ». Ces objets faits maison et sur mesure portaient en eux l'empreinte d'une transmission familiale. Ces exemples illustraient les propos tenus par Legouvé en 1849 et rapportés par Houbre dans Histoire des mères et filles : « *La future grand-mère offre habituellement la layette du premier bébé, ce qui est une manière de réaffirmer sa préséance sur sa fille.* »(31). Madame E a bénéficié au cours de sa grossesse de traditions congolaises, « *cette culture, je m'en sens d'autant plus imprégnée maintenant que je suis enceinte. Il y a beaucoup de traditions, traditions d'habits, le trousseau de ma fille avec tous les cadeaux, les tissus... Au moment de la naissance, je sais que ma fille va avoir des bénédictions spécifiques. [...] Par contre j'arrive pas à faire la différence entre ce qui vient de ma culture et ce qui vient de ma famille propre.* ». Sans héritage matériel, Mesdames B et K reconnaissent avoir reçu « *des valeurs* » et se sentaient redevables de leur éducation envers leurs parents. Pour Madame B, « *il n'y rien qui se transmet de mère en fille ou de génération en génération, c'est plus d'un point de vue familial que ça se*

transmet, d'un point de vue vie de famille j'ai envie de dire. ». Comme rapporté plus haut, Madame K souhaitait calquer l'éducation de son bébé sur celle son enfance : *« J'espère faire comme mes parents. ».* Madame E souhaitait que sa mère lui enseigne *« des massages congolais pour les bébés, pour les endormir. ».*

Ce dont on ne parlait pas : relations intimes et sexualité

Un des thèmes de l'entretien fut de savoir si la femme avait parlé de la sexualité pendant la grossesse avec sa mère. La plupart ont reconnu n'en avoir jamais parlé, par pudeur. Pour Madame A : *« La sexualité on n'en parle pas du tout avec mes parents. ».* Madame B a tenu le même discours sur le sujet : *« On n'en parle pas du tout ... C'est un petit peu comme les consultations gynéco, ça reste de l'ordre de l'intimité. ».* Ces femmes avaient expliqué n'avoir jamais abordé le sujet avec leur mère, même à l'adolescence. Au contraire Madame G affirmait qu'il n'y avait *« aucun tabou »* entre sa mère et elle, et qu'évoquer la sexualité ne les gênait pas : *« On peut parler vraiment de tout et n'importe quoi. ».* Nous reviendrons plus tard sur les interlocuteurs qu'ont eus ces femmes pour aborder ces sujets.

L'expérience de la mère, un modèle à suivre ou à différer

Ecouter ou réécouter le récit des grossesses de la mère a été vécu par plusieurs femmes. Madame B a répété de nombreuses fois au cours de l'entretien que sa maman avait vraiment cherché à la rassurer. *« Elle me rassure parce qu'elle a vécu deux grossesses parfaites. [...] Comme elle ça s'est très bien passé, j'ai tendance à me dire que ça va très bien se passer ! Et elle me le répète tous les quatre matins : « Toutes les femmes sont passées par là. », c'est plus pour me rassurer. ».* Madame J a eu besoin de comparer le vécu de sa grossesse à celui de sa mère. Elle recherchait des *« conseils sur « Et toi, est-ce que ça te faisait ça ? Tu n'étais pas toujours en train de sauter de joie à tout bout de champ ? » ».* Madame C a également entendu le récit de la grossesse de sa mère : *« Elle me raconte comment c'était la sienne, mais après... Enfin ce que je lui dis c'est que chaque grossesse est différente. ».* Madame F expliquait : *« Elle va forcément nous parler d'elle, comment ça s'est passé avec nous quand on va aborder un sujet, que ce soit l'allaitement ou le reste. Mais après c'est tellement particulier à chacun que... ».* Plusieurs mères n'ont donc pas voulu encombrer l'esprit de leur fille par leur expérience

personnelle plus ancienne. Madame J a elle aussi entendu sa mère tenir ce discours : « *Elle voulait éviter de me polluer avec sa propre expérience. Elle m'a dit que chaque accouchement est différent, chaque femme le vit différemment et qu'il fallait justement que j'essaie d'éviter de me polluer l'esprit avec les expériences de tout le monde.* ». La mère de Madame I « *parlait par expérience parce qu'elle a sept enfants* ». Mais elle a laissé les professionnels de santé répondre aux questions de sa fille : « *Elle sait qu'on a un bon entourage en France. Après elle sera toujours prête à me donner des conseils sur la grossesse.* » mais sans jamais s'imposer.

Il semblerait que certaines femmes aient voulu prendre leur mère comme modèle, alors que d'autres ne le voulaient absolument pas. Prenons l'exemple de Madame K. A la fin de l'entretien, elle a spontanément évoqué le sujet de l'éducation: « *J'espère faire comme mes parents, essayer de faire au mieux pour élever ce petit bout.* ». Madame B aussi souhaitait reproduire pour son enfant ce qu'elle avait reçu d'un point de vue « *confort de vie et éducation* ». Au contraire, Madame F souhaitait absolument s'en différencier, ne pas devenir « *une mère très possessive et très exigeante* », ni exercer de « *chantage affectif* » sur ses enfants : « *J'ai pas envie d'être la mère qu'elle a été.* ». Apprendre de l'expérience de sa propre mère, et l'accepter, a donc été un acte recherché ou non par la femme enceinte. Nous pouvons retenir ce qu'en disait Eliacheff : « Devenir mère, c'est pour chaque fille courir le risque de devenir, au moins inconsciemment comme sa propre mère : ce que certaines peuvent désirer mais que d'autres redoutent par-dessus tout. »(14). Car accepter d'apprendre de l'expérience maternelle, c'est accepter sa mère comme mère, c'est chercher à se différencier de sa mère tout en acceptant de s'y identifier (1). Naouri appuyait cette idée en affirmant que toute future mère veut imiter sa mère pour conserver les bénéfices reçus via leur relation, mais aussi « s'en affranchir pour se sentir être enfin et seulement la mère qu'elle a toujours eu envie d'être. » Le pédopsychiatre s'interroge sur cet état d'esprit binaire de la future mère, partagée entre reproduire ou écrire son histoire : « Cela relève-t-il de la difficulté à innover et de l'angoisse qui en découlerait, ou bien d'une forme constitutive d'incapacité à se passer de modèle ? »(23). Pour Eliacheff « la transmission des savoir-faire – surtout pour le premier enfant- est un moment d'épreuve, selon la capacité de la nouvelle grand-mère à faire passer une expérience que la jeune mère n'a pas encore acquise, et selon la capacité de celle-ci à accepter les leçons de sa mère, ou à savoir s'en démarquer lorsqu'elle en ressent la nécessité. » (14). Et qu'en est-il des femmes qui n'ont plus de mère ? Pour ces mêmes auteurs : « Pour celles qui n'ont pas connu leur mère (décès, abandon, adoption) et qui

deviennent mères à leur tour, cette absence devient parfois obsédante, par la douleur et la nostalgie qu'elle provoque ; mais le fait d'y penser ou d'y repenser est inévitable, et peut être souhaitable. » (14). Cependant, mesdames A et D, qui ont été adoptées petites n'ont pas exprimé cette absence et se satisfaisaient de leur mère de substitution : sa mère adoptive pour Madame A et sa tante pour Madame D. Qu'en est-il donc du fantôme de la mère biologique ? Marque-t-elle réellement la grossesse de la fille abandonnée ?

III. La présence maternelle et le vécu de la grossesse

1- La place de la mère au cours de la grossesse de sa fille : de la continuité à la découverte du rôle d'une mère

Les attentes de la parturiente vis-à-vis de sa mère : présence, accompagnement, réassurance et conseils

Une partie de l'entretien s'attachait à connaître les attentes qu'une femme enceinte éprouvait vis-à-vis de sa mère. Quelques femmes les ont exprimées tandis que d'autres admettaient « *ne pas avoir d'attentes particulières* ». On a noté l'attente de présence d'accompagnement et de réassurance émotionnelle ainsi que des conseils et de l'aide matérielle. Madame A se ressourçait auprès de sa mère dans « *l'aspect mental, votre corps qui change, des choses comme ça, comment faire avec un bébé, [...] tout ce qui est émotionnel* ». Ce besoin d'être maternée et soutenue, Madame B l'a aussi recherché auprès de sa mère : « *Me rassurer encore, encore ; me répéter que c'est pas dramatique, que ça va bien se passer.* ». Madame E était catégorique : si sa mère, dont elle s'est énormément rapprochée au cours de la grossesse, n'est pas assez présente, « *[elle] sait pas comment [elle] va faire !* ». Elle réitérait cette demande d'une présence nécessaire et « *indispensable* » à ses yeux ainsi : « *j'ai besoin de ma mère* » malgré son aveu « *je savais pas ce qu'elle pouvait m'apporter au début.* ». Ces exemples illustraient l'état de régression psychique décrit par les psychanalystes au cours de la grossesse. Pour Darchis, « en se mettant en position d'être maternée, la femme enceinte s'identifie et se relie au bébé qu'elle était, cherchant les vécus de bien-être, les satisfactions et les plaisirs qu'elle pourra par la suite apporter à son enfant. ». Ainsi, la femme « est en quête d'images maternelles, auprès de sa propre mère, auprès du conjoint et de l'équipe

médicale. » (2). Toutefois, Madame J soulignait *« un besoin d'être rassurée et d'avoir des conseils, mais uniquement quand [elle] les demande. »*. Madame K confiait : *« d'un point de vue relationnel ou émotionnel, je n'avais pas forcément d'attentes dans le sens où même quand je suis rentrée dans ma puberté par exemple, elle m'a dit le strict minimum. Donc là, je n'en attendais pas plus. »*. Pour elle, comme pour Madame H, elle a plus cherché auprès de sa mère *« des conseils matériels, techniques »*.

Quatre femmes expliquaient ne pas avoir d'attentes particulières : Madame C ne s'était *« jamais posé la question »* tout comme Madame F : *« Des conseils, de la présence oui, mais ce n'est pas à la demande, c'est plus naturel. »*. Mesdames I et J, quant à elles, pointaient du doigt la nécessité pour elles de rechercher l'accord et l'approbation de leur mère. La première confiait : *« Je lui demande son opinion quand je vais faire quelque chose en dehors de la routine. »* et la seconde : *« J'essaie plus d'avoir son approbation sur certaines choses. Quand j'achète des choses pour le bébé, j'aime bien lui montrer, j'aime bien qu'elle m'explique ce qui est pratique ou ce qui ne l'est pas. »*. On retrouvait là encore le besoin pour certaines femmes de bénéficier de l'expérience de leur mère en matière de connaissances sur la grossesse et de puériculture, de les impliquer dans la grossesse pour qu'elles puissent d'ores et déjà établir des liens avec l'enfant à naître. Madame G a vécu un début de grossesse difficile : grossesse inopinée, relation récente avec son conjoint, en recherche d'emploi... Elle expliquait ainsi pourquoi elle craignait tant le moment de l'annonce à sa mère : *« J'avais peur qu'elle m'appuie au niveau de mes doutes, au niveau de mes peurs, de mes incertitudes. Et en fait ça n'a pas du tout été le cas, elle m'a confortée dans mon choix [de garder le bébé], dans mes décisions et elle m'a vraiment soutenue. »*. Ce soutien maternel a alors été la confirmation qu'elle cherchait et le début de l'acceptation de sa grossesse.

L'aide matérielle et la présence physique et de la mère

La présence de la mère auprès de sa fille enceinte a été perçue différemment auprès des femmes interrogées. Son aide matérielle a été plusieurs fois valorisée. Selon Madame F : *« Elle aide financièrement donc elle achète quand même vachement pour la petite. »*. Madame E reconnaissait que la préparation de la chambre de son bébé et l'achat du matériel de puériculture : *« Ce n'est pas mon truc, je ne sais pas m'en occuper »*. Elle a donc été reconnaissante envers sa mère qui a pris cela en charge : *« C'est elle qui est venue, c'est elle qui a fait la chambre de ma fille, c'est elle qui m'a dit ce qu'il fallait*

acheter. [...] Ma mère est couturière, donc elle a fait toute la literie de ma fille, ses sorties et draps de bain. ». La mère de Madame H a cousu et offert un sac à langer à sa fille. Les achats et la préparation d'affaires pour le bébé à naître par la future grand-mère ont été évoqués par sept femmes. Cette aide matérielle, bien qu'appréciée pour son côté économique, fait émerger plusieurs réflexions. Tout d'abord le besoin pour la future grand-mère de se sentir encore nécessaire aux yeux de sa fille qui, souvent, n'a d'yeux que pour son futur enfant comme le montre le concept de la préoccupation maternelle primaire de Winnicott (29). Cela laisse penser que le matériel compense ce que la future grand-mère ne vit plus physiquement. Le ventre qu'on laisse distendre pour accueillir son bébé, elle ne le possède plus. Alors elle accueille son futur petit-enfant par des présents. Acheter des vêtements de nourrissons ou décorer sa chambre peuvent également être perçus comme une forme de nouvelle jeunesse. Comme l'analysait Madame B, *« les grands-parents ça leur donne une nouvelle jeunesse, ils n'ont que les bons côtés du truc ! »*. Madame A ressentait elle aussi l'excitation de sa mère mais reconnaissait, en souriant, que cela pouvait être pesant : *« Et puis alors les petits vêtements, les petits machins, les petits trucs... Elle, vous la jetez dans un magasin de bébés c'est foutu, vous en avez pour l'après-midi quoi ! »*.

Le rôle et la place accordés par la femme enceinte à sa mère

La présence physique maternelle aux côtés de sa fille a été vécue comme nécessaire par certaines femmes. Madame E a répété quatre fois au cours de l'entretien que, maintenant qu'elle avait saisi la nécessité d'avoir une mère à ses côtés, elle avait *« besoin de [sa] mère ! »*. Pour elle, la grossesse constituait une étape dans la relation mère-fille qui effaçait et annihilait le passé douloureux que les deux protagonistes avaient pu vivre. *« A partir du moment où t'es enceinte, t'es obligée d'appeler ta mère. Elle est obligée d'être là. »*. Cette nécessité de la présence maternelle à ses côtés, Madame E la ressentait notamment pour son accouchement. Sa mère étant partie quelques temps en vacances dans son pays natal, elle lui a dit : *« Tu reviens hein ! Moi je n'accouche pas si t'es pas là ! »* La mère de Madame G lui a dit *« qu'elle pourrait [l'] accompagner pour l'accouchement. [...] Elle a même envisagé de venir un peu habiter chez [eux] pour [l'] aider un petit au début après la naissance, quand [son] compagnon aura repris le travail. »*. La présence de la mère lors de l'accouchement était au contraire, pour Madame F, davantage vécue comme une obligation que comme un besoin émanant d'elle : *« Moi*

je voulais que mon conjoint soit présent, sauf qu'il est un petit peu sensible, le sang, tout ça, ça risque de poser problème. Donc il est censé être avec moi mais il a demandé à ma mère d'être pas loin dans le couloir et de prendre le relais si jamais... Mais je ne suis pas sûre d'avoir envie qu'elle soit vraiment là en fait à ce moment-là... ». Cette parturiente a signifié plusieurs fois au cours de l'entretien que la présence de sa mère à ses côtés était souvent trop importante voire étouffante : « *Elle est hyper, hyper présente, elle s'investit presque trop dedans. [...] Parfois on se demande si on arrive vraiment à prendre notre propre décision au milieu de tout ça.* ». Cette présence oppressante, Madame A l'a elle aussi perçue, surtout lors des demandes incessantes de sa mère à devenir grand-mère. Elle expliquait qu'elle n'avait surtout pas voulu dire à sa mère qu'elle essayait d'avoir un enfant puisque celle-ci « *aurait été soûlante* » ... Madame C au contraire était satisfaite de la relation sans fusion qu'elle entretenait avec sa mère durant la grossesse : « *On est proches mais chacune garde sa place. Elle n'empiète pas du tout sur mon couple et sur la relation que j'ai avec mon mari.* ».

Un changement de génération causant un changement de relation

Plusieurs femmes ont pu noter un changement progressif au cours de la grossesse dans la relation qu'elles entretenaient avec leur mère au niveau de leur contacts, de leurs conversations ou dans la teneur de leurs interactions.

D'un point de vue pragmatique, le type et la régularité des contacts au sein des dyades mère-fille ont évolué. Avant la grossesse, les femmes rapportaient des relations très diverses, la fréquence des visites étant bien sûr influencée par l'éloignement géographique. Mesdames A, G, J et K parlaient d'un rythme de visites bi voire trimensuel. Madame F ironisait en confiant : « *Si je ne la vois pas trois fois par semaine ça va pas !* » Les contacts téléphoniques variaient entre les « *appels tous les jours, trois fois par jour* » de Madame F, « *on s'appelle toutes les deux semaines* » d'après Madame H ou « *Ça ne me dérangeait pas avant d'être enceinte de ne pas appeler ma mère pendant trois ou quatre mois* » selon Madame E. Depuis l'annonce de la grossesse, le rythme des visites et appels s'était intensifié d'après certaines femmes. Selon Madame G : « *On se voit un peu plus souvent qu'avant : une à deux fois par mois peut-être.* » ; Madame I a fait le même constat : « *On s'appelle plus souvent.* », tout comme Madame K : « *Le téléphone c'est au moins une fois par semaine et là, depuis la grossesse, on est passé à deux fois par semaine.* ».

D'un point de vue relationnel, Madame A considérait que rien n'avait changé mais sa mère affirmait le contraire : *« Elle m'a dit « T'es plus mon bébé... ». C'est une étape qu'elle n'avait pas anticipée en fait. Elle me l'a redit dernièrement : « Ouais mais tu vois maintenant, t'es plus mon bébé quoi, toi aussi tu vas être maman ! » Moi ça ne change rien, au contraire. »*. Ce constat de la mère signifiait qu'elle percevait qu'un autre bébé allait prendre la place de sa fille, que les centres d'intérêt allaient évoluer, et qu'elle était poussé d'un cran dans la succession des générations. C'est « le renoncement concernant la place de l'enfant, enfant de sa mère, celle de l'enfance éternelle » d'après Joos de Ter Beerst (1). Sans la nommer explicitement, Madame B ressentait aussi la fin de cette exclusivité filiale : *« Je pense que c'est la continuité [dans nos relations]. Sans être une amélioration ou une dégradation, parce que je pense qu'elle sera toujours là pour moi en tant que sa fille, mais elle le fait maintenant d'une autre manière. [...] On aura la relation mère-fille mais on aura aussi la relation grand-mère-maman quoi. »*. Mais Madame I temporisait cette idée en affirmant *« qu'on garde toujours les relations mère-fille même si on est adultes ; elle est toujours votre mère, on est toujours sa fille »*. Madame J avait constaté un changement dans le comportement de sa mère qui semblait adapté à la grossesse. Elle expliquait : *« Je dirais que c'est plus de son côté, elle est plus prévenante, elle comprend mieux que parfois je ne suis pas toujours disponible pour aller la voir, que je suis fatiguée, qu'il faut que je me repose donc que je ne peux pas aller la voir tout le temps, ça elle le comprend mieux alors qu'avant elle l'aurait moins compris. »*. Pour Madame E, le changement a été radical. Très distante de sa mère avant la grossesse, elle a peu à peu repris contact avec elle vers le cinquième mois. Elle éprouvait envers sa mère *« de la rancœur, il y avait peut-être aussi de l'incompréhension »* pour le *« choix de vie qu'elle a fait : le fait de [l'] avoir fait toute seule »*. Le fait d'être enceinte et de revivre ce que sa mère a vécu (une grossesse en tant que mère célibataire) a fait basculer ses sentiments. *« Maintenant je regrette, c'est horrible... C'est marrant parce le fait d'être enceinte fait que moi je suis en train de prendre une place de mère, elle, je lui redonne du coup sa place de maman que je ne lui avais pas laissée au final parce que je l'avais évincée et concrètement j'avais décidé que je ne voulais pas de maman. Et là je lui ai tout redonné : sa place de mère, sa place de grand-mère, sa place de conseillère, sa place de sage-femme aussi. »*. La volte-face a donc été complète pour cette femme. On peut se demander quel aspect de la grossesse a engendré le rapprochement entre Madame E et sa mère ? Il semblerait que ce soit tout simplement le fait de devenir mère à son tour : *« quand on n'est pas maman, on ne sait*

pas ce que c'est. ». A 35 ans, Madame E avait accepté sa mère dans son rôle et sa place de mère. Le partage du corps de femme enceinte, mais surtout le partage des émotions, des ressentis physiques et affectifs provoqués par l'attente d'un enfant scelle à jamais la répétition par la femme de ce que sa mère a vécu avant elle. Pour Eliacheff et Heinich, « Rien ne manifeste davantage l'avance générationnelle d'une mère sur sa fille que le moment de la grossesse : car la mère est forcément, comme on dit, « passée par là », de sorte qu'elle est la mieux à même d'en partager avec sa fille enceinte les sensations, les plaisirs et les inquiétudes. [...] Ce regain de proximité ne peut que réactiver la nature du lien entre mère et fille : occasion d'une nouvelle complicité, ou, au contraire, source de tensions renouvelées si la mère est trop intrusive, ou trop indifférente, ou si la fille supporte mal cette « avance » de sa mère sur elle. »(14). Ces propos corroboraient le fait, pour la femme, d'accepter ou non l'expérience et le vécu ancien de sa mère lorsque cette dernière était elle-même enceinte. Ce changement de mentalité entre la mère et sa fille, cet arrêt d'une confrontation permanente, Madame F l'a vécu. Elle expliquait que sa grossesse était synonyme d'une trêve apaisée : « *Là ça se passe très bien donc il n'y a pas de soucis. Je sais pas si notre relation houleuse va revenir. J'y vais un peu à tâtons, je sais pas trop...* ». On retrouvait encore dans ce discours l'idée d'une mère trop présente et intrusive dans la vie de sa fille. Ces propos appuyaient l'idée de Bydlowski selon laquelle « un processus d'idéalisation se met en place au cours de toute grossesse, même si d'intenses conflits ont antérieurement marqué la relation entre la mère et la fille. Ces conflits risquent d'ailleurs de ressurgir à la fin de cette trêve, après la naissance. » (3). On comprenait ici que chaque femme interrogée a accepté de donner un rôle et une place à sa mère au cours de sa grossesse en fonction de la nécessité qu'elle en percevait. Madame B avait « *besoin d'être rassurée* » régulièrement par sa mère. Madame H au contraire ne recherchait pas la présence continuelle de celle-ci : « *Du fait qu'on n'est pas hyper proches, c'est pas vers elle que je vais me tourner le plus.* ». L'idée émanant de ces propos rejoignait celle évoquée plus haut sur la recherche ou non par la fille de l'expérience de sa mère. La femme enceinte décidait donc d'impliquer ou non sa mère dans sa grossesse. Madame E constatait que sa grossesse avait été salvatrice dans la relation qu'elle entretenait avec sa mère : « *C'est même pas que je me sens plus proche d'elle, c'est que je me suis rendue compte que j'avais besoin d'elle.* ».

Toutefois, Madame C niait l'idée d'une évolution dans la relation mère-fille ; pour Mesdames G et H aussi c'était « *la continuité* ». Madame H racontait ceci : « *J'ai dû en*

parler avec des amies parce que tout le monde dit qu'enceinte, c'est rapprochant par rapport à sa maman mais alors moi je dirais pas plus que ça. Alors oui je lui ai demandé des petits conseils par ci, par-là, c'est quand même toujours ça, mais je ne dirais pas pour autant que ça m'a vraiment rapproché, contrairement à ma sœur qui était enceinte en même temps que moi et pour le coup ça nous a vraiment rapprochées. » Pour Mesdames I et J, la relation qu'elles entretenaient avec leur mère s'était améliorée. Madame K quant à elle considérait que sa grossesse la liait davantage à sa mère : *« Ça se fait progressivement mais elle s'investit un peu plus, et le fait de devenir grand-mère, ça lui permet de se rapprocher plus de moi. »* La grossesse fut donc l'occasion de rapprochements et de confidences sur certains sujets tus auparavant par la mère. Trois exemples se sont présentés lors des entretiens. Madame A a vu sa mère lui confier ses craintes qu'elle soit, elle aussi, atteinte d'endométriose et qu'elle souffre donc d'infertilité : *« Elle ne me l'a jamais dit, mais c'était sa crainte. »* Madame E a vécu un rapprochement familial grâce à sa grossesse. Elle le racontait ainsi : *« En août, quand ma mère est venue chez moi, elle a commencé - et c'est la première fois qu'elle me fait ça – elle m'a parlé de l'histoire de ma famille, de tous nos côtés mystiques en fait, de tout l'envers que je ne connaissais absolument pas. Moi je suis en train de découvrir ma famille ; j'ai l'impression d'être entrée dans un cercle du coup très fermé. »* Ce discours tenu par la mère de Madame E s'apparentait à un rite initiatique. Devenir mère, c'est inscrire de son sceau une génération successive au sein d'une famille. L'enjeu est majeur pour la psychologue-psychothérapeute Tourné : *« Devenir mère, c'est le devenir pour soi-même, mais c'est aussi ne pas rompre la chaîne des générations, c'est perpétuer la famille. »* (11). Enfin, Madame K confiait au début de l'entretien qu'elle avait *« une maman qui ne parle pas beaucoup, qui n'exprime pas beaucoup ses émotions, [...] Maman discrète, aimante, mais peu communicative. »* Au cours de la grossesse, elle a reçu des confidences de sa mère pourtant *« assez réservée »* : *« Elle m'a dit des choses ou elle a commencé à m'évoquer des choses qu'elle ne m'avait jamais dites auparavant, par rapport à ses propres grossesses par exemple ou sur la relation qu'elle avait pu avoir avec mon frère ou avec moi. »* Ainsi était née entre la femme et sa mère *« une autre relation »*. La grossesse a donc semblé être le moment idéal pour certaines mères et/ou pour leur fille, grâce à la particularité physique que cette période offrait, de renouer des liens parfois trop distendus. L'historienne Houbre confirmait cette idée dans son ouvrage Histoire des mères et filles (2006) en expliquant qu'un homme ne peut comprendre tout ce que sa femme vit en sa chair, ce qui place alors la mère de cette dernière comme

référence : « Lors de la grossesse, la mère est la mieux placée pour comprendre les malaises de sa fille, prévenir les accidents, fournir les soins et le réconfort opportuns. ». (31). Madame D, adoptée à trois ans et demi puis abandonnée à seize ans expliquait que la femme à laquelle elle se référait était sa tante, la sœur de sa mère adoptive : « *Je l'ai toujours considérée comme euh... un peu comme ma mère.* ». C'est donc à cette mère de substitution que Madame D a annoncé sa grossesse en premier et auprès d'elle qu'elle s'est confiée. Cette femme a longuement parlé de sa belle-mère (la mère de son conjoint) avec laquelle elle entretenait des relations difficiles puisqu'elle la considérait comme « *une cause de stress franchement tout le temps* ». Madame D rapportait notamment qu'elle lui avait dit un jour : « *Je te considère comme ma fille.* », ce qui avait déclenché de la colère chez sa belle-fille. Elle se justifiait ainsi : « *J'ai pas de mère, j'ai pas besoin d'une mère. J'ai déjà ma tante qui fait office.* ». Eliacheff et Heinich expliquaient que « la situation des mères de substitution était variable pour elles-mêmes, selon qu'elles acceptent ou non cette place échue. »(14). Qu'en était-il donc de l'acceptation de la tante de se voir conférer ce rôle ? Madame D ne le dit pas.

La grossesse a donc modifié les sujets de conversations et les interactions mère-fille.

2- Le vécu de la grossesse : entre joies et difficultés

L'un des objectifs de l'étude était de connaître le vécu des femmes quant à leur grossesse et d'évaluer notamment l'implication de leur mère dans ce vécu.

Un plaisir mitigé

Sept femmes ont reconnu que la grossesse n'était finalement pas aussi réjouissante que ce que la société laissait penser. Madame J confiait : « *Vous savez, parfois, avec les hormones etc., c'est pas si épanouissant qu'on peut nous l'expliquer au premier abord, surtout une première grossesse où c'est plus des angoisses et du stress.* ». Elle poursuivait en qualifiant le vécu de sa grossesse de « *complexe* » : « *C'est compliqué en fait. Un premier c'est pas si inné que ça. Je ne fais pas partie de ces femmes qui adorent être enceintes comme on peut le voir. Moi je tiens beaucoup à mon travail, j'ai une carrière professionnelle qui est importante pour moi. Là je suis arrêtée donc forcément je ne le vis pas très bien, donc j'ai hâte que mon bébé soit là, que tout se mette en place et que*

tout fonctionne, qu'on trouve un nouveau rythme en fait. Mais c'est vrai que je trouve ça long et que c'est beaucoup de contraintes. ». Madame C vivait bien sa grossesse mais avait le même ressenti dubitatif sur le plaisir apporté par l'état de grossesse. D'après elle : *« Il y a des femmes qui disent que c'est un événement magique, que c'est l'épanouissement total, que c'est miraculeux de donner la vie et que... Non ! Enfin moi je ne suis pas dans cette optique-là. »*. Madame A se montrait elle aussi assez réticente : *« C'est super étrange d'être enceinte. [...] La grossesse c'est pas un super moment pour moi... »*. Elle la qualifiait *« d'étape »* et de *« passage »*. Ces mots auraient pu être aussi prononcés par Madame C qui affirmait que *« l'objectif c'est pas d'être enceinte, c'est d'avoir un enfant »* en écho aux propos de Madame A : *« C'est plus avoir l'enfant qui me plaît que d'être enceinte. »*. Ces femmes n'ont donc pas cherché à être enceinte pour se prouver à elles-mêmes ou à la société leur capacité de procréation et leur fertilité, le but escompté était tout autre et s'incarnait dans leur désir d'enfant. Madame E a eu un début de grossesse difficile puisqu'elle s'était séparée de son conjoint et qu'il *« insistait pour [qu'elle] avorte »*. Son petit appartement, son travail prenant qui la menait *« toujours à l'autre bout de la terre toutes les cinq minutes »* étaient également des difficultés supplémentaires. Il lui a donc fallu se poser, *« commencer à penser aux conséquences »* et *« réorganiser [sa] vie parce que là en gros [elle avait] neuf mois pour accueillir un bébé qui était juste pas prévu ! [...] Mais cela ne l'a pas effrayée. Elle avait un très bon souvenir de son enfance : « J'avais ma mère pour moi toute seule, elle s'occupait de moi ; je n'ai pas senti ni la galère ni quoi que ce soit... »*. Elle savait donc que ces difficultés auxquelles elle était confrontée n'étaient pas insurmontables, sa mère le lui avait prouvé, elle s'estimait donc capable d'en faire autant. De la même façon, pour Madame G et son conjoint, *« il fallait réfléchir à ce [qu'ils] allaient faire »* au début de cette grossesse surprise. Leur situation professionnelle et financière, leur relation depuis deux mois lui a fait dire : *« Il y avait pleins de choses qui faisaient qu'il fallait se poser des questions, qu'il fallait réfléchir et prendre une réelle décision responsable. »*.

Un corps changeant à découvrir et accepter

La difficulté à accepter un corps se modifiant au fil de la grossesse a été ressentie par trois femmes et a semblé beaucoup jouer dans leur vécu de la grossesse. Madame A relatait : *« Au départ je voyais vraiment ça comme une contrainte, parce que je suis très indépendante. Faire du sport etc. ça n'empêche pas mais ça limite quand même pas mal.*

Et cette limite-là du coup, bon... Maintenant j'ai fini par l'accepter mais ça a été difficile. ». On comprenait dans ses propos que Madame A semblait mettre une certaine distance vis-à-vis de son corps. *« J'ai passé deux semaines où je ne me regardais même plus dans un miroir, où il a fallu faire ce chemin-là. »*. Cet obstacle de l'acceptation physique l'a conduit à ne pas se résumer uniquement à son état de femme enceinte, et donc à ne pas réduire son champ d'activités uniquement autour de la grossesse : *« Dans le quotidien, je ne suis pas que enceinte, voilà. Je fais ce que j'ai à faire aussi. Je continue à vivre. »*. Madame F, en racontant son début de grossesse « lourd » dû aux vomissements et à la charge de travail dans ses études, avouait : *« C'est plus l'acceptation du corps qui a fait que c'était un peu compliqué au début. Et en fait le passage du « on est un peu rond mais on ne sait pas trop », du coup on ne se sent pas forcément à l'aise, et quand on commence à sentir bébé bouger et qu'on a vraiment le corps de la femme enceinte, bizarrement on s'accepte plus. »*. Pour Madame G, *« le fait d'arrêter le sport comme ça d'un seul coup, ça a mis un coup au moral. »*. Les difficultés d'acceptation de la grossesse et de ses changements physiques en particulier ont donc été évoqués par plusieurs femmes. Néanmoins, il était intéressant de constater que celle qui en a le plus parlé était Madame A, la parturiente ayant été adoptée à trois mois. Elle a dévoilé une des raisons possibles de cette résignation douloureuse devant son corps se transformant : *« C'est bizarre aussi, c'est super étrange d'être enceinte. D'avoir eu un petit frère... Enfin moi je n'ai jamais vu ma maman enceinte. Donc pour moi être maman c'est pas être enceinte. »*. L'accouchement sera donc pour elle le début de la maternité : *« Pour moi ce sera là être maman, pas avant. »*. Elle transmettait à travers ces propos que, pour elle, l'acquisition du rôle de mère se faisait par la vision de sa propre mère. On retrouvait donc là encore la notion de reproduction du schéma familial, et donc la nécessité pour la femme enceinte de pouvoir trouver des modèles de mères dans son entourage proche. Pour Meynckens-Fourez « ce modèle d'identification que la mère peut offrir, elle l'a appris de sa mère, de ses relations, de ce qu'elle a observé, de ce qu'elle a reçu ou de ce qui lui a manqué. » (19). Comme nous le disions précédemment, Madame D, bien que disant *« j'ai pas besoin d'une mère »* a déplacé le rôle de mère sur sa tante. C'est auprès d'elle, entre autres, qu'elle évoquait sa grossesse, les sujets intimes et qu'elle se confiait. Peut-on donc devenir mère sans mère, ou sans substitut de mère ? Pour la psychanalyste Guyomard, le corps d'une femme enceinte apparaît comme la clé de voûte des nouvelles relations liant désormais la parturiente à sa mère : *« D'une symbolique sans représentations qui relie toute « parturiente » à sa propre mère -et sans doute à toutes les mères possibles- dans ce*

corps là : corps pouvant enfanter. » (21). Pour le Docteur Mokrani, et deux autres médecins psychiatres, le constat est indéniable : « Les modifications corporelles témoignent de la transformation intervenue et la ressemblance au corps maternel s'accroît. » (4). On comprenait alors d'autant plus pourquoi Madame A n'avait pas besoin de sa grossesse pour se sentir future mère : sa mère était devenue mère sans modifications corporelles, elle estimait donc que ces modifications n'étaient pas nécessaires pour elle non plus. Ce rapport au corps complexe, cette identification à la mère adoptive, le « malaise » vis-à-vis d'elle qui n'a pas connu la grossesse ont été abordés au cours d'une étude de petite taille (car effectuée sur un échantillon de sept femmes) en 2017 par la psychologue Lévy et la psychiatre Moro (56). Madame A rapportait également une certaine incompréhension entre sa mère et elle à propos d'un supposé plaisir de la grossesse : « *Elle aurait tellement voulu être enceinte qu'elle a un peu du mal à comprendre pourquoi ma grossesse c'est pas quelque chose qui m'épanouit...* ». Ce thème du vécu de la grossesse chez les femmes adoptées pourrait faire l'objet d'une autre étude.

Une autre difficulté rencontrée par deux femmes interrogées a été de s'approprier la grossesse les premiers mois, et de dépasser ainsi la peur de faire une fausse-couche ou de découvrir que le fœtus souffrait de malformations. Madame A rattachait cet obstacle à l'ignorance de ses antécédents familiaux, due à son adoption : « J'ai eu tellement de mal à me dire « Est-ce que tout va bien se passer ? ». Parce que quand on est adopté, il y a une certaine part qu'on ne connaît pas... Antécédents médicaux ou autres. Je pense que c'est aussi pour ça qu'au départ je me suis pas trop appropriée la grossesse, j'ai eu ce détachement en me disant « Voilà, le jour où on dira il va bien, que je vois qu'il va bien, là on pourra commencer à faire quelque chose. ». Ces appréhensions du début de la grossesse étaient donc liées aux antécédents et à l'histoire personnelle de ces femmes.

Un vécu lié à la présence maternelle

Le vécu de leur grossesse par les femmes a semblé être influencé par l'attitude de leur mère. Madame B en effet a répété plusieurs fois être « rassurée » car sa maman « est toute fière » et est très heureuse de devenir grand-mère : « *Je suis rassurée dans le sens où il sera super bien accueilli, je sais que je pourrai compter sur mes parents.* ». Et cette attitude de la mère a été jugée par sa fille. Madame B estimait avoir eu un très bon vécu de sa grossesse et le rattachait beaucoup à la place et à l'attitude de sa mère : « *Ma maman*

c'était la bienveillance, l'équilibre parfait. Elle n'en fait ni trop, ni pas assez. ». Madame F au contraire a eu l'impression d'être dépossédée de sa grossesse par sa propre mère : *« Au final, ma grossesse je l'ai pas tellement vécue en couple, je l'ai plus vécue avec ma mère que je l'ai vécue en couple, et ça c'est un petit peu dommage... ».* Elle continuait en expliquant que sa relation compliquée et « houleuse » avec sa mère avait bien évidemment eu un impact sur le vécu difficile du début de sa grossesse. *« De par le passif avec ma mère, ça a été très compliqué, j'avais des grosses baisses de moral, je ne voulais pas avoir les mêmes réactions que celles qu'elle avait eues. Maintenant ça va, maintenant que je m'occupe de moi et que je sais à peu près comment elle est, on a une belle complicité quand même. ».* Madame G, dont la grossesse était inopinée, tout comme celle de Madame F, relatait aussi *« les crises d'hypoglycémies, les malaises, les nausées, les vomissements »* du début de cette grossesse *« qui l'avait prise de court dans [ses] projets ».* Mais ensuite, Madame G la « vivait bien ». L'attitude de sa mère a été déterminante au début. Effectivement, elle *« avait extrêmement peur de [sa] réaction »* au moment de l'annonce. Mais la voir *« extrêmement contente »* a changé la donne : *« Ça m'a vraiment conforté dans la décision qu'on avait prise, moi et mon conjoint de la garder. ».* On pouvait noter à travers tous ces propos l'idée de la juste attitude de la mère attendue par sa fille : du soutien, mais aussi une certaine retenue, la fille étant désormais adulte et apte à poser ses propres choix. Madame C jugeait que sa mère avait adopté cette attitude équilibrée en disant qu'elle *« n'empiétait pas sur [sa] vie de couple ».* Madame I ressentait ce même balancement chez sa mère : *« Ça a été la personne à qui je posais mes questions dès que j'avais besoin, après j'ai continué ma routine donc elle était un peu à l'écart, parce qu'on ne vit pas ensemble. ».* A la question « Comment définiriez-vous la place occupée par votre maman pendant cette grossesse ? », cette parturiente est la seule à avoir chiffré cette place : *« En pourcentage je dirais 40%, enfin je sais pas... Pas beaucoup je dirais, et en même temps, si j'avais des besoins, je sais que je pouvais ; et à chaque fois qu'on s'appelait, elle demandait des nouvelles... Ouais peut être 40%. ».*

La perspective du futur rôle de mère

La présence de la mère à ses côtés a permis, semble-t-il, de rendre sa fille sereine pour l'avenir. Trois des femmes interrogées confiaient envisager placidement leur futur rôle de mère. Madame B disait ne se faire *« aucun souci »* pour les premiers temps de sa maternité : *« Mes parents seront là. Je suis très confiante. Et je sais que [ma mère] c'est*

quelqu'un qui m'aidera à assumer. ». La présence maternelle appréciée au cours de la grossesse le sera donc tout autant après la naissance. On parlait autrefois des « relevailles » pour désigner le fait, pour une femme, de se relever après un accouchement, de reprendre ses travaux quotidiens. Dans la tradition catholique, c'était une « bénédiction que donnait le prêtre, à l'église, à une femme relevant de couches » (Dictionnaire Larousse). Les relevailles avaient lieu 40 jours après la naissance. « La jeune mère revient dans la société, elle peut de nouveau être approchée par son compagnon. Le lien avec le nouveau-né est alors établi : rythme des tétées, alternance veille-sommeil... » (3). Durant les semaines suivant l'accouchement, la femme était entourée et aidée par sa mère et d'autres femmes de son entourage. Bydlowski considérait que « pendant ces deux mois d'ajustement, le lien à la mère de la mère est vivement sollicité, à la fois le lien intériorisé et aussi le lien de réalité, représenté par l'aide matérielle que l'accouchée attend de sa mère. » (3). Madame K, néanmoins, pointait du doigt que la présence de sa mère à ses côtés ne sera pas aussi constante que celle des mères d'autrefois. Elle expliquait : *« Ma mère travaille, et c'est là aussi où le rôle de grand-mère peut avoir ses limites, parce qu'aujourd'hui les grands-parents travaillent encore, donc mon fils n'aura pas forcément ce que moi j'ai pu avoir avec mes grands-parents qui ne travaillaient plus. »*

Madame C rattachait son état d'esprit serein, non pas tant à la présence de sa mère, mais plus grâce à celle des professionnels de santé et attendait beaucoup de son séjour à la maternité. *« Et je me dis que je verrai bien au fur et à mesure. Je verrai bien moi, quand je serai devant, je ne suis pas plus idiote qu'une autre. »*. Madame F appréhendait un peu l'avenir car sa mère lui *« a déjà dit que tous les jours après [qu'elle ait] accouché elle serait là. »*. Elle poursuivait ainsi : *« Et je sais qu'elle va être trois fois trop là, et je ne sais pas si ça va me convenir au moment venu, ou si en plus je serai tellement fatiguée que ça va faire que ça va péter parce que ce sera trop. »*. Néanmoins, elle a tenté de faire abstraction de ses craintes pour appréhender au mieux l'avenir : *« J'essaye de ne pas me poser trop de questions et de voir. »*. Madame I appréhendait *« le fait d'être maman et la responsabilité derrière. Savoir qu'on va avoir un dérèglement dans notre vie quotidienne... »* mais se rassurait en se disant *« que tout le monde passe par là »* et savait pouvoir compter sur la *« présence physique et morale »* de sa mère (les femmes habitaient dans la même ville). Madame K avouait aussi une certaine peur devant son futur rôle de mère : *« C'est pas facile de se projeter dans ma vie de future maman hein ! »*. L'espérance des femmes sous-tendant leurs propos est celle de devenir une bonne mère, ou du moins

« la mère suffisamment bonne » pour leur enfant à naître, selon l'expression de Winnicott. Une étude publiée en 2013 et menée chez dix femmes ayant accouché rapportait que « l'image idéale de la mère parfaite était considérée comme une capacité qui vient naturellement à chaque femme et qui ne nécessite ni adaptation ni préparation. » (57). Mais comment devient-on mère ? A-t-on réellement besoin d'adaptation ou de préparation ? Pour la psychologue belge Goldbeter-Merinfeld, on devient mère par l'implication de son entourage proche. « La « fabrication » d'une mère est soumise à des influences diverses : celles de sa propre mère (modèle ou contre-modèle), de son père (qui juge et accompagne la mère, sa compagne, dans sa fonction parentale et conjugale), de son partenaire (futur père et donc co-parent) et enfin de l'enfant (futur et donc imaginaire, ou bien réel). » (17). Il est indéniable, selon Mokrani que le devenir mère « va dépendre de deux types de facteurs : des facteurs personnels, historiques et des facteurs actuels, comme l'enfant lui-même ou l'entourage (familial, conjugal, et social). » (4). Madame A confirmait ce concept d'apprentissage du rôle de mère par l'enfant lui-même en affirmant : « *Ça ne sert à rien de trop anticiper pleins de choses parce qu'on va faire selon [le bébé] ...On va apprendre à se connaître au fur et à mesure et puis on fera au fur et à mesure.* ». Le même discours a été retrouvé chez Madame K : « *on s'adaptera* ».

Une grossesse, diverses humeurs

Le vécu de la grossesse a été évalué comme positif par Madame B. Elle « trouvait ça rigolo ». Elle constatait qu'être au centre de l'attention était agréable. « *Les gens sont attentionnés, ils font attention à tout ! Ils sont tout contents de nous voir ! [...] Ça fait du bien quand même.* ». Madame E estimait au contraire qu'une « grossesse ça se vit seule malgré tout le monde que vous pouvez avoir autour de vous, vous êtes seule. Je vous jure, vous êtes vraiment seule. ». Elle aussi avait constaté que l'entourage manifestait des marques de présence, d'affection et de soutien, « *mais c'est un moment où vous vivez seule. Quand vous avez mal vous êtes toute seule, quand vous avez envie de vomir vous êtes toute seule, quand vous la sentez bouger, même si vous avez envie de partager votre émotion vous n'y arrivez pas parce qu'il n'y a pas de mots en fait pour décrire ça.* ». Bydlowski avait constaté que « la maternité est une expérience de solitude intérieure » (3). Une étude qualitative portant sur les croyances et espérances lors de la maternité de mères bulgares rapportait que « toutes les femmes ont décrit le type de soins maternels qu'elles avaient reçu comme un modèle devant être répété, développé ou complètement

rejeté. » (57). Ainsi donc, une référence maternelle à imiter ou à éviter est nécessaire à toute femme en phase de devenir mère. Madame E confiait en guise de conclusion de l'entretien : « *Avant les retrouvailles avec ma mère, ma grossesse je la vivais. Depuis, je l'apprécie.* ». Malgré les soucis auxquels elle était confrontée, elle s'émerveillait : « *C'est magnifique, ça reste un enfant quoi.* ». Toutes les femmes ont avoué que le vécu de leur grossesse n'avait pas été uniforme, et qu'elles étaient passées par diverses phases de moral. Madame I le résumait ainsi : « *C'est jamais constant, ça varie.* ». Elle a mentionné la fatigue, mais aussi plusieurs stades moraux : « *Il faut du temps en fait pour accepter. Au début on est très content. Après on a une période où avec la fatigue qui arrive, on n'arrive pas trop à savoir où on en est, ce qu'on fait... Et après, petit à petit, du moment où on commence à être en préparation, tout est plus clair dans la tête.* ». Madame I aussi avait, comme Madame E, relativisé les désagréments de la grossesse à la fin de l'entretien. Pour elle, « *faut regarder les choses positivement. Après on est fatiguée mais on se dit que c'est passager. Mais c'est une bonne chose quand on sait qu'on va avoir un bébé dans les bras facilement, sans passer par un traitement, on se dit que c'est quand même un cadeau.* ». Madame F relatait qu'elle avait été « *vraiment malade* » jusqu'à quatre mois, et que cette période concordait avec la fin de ses études. « *C'était très lourd et c'était assez compliqué.* ». Elle s'est ensuite sentie « *épanouie dans [sa] grossesse depuis cinq mois et demi, six mois.* », une fois qu'elle avait franchi ces étapes, mais surtout qu'elle avait accepté son corps de femme enceinte. Madame H considérait avoir « *très bien vécu* » sa grossesse, « *sans difficultés particulières* ». « *Je suis passée par beaucoup de phases* » ont été les premiers mots de Madame K pour qualifier son vécu. La première a été celle de « *la retenue* » : le couple, marqué par un antécédent de deux fausses couches, « *voulait se protéger* » en évitant de s'investir trop dans cette grossesse, de peur qu'elle aussi se solde par une fausse couche. L'échographie du premier trimestre leur a permis d'entrer dans « *la phase annonce et soulagement* » qui a été suivie par « *une petite phase de rechute et d'inquiétude* » liée au test de dépistage de la trisomie 21. A l'approche de son congé maternité, la femme « *avait hâte d'y arriver pour [se] poser, préparer la chambre et puis tout ce qui va avec.* ».

Bouleversements émotionnels et bouleversements de vie

On pouvait donc aisément conclure de tous ces témoignages que la grossesse représente un véritable chamboulement physique, moral et psychique dans la vie d'une femme, à des

niveaux variables selon la sensibilité de chacune et selon le contexte (familial, social, professionnel etc.) dans laquelle s'inscrivait cette gestation. Selon Joos de ter Beerst, « être enceinte, attendre un enfant, devenir mère, quelle que soit la manière dont une femme l'évoquera, ce passage s'accompagne d'un « bouleversement ». Au sens étymologique « bouleverser » signifie au XVII^e siècle : mettre sens dessus dessous, et au XVIII^e siècle : mettre en grand désordre par une action violente, jeter dans un grand trouble. » (1). Plusieurs femmes l'ont nommé ainsi : « *c'est complexe* », « *c'est un grand chamboulement* », « *un passage* », « *une étape* ». Etape de vie, étape pour la vie, on comprenait ici l'enjeu, vécu le plus souvent inconsciemment par la femme enceinte, auquel elle était confrontée. Il s'agit d'accepter qu'un autre évolue en elle, qu'il modifie son statut familial et social, ses relations, ses habitudes de vie... Ce concept de chamboulement a été défini par le psychiatre et psychanalyste français Racamier en 1961 et repris par Bydlowski sous le terme de « crise maturative ». Selon cette dernière : « Au même titre que l'adolescence, la grossesse est une période de conflictualité exagérée, une crise maturative. Alors qu'à l'adolescence l'enjeu est de renoncer à l'enfance pour aborder l'âge adulte, au cours de la première maternité, l'enjeu est de changer de génération, de façon flagrante et irréversible. » (8,10). Cette idée de correspondance entre adolescence et maternité liée aux chamboulements majeurs qui s'opèrent dans le corps et l'esprit de la femme a également été soulevée par une équipe de psychiatres dans une étude clinique en 2010 : « La jeune femme manifeste un état relationnel particulier, un appel à l'aide latent, ambivalent et quasi-permanent, comparable à celui observé à l'adolescence » (4). Une méta-analyse s'appuyant sur des études publiées entre 1980 et 2014 à propos de la dépression, de l'anxiété et du stress durant la grossesse fut publiée en 2015 dans la revue *Midwifery*. Les auteurs affirmaient qu'un « aspect crucial de la transition vers la maternité consistait, pour les femmes, à reconnaître et réorganiser leurs propres besoins », tant d'un point de vue physique qu'émotionnel (6). Connaître ses besoins donc (soutien affectif, réassurance, regard positif du conjoint et de l'entourage face au corps qui change...), pour mieux affronter les difficultés et les anticiper. C'est là que doivent intervenir les professionnels de santé entourant la femme enceinte pour la soutenir et l'aider face aux bouleversements émotionnels et aux bouleversements de vie dans lesquels la grossesse l'entraîne.

IV. Les autres personnes ressources pour la femme enceinte

1- L'entourage de la femme enceinte

Les femmes interrogées ont évoqué au cours de l'entretien les personnes ressources vers lesquelles elles se sont tournées durant leur grossesse. Pour beaucoup d'entre elles, la mère était un personnage phare et référent au cours de la grossesse. Qui étaient ces autres personnes ? Quels étaient leur rôle confié par ces parturientes ? Quelles différences de sujets abordés avec elles et avec la mère ?

L'entourage auprès duquel la parturiente se ressourçait

Beaucoup de ces personnes ressources étaient des amies, enceintes ou jeunes mères. Il s'agissait de « *copines qui sont passées par là avant* », « *des amies qui ont été mamans récemment* », « *d'une copine qui est déjà maman et qui m'a annoncé sa grossesse trois semaines avant* » etc. D'autres personnes ressources ont été citées comme « *mon médecin généraliste dont je suis proche qui a une spécialisation gynéco vers lequel je me tourne pour les points techniques* », « *une amie étudiante sage-femme* », « *ma sœur qui est aussi enceinte* », « *ma sœur aînée qui a déjà deux enfants* ». Madame B s'est beaucoup tournée vers « *[sa] cousine qui a eu un petit garçon récemment. C'est d'ailleurs la première personne [qu'elle a] appelée, qui a su [qu'elle] allait faire un test de grossesse et qui a su qu'il était positif.* ». Pour elle, la raison était simple : « *On n'a pas une relation très fusionnelle. Mais par contre je savais qu'elle avait de l'expérience, et en plus elle est puéricultrice.* ». La recherche de l'expérience de femmes devenues mère a donc été primordiale. Selon Madame C : « *On échange sur la grossesse, elles me prêtent des habits, elles me donnent des conseils sur comment organiser la maison...* ». Madame A évoquait les mêmes attentes : « *tout ce qui est grossesse pure* », « *le physique* ». Les conseils d'ordre technique et pratique étaient donc les principaux sujets de conversation entre ces femmes et les personnes ressources. Des conseils d'organisation, les questions sur la grossesse elle-même... « *C'est des choses sur lesquelles je vais plutôt échanger avec mes amies qu'avec ma maman.* » d'après Madame C. Les questions et angoisses sur l'accouchement ont, semble-t-il, davantage été abordés avec les personnes ressources qu'avec les mères. Madame G le confirmait : « *J'ai posé à mon amie des questions sur le travail, comment ça s'était passé, la gestion des contractions...* ». Madame A avait aussi

cloisonné ses questions, attentes et demandes entre ses amies et sa mère : « *Le physique c'est les copines, l'aspect mental c'est maman.* ». Madame K confiait qu'elle ne discutait jamais de sujets intimes (la sexualité notamment) avec sa maman, mais qu'il lui était arrivé d'en parler avec ses copines. Était-ce par pudeur vis-à-vis de leur mère que certaines femmes n'abordaient pas ces conversations avec elle ? Mesdames A et B ont mis en exergue le fait qu'elles posaient « *des barrières* » entre elles et leurs mères afin de pouvoir garder une certaine intimité de leur grossesse, et davantage la vivre avec leur conjoint. On notait le même constat chez Madame I : « *On n'ose pas demander, on n'ose pas dire « Est-ce que tu avais souvent des nausées toi aussi ? »* ». Madame J estimait que c'était plus parce que ni elle ni sa mère ne voulaient considérer l'expérience comme modèle à suivre : « *Elle m'a dit que chaque accouchement est différent, chaque femme le vit différemment et qu'il fallait justement que j'essaie d'éviter de me polluer l'esprit avec les expériences de tout le monde.* ». C'est pourquoi cette parturiente a deux amies auxquelles « *[elle] pose pas mal de questions et à qui [elle] explique tous [ses] trucs* » sans pour autant être « *dans une démarche de maxi questions* », pour ainsi vivre sa grossesse par elle-même et pour elle-même. Pour certaines questions sa mère lui avait conseillé « *d'en reparler avec le médecin ou la sage-femme.* ». La mère de Madame K, en disant que « *les façons de faire et le matériel a changé* » depuis la naissance de ses enfants, laissait ainsi la place aux femmes plus jeunes et mères récemment pour entourer sa fille. Le besoin d'intimité exprimé par certaines femmes, trouvait écho dans le besoin de se retrouver dans un environnement sain et protecteur, comme l'évoquait Mesdames B et D. La première considérait que la grossesse était l'occasion rêvée pour « *faire le tri sur un entourage qui n'était pas nécessaire pour [son] fils* ». Madame D estimait que la grossesse « *permet de replacer chacun dans ses fonctions* ». (58) Comme nous l'évoquions dans la partie sur le vécu de la grossesse, Bydlowski affirmait que « *la maternité est une expérience de solitude. L'identification à une autre femme idéalisée est nécessaire à la jeune femme qui attend l'enfant.* » (3). On a retrouvé cette idée d'une assistance nécessaire dans les propos de Madame K : « *Je pense qu'on a aussi besoin de repères, de modèles dans ses amies proches ou dans la famille pour l'accompagnement pendant la grossesse et pour après.* ».

La grossesse teintée par l'influence du père de la femme enceinte

Huit femmes ont évoqué spontanément au cours de l'entretien leur père, sa présence ou

son absence, les liens qui les liaient à lui. Mesdames A, H et K expliquaient que leur père était présent au moment de l'annonce de leur grossesse à leur mère et qu'il s'en était beaucoup réjoui. Ils avaient d'ailleurs paru « *plus émus* » que leur femme. Le père de Madame F, au contraire, « *l'a très mal pris* ». Sa fille relatait les faits ainsi : « *Il ne m'a pas du tout adressé la parole pendant un mois.* ». Madame B estimait qu'elle avait épousé un homme ressemblant moralement à son père : « *J'ai choisi exactement le même que mon père.* ». Sa mère considérait elle-aussi que son gendre lui rappelait son mari. Une explication à ces considérations pourrait être trouvée dans les propos de Goldbeter-Merinfeld qui présumait que « l'ombre ou l'influence volontaire [du père de la fille] a influé sur le choix du partenaire devenu ensuite père à son tour. » (17). Hasard, coïncidence ou destinée, l'ombre de l'histoire paternelle de Madame E a en effet retenti sur son histoire personnelle. Elle s'est séparée de son conjoint au début de la grossesse, tout comme son père avait abandonné sa mère et elle dans sa prime enfance. Répétition de l'histoire familiale d'une génération à l'autre comme nous l'avions évoqué, la mère de Madame F a été peu soutenue par son mari, tout comme il semblerait que le conjoint de Madame F s'impliquait peu dans la grossesse. La parturiente justifiait donc le comportement très intrusif de sa mère : « *Elle a vécu le fait que mon père ait pas été très présent pour sa grossesse et quand on était enfants. Et du coup elle a peur que je me retrouve toute seule comme elle, elle l'a été, et un peu démunie.* ». Madame H affirmait : « *Je me sens plus proche de mon père que de ma mère.* ». Ces évocations du père dans le discours des femmes vis-à-vis de leur mère laissaient penser, tout comme le disait Goldbeter-Merinfeld, « *qu'on ne peut évoquer de transmission mère-fille sans y intégrer le père.* » (17).

La place du futur père auprès de sa compagne

L'entourage proche de la femme enceinte était bien évidemment composé du conjoint de cette dernière et père de leur enfant à naître. Les parturientes mentionnaient leur apprentissage, parfois maladroit, de la paternité. Il semblait que la sérénité des futures mères était plus ou moins liée à son attitude. Madame A envisageait l'avenir avec confiance : « *On va s'adapter... Je ne me pose pas trop de questions. [...] Bon après j'ai un conjoint qui ne se prend pas la tête non plus donc...Pour nous c'est quelque chose qui va se faire naturellement.* ». Madame B se disait également « *très confiante* ». Et cette sérénité se reflétait dans la confiance qu'elle avait envers son conjoint quant à son futur

de rôle de père : « *Je pense que c'est aussi pour ça que ma maman s'immisce pas [dans notre vie de couple], parce qu'elle sait que [mon compagnon] c'est quelqu'un de confiance, qui va être engagé dans la paternité parce que de toute façon il n'en a pas eue, donc il va mettre les bouchées triples.* ». Mesdames J et K confiaient aussi avoir un conjoint « *très impliqué* » et Madame G était heureuse de constater que « *[son] compagnon prend son rôle très à cœur* ». Madame F se sentait quant à elle abandonnée par son conjoint, bien que physiquement présent : « *Il ne s'occupe absolument de rien entre tout ce qui est papiers administratifs, les rendez-vous médicaux... Mais c'est vrai que lui il ne s'en rend pas forcément compte, il a l'impression qu'en venant aux échos ça suffit.* ». Nous avons cherché à savoir si les femmes avaient interrogé leur mère sur la place à donner à leur conjoint et sur son rôle de père. Toutes ont répondu par la négative. Mais celles qui ont parlé de leur conjoint traduisaient un besoin profond de le voir assumer avec elles la grossesse, leur enfant et la modification de la dyade de leur couple en triade familiale. Or évoquer avec une parturiente le futur père, lui laisser de l'espace et l'aider à acquérir sa paternité semblent être au cœur d'un nouvel intérêt des professionnels de santé pour le père, trop souvent éclipsé de la grossesse. Un article paru en 2017 dans la revue *Contraste* le constatait ainsi : « Leur rôle de soutien auprès de leur compagne à chaque étape est de plus en plus reconnu. Les soins en développement consacrent en principe la notion de « parents » et plus seulement de mères et du fameux lien mère-bébé. » (59). Reconnaître au conjoint son rôle de père, c'est lui confirmer le statut de tiers qu'il se doit de tenir : tiers séparant sa compagne de sa mère, puis tiers séparant sa compagne et son enfant d'une relation trop fusionnelle, néfaste pour l'un comme pour l'autre, séparation qui mettra donc fin à « la propension naturelle à l'inceste » de la mère selon les termes de Naouri (60).

Une femme enceinte partagée entre sa mère et son conjoint

On pouvait supposer une certaine conflictualité entre la mère et le conjoint auprès de la femme enceinte, ou du moins un certain tiraillement de cette dernière entre eux. Cela a pu se vérifier lors de la question aux femmes sur la présence de leur mère ou de leur conjoint à leurs côtés lors des échographies et des consultations mensuelles de grossesse. Pour quelques femmes, il était impossible que leur mère vienne avec elle pour des raisons d'éloignement géographique et d'emplois du temps. Néanmoins, les femmes ont fait abstraction de ce détail et ont répondu sincèrement. Madame A disait que sa mère ne

l'avait jamais accompagnée dans ses rendez-vous médicaux de la grossesse. Cette dernière était simplement informée des dates de rendez-vous et prenait des nouvelles à leur issue: « *C'est plus quelque chose que je vis plutôt avec mon conjoint qu'avec ma maman.* ». Même constat chez Madame C qui expliquait que sa mère « *sait très bien que c'est pas son rôle d'être là à ce moment-là* » et qu'elle-même ne souhaitait pas être en présence de sa mère, que ce soit lors des consultations, des échographies ou de l'accouchement. La mère de Madame B non plus n'a jamais accompagnée sa fille lors de ces rendez-vous. Néanmoins, elle lui a déjà soumis l'idée : « *Elle m'a déjà proposé mais c'est absolument pas quelqu'un qui s'impose. [...] Elle trouve ça très bien que j'ai pris les rendez-vous pour que mon conjoint puisse venir. Jamais elle ne se serait imposée dans une consultation gynécologique, ou alors dans une échographie, sauf si j'étais malade etc. auquel cas elle aurait fait la démarche de venir. Par contre si je ne lui demande pas, elle ne s'imposera pas toute seule.* ». Madame J confiait que sa mère l'aurait accompagnée s'il le fallait, mais en dernier recours : « *Je lui envoie les photos de mes échographies, je lui envoie tout ça bien sûr mais pour moi, c'est plus la place de mon conjoint que la sienne. [...] Je pense qu'elle accepterait, mais uniquement après que j'ai dit que mon conjoint n'était vraiment pas dispo.* ». Madame H non plus n'était « *pas sûre* » d'avoir aimé que sa mère l'accompagne, elle préférerait se rendre aux rendez-vous « *seule ou avec [son] mari.* ». Madame K jugeait que c'était « *une histoire de couple* » et que sa maman n'avait donc pas à être présente. Bien que mère célibataire, Madame E « *n'aurait pas voulu que [sa mère] vienne tout le temps* ». Elle avait besoin d'éprouver la solitude, de vivre les choses uniquement avec sa fille pour accéder à la maternité : « *Je pense qu'il faut quand même garder en tête que, même si une mère c'est important, c'est moi qui vais devenir mère, c'est pas elle. Elle, elle l'est déjà, elle va juste devenir grand-mère. Mais je pense que j'aurais pas voulu qu'elle vienne à toutes [les consultations] parce que moi ça m'a permis concrètement de prendre de l'indépendance par rapport à ma grossesse. Moi je sais que je suis prête à être mère.* ». Ces sept femmes semblaient donc maintenir une certaine distance entre leur mère et elle et vouloir davantage partager ces moments avec leur conjoint. Madame I était moins catégorique : sa mère ne lui avait jamais proposé de l'accompagner, bien que sa fille pensait « *qu'elle aimerait bien* ». Si l'occasion se présentait, elle accepterait volontiers la présence de sa mère. En revanche, Madame F semblait de ne pas réussir à maintenir des barrières entre sa mère et elle : « *A partir du moment où elle sait que mon conjoint n'est pas là c'est « Je peux venir ? ».* ». Elle rapportait : « *J'ai eu l'annonce du sexe avec ma mère, ma belle-mère... J'aurais bien*

aimé que ça se fasse à deux. ». On notait donc ici une certaine dépossession de la grossesse par la grand-mère et aucune appropriation de la part du conjoint : *« Ma grossesse je l'ai plus vécue avec ma mère que je l'ai vécue en couple. [...] Elle mange ce qu'il lui laisse au final... C'est plus lui qui prend pas sa place et du coup elle grignote dessus. ».* Ce futur père presque absent dans la grossesse avait-il saisi tout l'enjeu que représente celle-ci dans la construction d'une vie de famille ? Les professionnels de santé ont-ils fait ce qu'il fallait pour l'y inclure et le guider dans l'acquisition de sa paternité ? On pourrait conclure de ces cas exposés que la place de la grand-mère au fil de la grossesse est fonction de celle que prend le futur père. L'attitude de distance du conjoint de Madame F confirmait ce que Houbre affirmait : *« Dès qu'il s'agit d'enfant, même encore à venir, les compétences de la femme l'emportent d'évidence et le mari peut s'y soumettre sans abdiquer aucunement son autorité. »* (31). Par la grossesse, la mère reprendrait-elle davantage d'influence sur sa fille que ce que le conjoint avait depuis le début de leur relation de couple ? Madame G était quant à elle assez tiraillée : *« Ma mère m'avait dit une fois que s'il n'y avait pas mon conjoint pour l'accouchement, elle n'aurait pas hésité deux secondes pour venir à sa place... Donc après je sais que si ma mère était là ce serait vraiment très rassurant pour moi, voilà c'est ma maman, on est très proches. Mais après je souhaite aussi que mon conjoint ait sa place à part entière pour l'accouchement, c'est normal c'est le futur papa. ».* Elle admettait finalement une préférence : *« Je préfère partager ça avec mon conjoint, même si par la suite, je l'appelle pour la tenir au courant. ».* Il apparaissait donc ici que la place de la mère auprès de sa fille est fonction de celle du futur père aux côtés de cette dernière.

Une adversité avec la belle-mère ravivée par la grossesse

Cinq femmes ont spontanément évoqué leur belle-mère au cours de l'entretien. En parlant des différences de générations entre sa mère et elle d'un point de vue matériel, Madame A avouait : *« Le pire c'est la belle-mère... Elle a une vision encore plus lointaine de ce qui se fait maintenant. ».* Madame B a aussi comparé sa mère et sa belle-mère d'un point de vue de la présence et du soutien : *« Avec ma mère c'est le juste équilibre, c'est ce qu'il fallait. Je peux comparer à la maman de mon conjoint qui est assez détachée, qui n'a pas forcément dit à quoi elle voulait participer, qui s'intéresse pas forcément au prénom alors que ma mère me harcèle pour connaître le prénom ! Je trouve qu'il y a une différence et moi j'aurais pas aimé cette relation-là, je me serais sentie un peu abandonnée... ».*

Madame F a tenté la même comparaison : « *[Ma mère] elle est hyper, hyper présente, elle s'investit presque trop dedans. Et je vois entre ma belle-mère qui ne s'investit pas du tout, qui n'en a rien à cirer et l'autre qui s'investit beaucoup trop...* ». Houbre rapportait dans son livre Histoire des mères et filles les pensées de l'écrivain Legouvé : « La naissance du premier enfant consacre donc la figure valorisée de la grand-mère, qui masque avec beaucoup d'à-propos celle, chahutée, de la belle-mère. Elle agit de surcroît comme un véritable régénérateur de la relation mère-fille, après un relatif éloignement imputable aux débuts de la vie conjugale. » (31). Madame K de son côté avouait : « *D'un point de vue géographique, ma mère est moins loin que ma belle-mère, donc je pense la première nuit où bébé ne sera pas avec nous, il sera chez mes parents. Et ça me rassurera d'autant plus que ce soit chez ma maman que chez ma belle-mère, même si je m'entends très bien avec elle !* ». Ces propos faisaient écho à ceux de Bydlowski lorsqu'elle estimait que « la seule à laquelle la jeune accouchée puisse imaginer confier l'enfant si elle venait à défaillir est sa propre mère idéalisée. »(3). La pédiatre et psychanalyste française Françoise Dolto s'étonnait « de voir combien les femmes ne veulent pas confier leurs enfants à leur belle-mère[...]. Les femmes veulent bien confier l'enfant à leur propre mère pour se dégager d'elle, mais elles ne veulent pas le confier à leur belle-mère parce que, dans le fond de leur cœur, ce n'est pas un enfant qu'elles ont eu de leur mari, c'est un enfant qui leur appartient à elles, c'est-à-dire qu'il appartient à la lignée maternelle. » (44). Pour Eliacheff et Heinich, « la grand-mère maternelle semble donc choisie par la mère plus volontiers que la grand-mère paternelle au titre de mère de substitution. » (14). Madame D entretenait une certaine rancœur vis-à-vis de sa belle-mère « *parce qu'une fois elle m'a sorti : « Oui tu sais je te considère comme ma fille.»* ». Paroles difficiles à encaisser pour une femme qui a été doublement abandonnée par sa mère biologique puis par sa mère adoptive. « *Ma belle-mère me stresse. [...] Cette belle-mère, elle, je n'en n'ai pas besoin de ses conseils qu'elle me donne pour me rabaisser ou pour me presser.* ».

2- La sage-femme et les professionnels de santé : leur rôle attendu par la parturiente

Les attentes vis-à-vis de sages-femmes suivant la grossesse

Six parturientes ont parlé des sages-femmes suivant leur grossesse. Nous avons cherché à connaître leurs attentes, leurs demandes vis-à-vis de ces professionnelles de santé.

Madame E estimait que sa sage-femme échographiste « a joué un énorme rôle », tant par son soutien que par sa présence discrète et respectueuse. En racontant ses échographies, elle a confié : « Elle a cette délicatesse qui est propre à la sage-femme de s'effacer et donc c'est un moment où c'est moi et ma fille. ». Madame F jugeait sa sage-femme ainsi : « Elle est très disponible, donc quand on avait des questions, peu importe le cours que c'était, elle y répondait, donc c'était assez bien par contre, ça rassurait. ». Madame H a défini ses attentes ainsi : « C'est vraiment l'inconnu en soi, du coup un bon ordre d'idées, que ce soit sur les soins du bébé, sur l'accouchement en tant que tel etc. et pas mal de conseils pour vivre les choses sereinement. ». Ce besoin d'informations claires était également partagé par Mesdames I et J. Selon la première: « Qu'elle m'explique un peu l'état dans lequel je suis en fait. Et puis le régime alimentaire, l'hygiène de vie... ». Pour la seconde : « Qu'elle réponde forcément à mes questions, de pouvoir aborder tout le côté technique et tout ce qui est sexualité après la grossesse et ci et ça. Voilà d'avoir vraiment un suivi. ». Or, pour la sociologue Béatrice Jacques, « plus la femme peut appréhender rationnellement l'événement biologique moins elle a peur, moins elle est angoissée. Plus la femme connaît le fonctionnement de son corps, mieux elle va accoucher. » (46). Ainsi donc, la parturiente rechercherait l'assurance qu'elle a en elle les clés pour devenir mère. La principale demande de Madame K vis-à-vis des sages-femmes était d'être rassurée. « On se fait une idée en fait, à la fois de la grossesse et de l'après avec le retour de bébé à la maison, dans les gestes... Après mon accouchement, j'espère qu'il y en a une qui pourra venir pour m'observer et voir si du point de vue matériel ou aménagement c'est secure pour l'enfant et puis voilà, si on fait les bons gestes... Même par rapport au rythme de l'enfant, si on répond bien à ses besoins. ».

Bien que prenant des conseils et avis auprès de leur mères, ces femmes souhaitaient vraiment garder comme référence technique la sage-femme les accompagnant et non leur mère. Madame E a exprimé cette envie ainsi : « Chacun sa place. Ma mère c'est pas une sage-femme non plus. Pour moi elle a son expérience, elle a son instinct de mère, elle me connaît par cœur aussi donc elle sait comment je vais réagir et à quoi je vais avoir peur etc. Mais c'est pas une sage-femme non plus donc pour moi la professionnelle reste la professionnelle. Il y a des choses pour lesquelles je ne vais pas laisser faire ma mère. ». Madame F s'attachait elle aussi à ne considérer que les propos des sages-femmes quant à ses questions techniques : « Je pense que c'est toujours mon côté pragmatique qui prend le dessus et les conseils de comment, elle, [ma mère], elle l'a vécu, c'est peut-être pas forcément la même chose et je préfère avoir le point de vue technique et le recul que peut

avoir la sage-femme qui sera vraiment quelque chose de général et de technique ou adapté à ma situation plutôt qu'avoir « moi mon histoire c'est celle-ci, moi mon histoire c'est celle-là. ». ». Madame J confiait quant à elle : « Je préfère me focaliser sur ce que disent les professionnels de santé, je pense qu'ils se contentent du nécessaire. ». On sentait ici comment les femmes ont su scinder leurs attentes en les attribuant aux personnes qui seraient à même de mieux les satisfaire. Madame F ressentait la même vision des choses sur la différence de place et de rôle entre mère et sage-femme : « Au cabinet de sages-femmes ça permet de poser des questions plus poussées et d'avoir différentes réponses, différentes méthodes. Elles connaissent mieux le sujet quoi, même si ma mère a eu 3 enfants, elle connaît pas tout, c'est pas son métier. ».

L'éducation pour la santé en périnatalité est « un processus centré sur les femmes visant à augmenter leur autonomie et à faciliter l'acquisition ou le maintien des compétences dont elles ont besoin pour gérer et s'adapter aux changements inhérents à la maternité », instauré et soutenu par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le cadre du Plan Périnatalité 2005-2007 (45,47). La HAS a travaillé à l'élaboration des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Ces dernières ont été évoquées par certaines femmes. Madame J reconnaissait que ces séances donnaient des réponses à ses « questions techniques » et l'avaient bien aidée : « Il y a eu la partie "avant", avant ces premiers rendez-vous, où on a l'impression d'être un peu toute seule, et on ne sait pas quoi faire, quelles sont les différentes étapes que ce soit administratives ou matérielles ou simplement physiques... Qu'est-ce que l'on doit faire, dans quel ordre ? ». Selon Béatrice Jacques, « il s'agit moins de préparer à l'accouchement, mais de suivre les femmes dans leur transformation, de leur permettre de pouvoir poser plus facilement des questions, de leur offrir un soutien psycho-affectif. » (46). Madame J a expliqué que sa mère l'avait poussée à suivre les cours pour justement pallier à ces demandes : « Ma mère m'avait encouragé à le faire en me disant que ça c'était bien, qu'il fallait le faire. Tout ce qui est accouchement, travail, etc. est bien expliqué. ». Madame G en était également satisfaite : « C'est vraiment un accompagnement pendant la grossesse, et même aussi du coup après, pour vraiment répondre aux questions, être présent. ». Madame I n'a pas suivi ces séances (elle n'en a pas donné la raison). Et cette carence se faisait sentir : « Je trouve qu'on n'est pas trop informée sur l'accouchement, sur comment ça se passe etc. Je sais qu'il y a des séances pour se préparer à l'accouchement mais par exemple on n'a jamais évoqué les accouchements qui peuvent se passer un peu plus tôt. On n'a pas d'informations sur si je perds mes eaux, est-ce que j'attends, est-ce que j'attends pas ? ».

Une étude suédoise de 2005 indiquait l'importance du rôle qu'ont les sages-femmes : « être dans une attitude de soutien, sympathique, attentive, respectueuse, sans jugement. Cette attitude serait extrêmement importante et bénéfique pour les femmes, tant pour le vécu de leur grossesse que pour le bon déroulement de celle-ci. » (61). Une étude japonaise publiée en 2011 dans la revue *Midwifery* confirmait la satisfaction des femmes ayant accouché dans des centres ayant à cœur le confort et le soin des femmes (littéralement Women-Centred Care (WCC)) et qui avaient été suivies et soutenues de près par des sages-femmes (62). Enfin, une étude néerlandaise publiée en 2009 dans cette même revue, concluait sur ces attentes des femmes vis-à-vis des sages-femmes : « Les femmes voulaient prendre la responsabilité de leur propre bien-être au cours de la grossesse. En plus d'un soutien informel, elles exprimaient explicitement un besoin de soutien de la part des sages-femmes lors de la transition vers la maternité qu'elles sont en train de vivre. Elles voulaient pouvoir compter sur des renseignements venant de leur sage-femme concernant les changements psychologiques et physiques qu'une grossesse provoque. Elles ont exprimé un fort désir d'être informées durant la grossesse sur comment se préparer physiquement et psychologiquement pour la naissance, le rétablissement après l'accouchement et la maternité qu'elle allaient exercer. »(50).

Le façonnage familial et domestique confronté aux recommandations professionnelles

Nous avons cherché à savoir si les parturientes interrogées avaient eu l'occasion de poser les mêmes questions à leur maman et à une sage-femme et avaient alors été tiraillées entre les avis de leur mère et les recommandations des professionnels de la santé. Madame F reconnaissait : « *Sur ce qu'il faut manger, je suis pas très, très sage en fait... Parce que je suis immunisée contre la toxo, mon père est boucher donc je sais d'où vient la viande. J'ai mangé de la charcuterie, j'ai mangé du fromage ; on sait [ma mère et moi] ce qu'il faut, ce qu'il faut pas mais voilà... Je ferais peut-être même plus attention qu'elle.* ». Madame G avait noté une discordance entre les propos de sa mère et le discours médical sur la prévention de la mort subite du nourrisson : « *Les trucs où les sages-femmes parlent du fait que dans le berceau il ne faut pas de peluches autour pour éviter que le bébé s'étouffe et tout ça et peut être ma Maman qui serait moins ric-rac sur tout ça...* » mais la parturiente n'avait, par ailleurs, relevé aucune opposition dans les conseils donnés par sa mère et ceux notés par sa sage-femme. La seule différence entre les deux discours que

Madame I ait noté portait sur les brûlures d'estomac : « *Ma mère m'a dit de manger des yaourts et ma sage-femme m'a dit qu'il ne fallait surtout pas parce qu'au bout d'un certain temps ça fermentait dans l'estomac, ça donnait plus d'acidité et ça brûlait davantage.* ». Madame J a évité ce genre de situation car, lorsque sa mère ne savait pas répondre à une de ses questions, elle lui conseillait d'en reparler avec des professionnels. Madame K avait n'avait pas constaté de différences majeures : « *Même si elle nous a eus il y a 30 ans, que le biberon on n'est plus obligés de le stériliser ni de le chauffer, autour d'elle, il y a eu des bébés dernièrement donc elle est assez au courant de l'actualité « bébés », « grossesse » etc. Donc c'était assez concordant.* ». Ainsi, le façonnage familial et domestique n'est, semble-t-il, pas –ou peu - entré en conflit avec les préconisations professionnelles. Nous n'avons donc pas retrouvé au fil de ces entretiens cette confrontation qu'avait notamment décrite Séverine Gojard (25). Madame F appréhendait le rôle futur de sa sage-femme ainsi : « *Je ne sais pas trop comment ça va être après, je pense qu'on a envie d'être tranquille une fois qu'on a accouché, chez soi, mais à des moments on doit être démunie donc pouvoir peut-être faire plus le lien avec une sage-femme qu'avec un membre de la famille... ça peut être plus avantageux d'avoir la sage-femme à ce moment-là.* ». On notait donc ici la séparation des rôles qu'ont su mettre en œuvre les parturientes. L'une d'elles confiait : « *Les sages-femmes connaissent mieux le sujet quoi. Même si ma mère a eu des enfants, elle connaît pas, c'est pas son métier.* » et avait donc clairement distingué sa famille des professionnels de santé, leur place et leur mission. C'est la raison pour laquelle certaines parturientes n'ont volontairement pas posé certaines questions à leur mère, sachant que cette dernière ne serait pas en mesure d'y répondre. Madame I l'exprimait ainsi : « *Je préfère pas tout demander, je préfère demander certaines choses où je sais que je vais avoir une bonne réponse.* ».

Le besoin d'informations provenant de sources multiples

Une notion apparue au cours des entretiens est le besoin qu'ont les femmes de s'informer sur la grossesse par le biais de plusieurs sources d'informations : Internet, les forums, les vidéos sur You Tube, les magazines... Plusieurs parturientes les ont parcourus pour y trouver explications, conseils, avis et témoignages sur la grossesse. Madame G rapportait : « *Je me renseigne toujours sur différentes sources, sur différents documents, vraiment en multipliant les sources. Ça me donne plus d'assurance et puis même, c'est*

toujours mieux d'avoir beaucoup d'informations. Ça permet de se créer notre propre opinion, nos propres idées, de pas faire un copié-collé des idées des autres. ». Madame J au contraire, ne souhaitait pas multiplier les sources d'informations : *« Je préfère éviter et me focaliser sur ce que disent les professionnels de santé, je pense qu'ils se contentent du nécessaire. Si quelqu'un vous raconte, vous aurez toujours son interprétation, son vécu et je préfère un peu m'épargner ça ... Et quand vous êtes enceinte, tout le monde a des conseils à vous donner ! Et pas forcément des trucs biens ! ».* Décrire, analyser et comprendre cette recherche ou cet évitement d'informations multiples par les parturientes pourrait faire l'objet d'un travail de recherche.

V. Points forts et points faibles de l'étude

Les forces de cette étude résident en son caractère novateur : aucune étude recueillant des témoignages de femmes enceintes sur leur relation avec leur mère n'a été retrouvée. Les femmes ayant accepté de participer à cette étude avaient un profil d'interactions avec leur mère très variable. Des histoires de vie riches et différentes ont apporté de la richesse et de la diversité dans les entretiens. Les propos recueillis ont permis de récolter divers points de vue sur le sujet. Certains avaient été retrouvés dans la littérature, d'autres non. Ces nouveaux aspects découverts sur les interactions mère-fille ouvrent la porte à de nouvelles études.

Les points faibles relevés au cours de cette étude sont, en premier lieu, la difficulté de recrutement des parturientes. Il aura fallu cinq mois au chercheur principal et de nombreuses visites au sein du cabinet de sages-femmes lié à l'étude pour recruter une dizaine de femmes. Les entretiens par téléphone ont duré moins longtemps que ceux établis en face-à-face et ont paru moins riche dans leur contenu, les femmes ayant sans doute plus de mal à se livrer sans voir leur interlocuteur. Le chercheur principal a cherché à connaître des exemples précis de sujets abordés entre mère et fille. Finalement peu ont été évoqués par les parturientes. L'échantillon a été recruté au sein d'un cabinet libéral. Les femmes de toutes les catégories socio-professionnelles n'y sont pas forcément représentées. De plus, les références bibliographiques sont, pour beaucoup, datées d'il y a plus de dix ans ; peu d'études récentes sur le sujet ayant été trouvées.

Projet d'action

Les rapports mère-fille sont primordiaux pour les femmes enceintes car ces dernières ne peuvent séparer leur grossesse de leur ascendance, mais sont peu abordés par les professionnels de santé accompagnant la grossesse.

Nous proposons donc aux sages-femmes réalisant des entretiens prénatals précoces et à celles animant des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) d'évoquer avec les patientes leurs relations avec leur mère.

Un bouleversement psychique envahit, consciemment ou non, une femme enceinte. L'aider à mettre des mots sur ce qu'elle vit peut faciliter et améliorer le vécu de sa grossesse. Ainsi donc, parler avec la parturiente de sa mère si elle le souhaite, de leurs interactions, évoquer le possible tiraillement entre les apports familiaux et les injonctions professionnelles pourrait lui permettre de vivre plus sereinement sa grossesse.

Il nous paraît également important de sensibiliser les sages-femmes au poids que représentent les interactions mère-fille dans le vécu d'une grossesse et de comprendre donc combien l'absence d'une mère peut être douloureuse pour des femmes orphelines, abandonnées, ou n'ayant plus de contacts avec leur mère. Ainsi donc, les sages-femmes pourraient mener ces femmes à évoquer le sujet de leur mère si elles le souhaitent, leur faire poser des mots sur ce qu'elles ressentent, sur la façon dont elles envisagent leur avenir de mère sans présence maternelle à leurs côtés, les aider à puiser des forces en elle-même et dans leur entourage (éventuellement auprès d'une personne ressource définie). Une attention particulière des professionnels de santé semble primordiale pour entourer ces femmes et les accompagner dans leur transition vers la maternité.

Concrètement, un focus sur les relations mère-fille au cours de la grossesse peut être fait par les sages-femmes lors des entretiens prénatals précoces et lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Cet aspect important du vécu de la grossesse devrait être également évoqué lors de la formation au sein de l'école de sages-femmes.

Conclusion

La grossesse est une période de changements dans la vie d'une femme, l'amenant à endosser le rôle de mère et forçant ainsi sa propre mère à devenir grand-mère. Les onze entretiens de cette étude ont confirmé que la grossesse entraînait des bouleversements générationnel et émotionnels, vécus plus ou moins intensément selon les femmes, et que cette étape de vie ne pouvait être isolée des relations entretenues avec leur mère.

L'expérience maternelle dans le domaine de la gestation et de la puériculture a été évoquée par toutes les parturientes, certaines voulant s'y référer, d'autres s'en détacher. Leur mère a donc été pour les femmes un modèle dont elles ont cherché à copier un ou plusieurs aspects, ou à l'inverse, un contre-modèle à ne pas reproduire pour d'autres points. La plupart des femmes ont constaté un rapprochement des liens avec leur mère, certaines ont parlé d'apaisement de leurs relations. Les principaux sujets abordés ont été les changements physiques de la grossesse et le maintien en forme de la femme, l'alimentation de la parturiente et celle du nourrisson, des objets de puériculture, l'organisation progressive d'une vie avec un enfant. L'attitude et la présence de la mère aux côtés de sa fille enceinte ont été décrites comme bénéfiques par la majorité des femmes grâce à sa présence et à sa réassurance. L'une des parturientes s'était davantage sentie étouffée et dépossédée de sa grossesse par sa mère hyper présente pour elle. Le changement de statut de la femme enceinte, celui de sa mère et les modifications dans la relation qu'apportait cette modification générationnelle ont été mentionnés par bon nombre d'entre elles, apparaissant ainsi comme une étape obligatoire dans leur transition vers la maternité.

Comme retrouvé dans la littérature, les femmes se sont par ailleurs rapprochées d'autres femmes de leur entourage, futures ou jeunes mères, pour trouver auprès d'elles des réponses concrètes à leurs questions et angoisses sur la grossesse et la maternité. Certaines mères ont ajusté leur attitude auprès de leur fille pour lui laisser la liberté de devenir mère à sa façon. Bien que les avis et l'expérience de la mère aient été appréciés, les femmes enceintes interrogées ont fait ressentir leur besoin d'être informées par des professionnels de santé et d'être soutenues et conseillées tout au long de la grossesse par des sages-femmes, pour suivre ainsi au plus près les recommandations professionnelles. Ce besoin

d'information portait notamment sur l'aspect technique de la grossesse et de l'accouchement, et sur la sexualité. Peu d'oppositions entre le façonnage domestique et ces préconisations ont été relevées au cours des entretiens. Les transmissions et apports familiaux, ceux des professionnels de santé, des sages-femmes notamment, semblaient aider efficacement les femmes à devenir mère en les éduquant, les conseillant, les écoutant et en cherchant surtout à leur donner confiance en elles-mêmes et en leurs capacités d'être une mère suffisamment bonne.

L'étude portait sur les interactions entre une future primipare et sa mère. Qu'en est-il chez une future deuxième pare ? Il serait dès lors intéressant de mener une étude sur ce sujet. La femme déjà mère a-t-elle les mêmes relations avec sa mère que lors de sa première grossesse ? Son statut de mère lui suffit-il pour vivre une nouvelle grossesse ou ressent-elle encore le besoin de s'identifier à sa mère ?

Références bibliographiques

1. Joos de Ter Beerst A. De l'entre-deux mères quelle femme adviendra? Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 2003;30(1):86.
2. Darchis E. Les premières relations: un travail d'ajustement réciproque. J Psychol. juin 1992;98(1):70.
3. Frydman R, Szejer M, Nobécourt M, Association « La cause des bébés », éditeurs. La naissance: histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui. Paris: Albin Michel; 2010. 1401 p. (La cause des bébés).
4. Mokrani M, Ducroix C, Vacheron M-N. Travail psychique durant la grossesse, étude au travers d'un cas de psychose du post-partum. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. mars 2012;60(2):131-7.
5. International Confederation of Midwives. Définition de la pratique sage-femme [Internet]. 2017[cité 25 janvier 2018]. Disponible sur: <http://internationalmidwives.org/global/francais/d%C3%A9finition-internationale-de-la-sage-femme-icm.html>
6. Staneva AA, Bogossian F, Wittkowski A. The experience of psychological distress, depression, and anxiety during pregnancy: A meta-synthesis of qualitative research. Midwifery. juin 2015;31(6):563-73.
7. Bydlowski M. La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité. Presses Universitaires de France; 2008. 166 p.
8. Bydlowski M. Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. Devenir. 2001;13(2):41.
9. Ferry N. Devenir mère, une formidable rencontre. Spirale. 2008;47(3):157.
10. Racamier P-C, Sens C, Carretier L. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. L'évolution Psychiatr. 1961;26(4):525-57.
11. Tourné L. La singularité de la maternalité éclairée par des scénarios transgénérationnels. Psychol Clin Proj. 2013;19(1):269.
12. Rosenblum O. Désir d'enfant: une folle passion? Gynécologie Obstétrique Fertil. oct 2007;35(10):1060-3.
13. Soulé M. Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée. Paris: Ed. ESF; 1978. 178 p. (Les milieux éducatifs de l'enfant).
14. Eliacheff C, Heinich N. Mères-filles: une relation à trois. Paris: A. Michel; 2002. 419 p.
15. Benhaïm M, Rassial J-J. L'ambivalence de la mère. Toulouse: Erès; 2011.
16. Groddeck G, Jumel L, Lewinter R, Durrell L. Le Livre du ça. Paris: Gallimard; 2006.
17. Goldbeter-Merinfeld É. Mère et fille : la répétition et la surprise. Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 2003;30(1):58.

18. Verdier Y. Façons de dire, façons de faire: la laveuse, la couturière, la cuisinière. Paris: Gallimard; 2000.
19. Meynckens-Fourez M. Mère et fille : du top au flop. Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 2003;30(1):8.
20. Widad L. Le matricide féminin. J Psychol. 2009;266(3):67.
21. Guyomard D. L'effet-mère: l'entre mère et fille, du lien à la relation. Paris: Presses universitaires de France; 2009. 210 p. (Petite bibliothèque de psychanalyse).
22. Manceron V, Lelong B, Smoreda Z. La naissance du premier enfant. Hiérarchisation des relations sociales et modes de communication. Réseaux. (115):92-120.
23. Naouri A. Le devenir mère de la fille. Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 2003;30(1):74.
24. Lani M. La portée complexe des interactions précoces. J Psychol. juin 1992;98(1):70.
25. Gojard S. Le métier de mère. Paris: La Dispute; 2010.
26. Monjaret A. De l'épingle à l'aiguille: L'éducation des jeunes filles au fil des contes. Homme. 1 mars 2005;(173):119-47.
27. OMS. Allaitement maternel [Internet]. 2014 [cité 6 nov 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition/breastfeeding/fr/
28. Didierjean-Jouveau C-S. L'allaitement est-il compatible avec le féminisme? Spirale. 2003;27(3):139.
29. Winnicott DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 2008.
30. Winnicott DW, Kalamonovitch J, Michelin M, Rosaz L, Harrus-Révidi G. La mère suffisamment bonne. Paris: Payot & Rivage; 2007.
31. Houbre G. Histoire des mères et filles. Paris: Martinière; 2006. 223 p.
32. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007 [cité 14 juin 2017]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002869.pub2>
33. Camus J, Oria N. Avoir un premier enfant : un rite d'institution. Rech Fam. 2012;9(1):49.
34. Camus J, Oria N. Apprendre à être parent à la maternité : transmission et concurrence des savoirs. Rev Fr Pédagogie. 15 sept 2011;(176):73-82.

35. Gojard S. L'alimentation dans la prime enfance: Diffusion et réception des normes de puériculture. *Rev Fr Sociol.* juill 2000;41(3):475.
36. Jenkinson B, Kruske S, Kildea S. The experiences of women, midwives and obstetricians when women decline recommended maternity care: A feminist thematic analysis. *Midwifery.* sept 2017;52:1-10.
37. Carles G. Grossesse, accouchement et cultures: approche transculturelle de l'obstétrique. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* avr 2014;43(4):275-80.
38. Charrier P, Clavandier G. *Sociologie de la naissance.* Paris: A. Colin; 2013.
39. Lacaze G. Les techniques du corps chez les Mongols : une application de la notion maussienne. *Tech Cult Rev Semest D'anthropologie Tech.* 1 avr 2004;(42):111-30.
40. Institut de veille sanitaire (France). *Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans: enquête nationale 2007-2009.* Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011.
41. Staneva A, Wittkowski A. Exploring beliefs and expectations about motherhood in Bulgarian mothers: A qualitative study. *Midwifery.* mars 2013;29(3):260-7.
42. Goldbeter-Merinfeld E. Le deuil impossible: Famille et tiers pesants. *Thérapie Fam.* 2003;24(1):103.
43. Naouri A. *Les filles et leurs mères.* Paris: O. Jacob; 2000.
44. Dolto F. L'instinct maternel. *Le Féminin.* 1960;125.
45. Haute Autorité de Santé. *Préparation à la naissance et à la parentalité - Recommandations pour la pratique clinique.* 2005.
46. Jacques B. Les cours de préparation à la naissance comme espace de ségrégation sexuelle. *Inf Géographique.* 2012;76(2):108.
47. Bernard M-R, Eymard C. L'éducation pour la santé en périnatalité : enquête auprès des sages-femmes françaises. *Santé Publique.* 2014;26(5):591.
48. Prinds C, Hvidt NC, Mogensen O, Buus N. Making existential meaning in transition to motherhood—A scoping review. *Midwifery.* juin 2014;30(6):733-41.
49. Barimani M, Forslund Frykedal K, Rosander M, Berlin A. Childbirth and parenting preparation in antenatal classes. *Midwifery.* févr 2018;57:1-7.
50. Seefat-van Teeffelen A, Nieuwenhuijze M, Korstjens I. Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study. *Midwifery.* févr 2011;27(1):e122-7.
51. Australia, Department of Health and Ageing, Australian Health Ministers' Advisory Council. *Clinical practice guidelines: antenatal care - module 1* [Internet]. Canberra: Department of Health & Ageing; 2012 [cité 5 févr 2018]. Disponible

sur: <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/clinical-practice-guidelines-ac-mod1>

52. Segers-Laurent A. Quand amour et haine se rejoignent.: Réflexions autour de quelques exemples cliniques. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux*. 2003;30(1):24.
53. Bydlowski M. Les enfants du désir: destins de la fertilité. Paris: Jacob; 2008. 203p.
54. Fine A, Klapisch-Zuber C. Le nom des femmes. 2017.
55. Winnicott DW, Monod C. Jeu et réalité: l'espace potentiel. Paris: Gallimard; 1999.
56. Levy A, Moro MR. Vécus de grossesse et de périnatalité de femmes ayant été adoptées. *Psychiatr Infant*. 2017;60(1):25.
57. Staneva A. Exploring beliefs and expectations about motherhood in Bulgarian mothers: A qualitative study. *mars 2013*;29(3):260-7.
58. Darchis E. Aux sources de l'intimité. *Divan Fam*. 2003;11(2):87.
59. Molénat F, Toubin R-M, Panagiotou D. Grossesse et prévention. *Contraste*. 2017;46(2):269.
60. Héritier F. De l'inceste. Paris: O. Jacob; 1996.
61. Hildingsson I, Radestad I. Swedish women's satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *J Adv Nurs*. nov 2005;52(3):239-49.
62. Iida M, Horiuchi S, Porter SE. The relationship between women-centred care and women's birth experiences: A comparison between birth centres, clinics, and hospitals in Japan. *Midwifery*. août 2012;28(4):458-65.

Annexes

Annexe I : Lettre d'information de l'étude et de recrutement

X, le 24 mai 2017

Investigateurs :

- X, étudiante sage-femme à X.

- sous la direction de X, docteur en anthropologie sociale et culturelle et la co-direction de X, psychologue.

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à nous contacter par mail : X et X

Madame,

Etudiante en quatrième année à l'école de sages-femmes de X, je réalise mon mémoire de fin d'études sur les échanges mère-fille et le vécu de la grossesse.

Pour ce faire, je souhaite rencontrer des femmes enceintes de leur premier enfant et les interroger sur leurs interactions avec leur mère au cours de leur grossesse.

Ces entretiens individuels, d'une durée maximale de 45 minutes, pourront avoir lieu au cabinet de sages-femmes X (adresse) voire par téléphone ou Skype, d'ici la fin de votre grossesse.

Si vous êtes majeure, que vous attendez votre premier enfant, que vous enceinte d'un seul bébé et que vous avez des échanges avec votre mère, cette étude vous concerne. Si vous êtes intéressée, merci de me contacter par courrier électronique à l'adresse suivante : X ou par téléphone au XX.XX.XX.XX.XX. Nous pourrions alors discuter des modalités de l'entretien et en fixer la date.

Les entretiens seront enregistrés. Toutefois, votre nom et vos coordonnées n'apparaîtront pas dans mon mémoire et soyez assurée de l'anonymisation et du secret des entretiens. La lecture et l'analyse des entretiens ne seront réalisées que par moi-même en tant que chercheur principal et nos échanges ne seront communiqués ni aux sages-femmes qui vous suivent, ni à vos conjoints.

Le refus de participer à un entretien ne modifiera en rien votre prise en charge au cabinet.

Dans l'attente d'une réponse positive de votre part, je vous prie de croire, Madame, en l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

X

Annexe II : Formulaire écrit de consentement de participation à l'étude

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

INTERACTIONS MERE-FILLE ET VECU DE LA GROSSESSE

Directeur du mémoire : X

Investigateur : X

L'étudiante sage-femme, X

Adresse : X.

Tél : XX.XX.XX.XX.XX

M'a proposée de participer à l'étude intitulée : « Interactions mère-fille et vécu de la grossesse »

J'ai lu et compris la lettre d'information dont j'ai reçu un exemplaire. J'ai compris les informations écrites et orales qui m'ont été communiquées. L'étudiante sage-femme a répondu à toutes mes questions concernant l'étude. J'ai bien noté que je pourrai à tout moment, poser des questions ou demander des informations complémentaires à l'étudiante sage-femme qui m'a présentée l'étude. J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude. Je suis consciente que ma participation est entièrement libre et volontaire. J'ai compris que les frais spécifiques à l'étude ne seront pas à ma charge.

Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences dans la qualité de ma prise en charge et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

J'ai compris que les données collectées à l'occasion de cette recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe de l'étude de l'étudiante sage-femme.

J'accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant dans les conditions prévues par la Loi informatique et liberté. J'ai été informée de mon droit d'accès et de rectification des données me concernant par simple demande auprès de l'étudiante sage-femme responsable de l'étude.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche, dans les conditions établies par la loi, et telles que précisées dans la lettre d'information qui m'a été remise.

J'ai compris que je n'ai pas le droit de citer quelqu'un nominativement (nom et/ou prénom) afin de garantir l'anonymat de ces personnes.

☐ **J'accepte** de participer à l'étude

- Noms :

Prénoms :

- Numéro de téléphone :

☐ **Je refuse** de participer à l'étude

Fait à :

Le :

Signature

Annexe III : Grille d'entretien

Grille d'entretien : (pour relancer la conversation si besoin est) :

→ Ne pas poser ces questions directement, laisser parler la femme le plus possible.
Début d'entretien : « Racontez-moi l'annonce de votre grossesse à votre mère. »

Relations familiales :

Relation à votre mère avant la grossesse (activités communes, distance/proximité géographique etc.) ? Comment cela se passe / passait-il ?
Relations entre votre conjoint et votre mère ?

Survenue de la grossesse :

Grossesse « souhaitée » ? Votre mère était-elle au courant de ce souhait ?
Aviez-vous déjà évoqué le sujet des enfants ensemble ? Qui avait abordé le sujet en premier ? Conseils de votre mère concernant votre grossesse ?

Récit de l'annonce de la grossesse à la mère :

Terme/ époque de l'annonce à votre mère de votre grossesse ?
Votre état d'esprit au moment de l'annonce ? (Joie, angoisse, peur de la réaction de votre mère...) Réaction(s) de votre mère à l'annonce ? Quels changements dans la relation par rapport à avant ?

Les interactions entre la femme et sa mère :

Vos attentes pendant la grossesse ? Conseils, histoires racontées par votre mère ?
Principaux sujets abordés (soins, alimentation, objets indispensables, livres incontournables, récits d'accouchement, gestion de la douleur, place des pères, sexualité, puis tout ce qui concerne l'enfant, matériel de puériculture etc.) ?
Qui de la mère ou de la fille abordait principalement le sujet ? Quel espace / temps ?
Accompagnement de la mère lors des consultations de grossesse ? Si oui, à quelle demande ?
Traditions familiales entourant la grossesse et la naissance ?

L'entourage de la femme

D'autres femmes de votre entourage proche qui ont compté pour vous pendant la grossesse ? Place de la sage-femme et attentes vis-à-vis d'elle ?

Les peurs et angoisses persistantes :

Questions sans réponses de votre mère ? Où avez-vous alors cherché une réponse ?

Place de la mère au terme de cette grossesse :

Vécu de votre grossesse ? Quelle place occupée par votre mère au long de cette grossesse ? Changements dans la relation ? S'est-elle améliorée, dégradée ?

Renseignements généraux : à demander à la fin de l'entretien

Age de la femme et âge de sa mère
Etudes, profession, activités
Lieu de vie
Place de la parturiente dans sa fratrie
La parturiente a-t-elle des frères et sœurs ayant des enfants ? → « primi grand-maternité » ou non ?

Annexe IV : Tableau de synthèse des thèmes et sous-thèmes émergeant des entretiens

Thèmes Sous-thèmes	La période précédant la grossesse	Le début de grossesse, le moment de l'annonce	L'attitude de la mère	Les sujets de conversation	Les bouleversements causés par la grossesse	Le vécu de la grossesse	Le besoin de modèles, l'identification de la femme à des personnes ressources
	La relation mère-fille : entre fusion et distance	La peur de la réaction de la mère, la hâte de partager les joies de la grossesse	Les attentes de la fille vis-à-vis de sa mère	L'alimentation de la mère, celle du nourrisson	Le changement de statut pour la femme et sa mère	La solitude de la grossesse	Les traditions familiales matérielles et morales
	Le type et la régularité des contacts	L'appréhension du chamboulement de vie induit par la grossesse et la maternité	Le besoin de possession, la main mise sur la fille	Le maintien physique, les modifications corporelles	Le changement de génération	La difficulté d'acceptation du corps changeant	Le besoin d'informations sur la grossesse, la place des professionnels de santé
	Grossesse = attente de la future grand-mère	Grossesse inopinée et début de grossesse compliqué (relation récente, pas d'emploi...)	Un investissement variable (intérêt, préparation maternelle, présence aux rendez-vous médicaux...)	Les objets de puériculture : le porte-bébé...	La compréhension du bouleversement de vie que représente la maternité	Un vécu en plusieurs phases : absence d'appropriation, fatigue, joie, hâte...	L'inscription de la grossesse dans la lignée familiale féminine. La reproduction (involontaire) du schéma familial
	L'évocation du désir d'enfant	La réaction maternelle : entre bonheur et rejet	Les confidences, le rapprochement mère-fille	La préparation de la vie de mère	Le changement dans la relation mère-fille	L'anticipation sur le futur rôle de mère	La recherche de l'accord et de l'approbation maternelle.
	L'importance de la carrière professionnelle	L'influence de l'attitude de la mère sur le vécu de sa fille	Le rôle et la place de la mère accordés par sa fille	La place occupée par la grossesse dans les conversations	Le changement de l'attitude de l'entourage	L'entourage, les conflits entre recommandations professionnelles et les dires familiaux	L'expérience maternelle dans le domaine de la grossesse et de la puériculture, le modèle de la mère
			La juste place		Le changement des sujets de conversation	L'influence d'un contexte familial particulier	Les relations à d'autres femmes enceintes ou mères

Résumé

Introduction : La grossesse est une période de bouleversements physiques, psychologiques et affectifs menant une femme à devenir mère. Elle et sa mère acquièrent par là un nouveau statut. L'identification à une femme idéalisée est nécessaire pour vivre sereinement cette transition vers la maternité.

Objectifs : Connaître les principaux sujets abordés entre une femme enceinte et sa mère et les conseils, anecdotes et avis donnés par cette dernière à sa fille. Connaître le vécu de la grossesse, les craintes et angoisses persistantes chez une femme enceinte après ses divers échanges avec sa mère pour que les sages-femmes puissent intervenir et affiner au mieux leurs conseils et leur accompagnement. Identifier d'éventuelles oppositions entre le façonnage familial et domestique de la future mère et les préconisations professionnelles.

Méthode : Cette étude qualitative descriptive transversale et interprétative a été menée en 2017 au sein d'un échantillon de onze futures primipares de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Résultats et discussion : Les sujets abordés entre mères et filles portaient essentiellement sur les modifications corporelles, l'alimentation de la femme et du nourrisson, des objets de puériculture et l'organisation de la vie de mère. Le vécu de la grossesse a été parfois complexe et souvent relié à l'attitude de la mère. Les parturientes ont su laisser aux professionnels la tâche de les renseigner sur la grossesse sans renier les apports de leur entourage.

Conclusion : Le besoin de modèle et de soutien maternel ainsi que la nécessité de la présence et du soutien des sages-femmes semblent primordiaux pour entourer au mieux une femme enceinte.

Mots-clés : lien mère-fille, maternité, bouleversement de vie, besoin de soutien, place de la mère, place de la sage-femme.

Summary

Background: Pregnancy is a time of physical, psychological and affective upheavals that lead a woman to become a mother. She and her own mother acquire a new status with this pregnancy. Identification to an idealized other woman is necessary to live peacefully this transition toward motherhood.

Objectives: To know the main topics discussed between a pregnant woman and her mother and the advices, anecdotes and opinions given by the mother to her pregnant daughter. To know the way of living pregnancy, the fears and anxieties that still exist for a pregnant woman after her various conversations with her mother so that midwives can be able to intervene with more accurate advices and a better coaching. To identify possible oppositions between familial and domestic background of the mother-to-be and professional recommendations.

Method: This qualitative, transversal and interpretative survey was conducted in 2017 within a sample of eleven first-time mothers from region Auvergne-Rhône-Alpes.

Results and discussion: Topics discussed between mothers and daughters were essentially about corporal alterations, alimentation of the mother and her infant, baby devices and organization of the mother's life. The way of living pregnancy was sometimes difficult and often related to the mother's behavior. Pregnant women were wise enough to let the professionals teach them about their pregnancy without rejecting their own family's advices.

Conclusion: The need for examples and support from the mother as well as presence and support from the midwives seem to be fundamental to encompass as best a pregnant woman.

Keywords: link between mother and daughter, motherhood, life upheaval, need for support, role of the mother, role of the midwife.