



HAL
open science

Du désir d'être enceinte jusqu'à l'obtention de la grossesse : étude du vécu des femmes pendant la période périconceptionnelle par une analyse qualitative

Charline Crinel

► **To cite this version:**

Charline Crinel. Du désir d'être enceinte jusqu'à l'obtention de la grossesse : étude du vécu des femmes pendant la période périconceptionnelle par une analyse qualitative. Gynécologie et obstétrique. 2022. dumas-03941846

HAL Id: dumas-03941846

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03941846v1>

Submitted on 16 Jan 2023

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE
DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE



**DU DÉSIR D'ÊTRE ENCEINTE JUSQU'À L'OBTENTION DE LA GROSSESSE :
ÉTUDE DU VÉCU DES FEMMES PENDANT LA PÉRIODE
PÉRICONCEPTIONNELLE PAR UNE ANALYSE QUALITATIVE**

FROM THE DESIRE TO BE PREGNANT UNTIL OBTAINING PREGNANCY: STUDY
OF THE EXPERIENCE OF WOMEN DURING THE PERICONCEPTIONAL PERIOD
THROUGH A QUALITATIVE ANALYSIS

Par Charline CRINEL

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le 17/06/2022

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

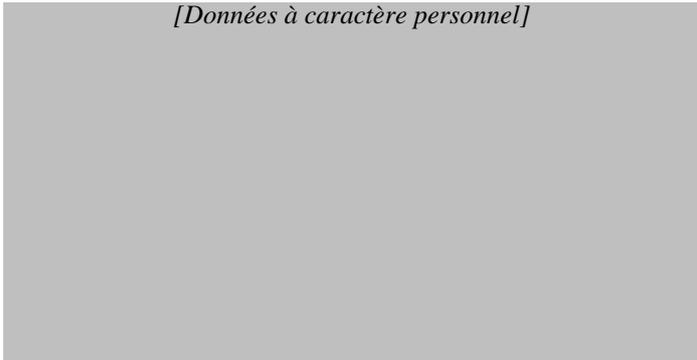
Année 2022

**DU DÉSIR D'ÊTRE ENCEINTE JUSQU'À L'OBTENTION DE LA GROSSESSE :
ÉTUDE DU VÉCU DES FEMMES PENDANT LA PÉRIODE
PÉRICONCEPTIONNELLE PAR UNE ANALYSE QUALITATIVE**

FROM THE DESIRE TO BE PREGNANT UNTIL OBTAINING PREGNANCY: STUDY
OF THE EXPERIENCE OF WOMEN DURING THE PERICONCEPTIONAL PERIOD
THROUGH A QUALITATIVE ANALYSIS

Par Charline CRINEL

[Données à caractère personnel]



Mémoire soutenu le 17/06/2022

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2022

Résumé :

L'objectif de cette étude était d'interroger des femmes enceintes ou ayant accouchées sur leur vécu de la période périconceptionnelle, à savoir du désir d'être enceinte jusqu'à l'obtention de la grossesse, afin d'améliorer leur prise en charge en fonction de leurs besoins.

Le recueil de données a été effectué par des entretiens individuels semi-directifs. Les femmes incluses volontaires (n=12) étaient enceintes ou avaient accouchées dans l'année 2021 et étaient suivies aux cabinets de deux sages-femmes libérales.

Les résultats ont montré que la survenue et le vécu de la grossesse variaient d'un couple et d'une histoire à l'autre. Le poids que représente la maternité dans la société et le silence autour des trois premiers mois étaient difficiles pour les femmes. Une période de multiples changements et remises en question pendant laquelle l'aide des professionnels de santé était parfois nécessaire et inadéquate.

En conclusion, les données de notre étude sont concordantes avec la littérature et les projets de santé nationaux tant au niveau de la prise en compte des difficultés maternelles pendant cette période que de l'élaboration d'un parcours de soins personnalisé.

Mots clefs : projet de grossesse - période périconceptionnelle - vécu - femmes

Abstract :

The objective of this study was to question pregnant women or women who had given birth on their experience of the periconceptional period, namely from the desire to be pregnant until obtaining pregnancy, in order to improve their care according to their needs.

Data collection was carried out through individual semi-structured interviews. The volunteers women included (n=12) were pregnant or had given birth in the year 2021 and were followed in the offices of two liberal midwives.

The results showed that the arrival and experience of pregnancy varied from one couple and from one story to another. The weight of motherhood in society and the silence around the first three months were difficult for women. A period of multiple changes and questioning during which the help of health professionals was sometimes necessary and inadequate.

In conclusion, the data from our study are consistent with the literature and national health projects both in terms of taking into account maternal difficulties during this period and the development of a personalized care pathway.

Key words : pregnancy plan - periconceptional period - experience

Remerciements

Je remercie les membres du jury :

Monsieur Lionel CURTO

Président du jury, Sage-femme, Enseignant au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes ;

Docteur Grégoire THERY

Co-président, Gynécologue obstétricien, Praticien hospitalier, Centre Hospitalier Thonon hôpitaux du Léman ;

Monsieur Laurent GAUCHER

Sage-femme invité, Sage-femme professeur assistant à la Haute Ecole de Santé de Genève, HES-SO;

Madame Camille TALLET

Directrice de ce mémoire, Sage-femme ostéopathe et présidente de l'association Périnée Bien Aimé, Lyon ;

Madame Chrystèle CHAVATTE

Co-directrice de ce mémoire, Sage-femme, Enseignante au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes ;

Je remercie plus particulièrement :

Madame Camille TALLET, Directrice de ce mémoire,

Pour sa bienveillance, son aide précieuse tout au long de ce mémoire et son travail acharné auprès des femmes pour une reconnaissance et une prise en charge de leurs douleurs ;

Madame Chrystèle CHAVATTE, Co-directrice de ce mémoire,

Pour sa disponibilité, ses conseils et l'intérêt porté à mon travail ;

Madame Claire BAUDON, Sage-femme Enseignante Référent de promotion

Pour sa bienveillance, sa confiance, son accompagnement au cours de ces quatre années et la motivation qu'elle a su nous apporter dans les moments difficiles ;

Madame Sophie POULET PERIN, Sage-femme libérale, Cognin

Pour son aide et son intérêt dans la réalisation de ce travail ;

Je remercie plus personnellement :

Toutes les femmes interrogées

Pour leurs témoignages riches et sincères et sans qui ce travail n'aurait jamais vu le jour ;

Mes parents, Célia, Antoine et mes proches

Pour m'avoir donné la possibilité de faire les études qui me plaisent et avoir cru en moi quand je n'y croyais pas ;

Mes collègues de promo

Pour leur énergie débordante, les moments et les échanges riches qu'on a pu partager ;

Céline, Virginie, Maëva, Valentine, Auriane, Juliette et Marie

Vous qui avez rendu ces années inoubliables et que je suis si heureuse d'avoir rencontré ;

"L'enfant commence en nous bien avant son commencement. Il y a des grossesses qui durent des années d'espoir, des éternités de désespoir."

Marina Tsvetaïeva, Mon frère féminin, 1932(1)

Table des matières

<u>Abréviations</u>	10
I. <u>Introduction</u>	11
II. <u>Matériel et méthode</u>	14
A. Type d'étude	14
B. Population d'étude	14
a. Critères d'inclusion.....	14
b. Critères d'exclusion.....	14
C. Modalités de sélection et recueil des données	14
D. Analyse des données	15
III. <u>Résultats</u>	17
A. Caractéristiques de la population	17
B. Résultats et discussion	18
I. Un contexte différent pour chaque couple.....	18
a. La naissance du projet	18
b. Une conception plus ou moins rapide	19
c. Ambivalence des sentiments.....	21
II. Des émotions et préoccupations propres à chaque histoire.....	24
a. Préoccupations matérielles et financières	24
b. Préoccupations médicales.....	26
c. Préoccupations familiales et organisationnelles	28

III. La grossesse, une période particulière	31
a. Un statut particulier	31
b. L'omerta des trois premiers mois.....	32
c. Une période de multiples changements	35
IV. Des besoins et attentes particuliers	44
a. Des expériences traduisant des écueils dans la prise en charge.....	44
b. En quête d'informations.....	46
c. Vers une prise en charge globale, le rôle de la sage-femme.....	48
IV. <u>Forces et faiblesses</u>	55
V. <u>Conclusion</u>	56
VI. <u>Références bibliographiques</u>	58
VII. <u>Annexes</u>	61
Annexe I : grille d'entretien	61
<u>Résumé</u>	65

Abréviations

AMP/PMA : Aide Médicale à la Procréation

HAS : Haute Autorité de Santé

l'INED : Institut National d'Etudes Démographiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

UNAF : Union Nationale des Associations Familiales

EPP : Entretien Prénatal Précoce

I. Introduction

Depuis 1942 et encadré par les articles 63 du Code civil et L153 du code de santé publique, le certificat prénuptial obligeait les couples souhaitant se marier à assister à deux consultations médicales. Ces consultations avaient pour but de donner des informations aux couples en ce qui concerne par exemple la grossesse, la contraception, la vaccination, l'hygiène ou encore les maladies sexuellement transmissibles. Divers examens paracliniques étaient réalisés tels que des bilans sanguins ou dépistages. Cependant avec l'évolution de la société et le pluralisme des familles, ces consultations prénuptiales ne concernaient qu'une partie de la population. En effet, de plus en plus d'enfants naissent hors mariage et certains couples font le choix du pacs plutôt que du mariage et ne sont donc pas concernés par le certificat prénuptial. C'est pourquoi celui-ci a été supprimé par la Loi n°2007-1787 du 20 décembre 2007 - article 8.(2)

Suite à cette suppression et à la demande des professionnels, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis des recommandations en 2009 notamment avec la création d'une consultation préconceptionnelle réalisée par un médecin généraliste, un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme. Cette consultation est proposée lors d'une demande d'arrêt/renouvellement de contraception, du suivi gynécologique ou à l'initiative de la femme ou du couple. De la même manière, c'est l'occasion pour la femme/le couple de se voir proposer certains bilans sanguins, dépistages, vaccins, conseils. Cette consultation permet au professionnel de recueillir des éléments sur la vie, la santé et l'environnement du couple et de mettre en évidence l'existence de potentiels facteurs de risques afin de *“favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé de toute femme en âge de procréer et d'éviter d'éventuelles complications obstétricales.”*(3) L'objectif principal de la consultation préconceptionnelle est d'anticiper les risques périnataux notamment par la prévention des problèmes de santé

(maladie chronique, pathologie héréditaire par exemple) et des comportements à risques (alcool, tabac par exemple) avant la conception et l'organogénèse.(4)

Une thèse soutenue en 2019 à Grenoble s'est intéressée aux préoccupations et besoins des couples pendant la période périconceptionnelle et a montré un manque d'information de la population concernant l'existence de cette consultation et le manque de prise en compte de la psychologie : *“Cette étude confirme que la consultation préconceptionnelle n'est pas assez connue. Les couples, plutôt favorables à sa réalisation, pourraient se sentir plus concernés si elle s'adaptait à leurs problématiques, notamment en prenant en compte une dimension psychologique.”*(5) Un manque d'information également relevé dans une autre thèse réalisée en 2012 à Grenoble qui interrogeait des femmes ayant accouchées sur les obstacles à cette consultation. Il est apparu un manque d'information et d'intérêt pour cette consultation ainsi qu'une appréhension à évoquer ce sujet et à consulter pour le seul motif du désir de grossesse.(6)

Cette consultation est également peu mise en pratique par les professionnels de santé se sentant eux-mêmes peu formés là-dessus.(7) Bien que l'HAS donne des lignes de conduite concernant la consultation préconceptionnelle, il est vrai qu'il peut y avoir un décalage entre les idées, attentes des patientes/couples par rapport aux conduites assez systématiques des professionnels. L'oreille attentive que recherchent les patientes est parfois masquée par des examens, bilans prescrits mais qui cachent le malaise des professionnels qui se sentent démunis face à certaines questions. Dans son livre Accompagnement et alliance thérapeutique en cours de grossesse, Françoise Molénat écrit : *“Si le concept de “soutien de la parentalité” s'est imposé jusque dans l'action politique, on oublie trop souvent que le premier soutien consiste à écouter ce que les futurs parents éprouvent, demandent, craignent, et d'y répondre au mieux, tout en leur indiquant les limites de la réalité, sans les lâcher. Un*

obstacle surgit d'emblée : les professionnels qui rencontrent les parents autour de la naissance ne sont pas ceux de l'aval. Leur formation médicale ne les a pas formés à la construction psycho-affective, ni à la vie mentale ; bien souvent ils manquent d'information sur l'évolution des familles - donc de l'impact de leurs attitudes."(8) Les professionnels se sentent en effet mal à l'aise avec les questions auxquelles ils n'ont pas réponse et préfèrent parfois ne pas se lancer sur ce terrain incertain. Les sages-femmes ont un rôle primordial à jouer dans la prise en charge périconceptionnelle.

Dans le rapport de la commission des 1000 premiers jours, la période préconceptionnelle fait également partie des éléments clefs du projet de parcours des 1000 premiers jours. Une période décrite comme *"cruciale pour prévenir les complications de la grossesse ainsi que les risques physiques, psychiques et sociaux des nouveaux parents et de leur enfant à court, moyen et long terme."*(9) Dans le rapport, les 1000 premiers jours correspondent à une période qui peut être étendue de la préconception aux trois ans de l'enfant.

C'est pourquoi l'objectif de ce mémoire était d'interroger des femmes enceintes ou ayant accouchées sur leur vécu de la période périconceptionnelle, à savoir du désir d'être enceinte jusqu'à l'obtention de la grossesse, afin d'améliorer leur prise en charge en fonction de leurs besoins.

L'objectif principal de cette étude était donc de comprendre comment les femmes ont vécu la période périconceptionnelle et comment s'est construit leur projet de grossesse, du désir d'être enceinte jusqu'à l'obtention de la grossesse.

L'objectif secondaire de cette étude était d'identifier les besoins spécifiques des femmes durant cette période afin de leur proposer une prise en charge et/ou un accompagnement adaptés.

II. Matériel et méthode

A. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée au sein de deux cabinets de sages-femmes libérales à Lyon et Cognin. Les contacts des patientes ont été recueillis entre le mois de juin et d'octobre 2021. Les entretiens ont été réalisés de fin août à fin octobre 2021.

L'étude a donc duré au total cinq mois (de juin à octobre 2021).

B. Population d'étude

La population concernée était constituée de femmes enceintes ou ayant accouchées dans l'année 2021 et suivies aux cabinets des deux sages-femmes libérales.

a. Critères d'inclusion

Sont incluses dans l'étude les femmes majeures enceintes ou ayant accouchées et qui ont consulté aux cabinets des sages-femmes libérales en 2021 (en privilégiant les consultations récentes pour faciliter la prise de contact).

b. Critères d'exclusion :

Sont exclues les femmes ne souhaitant pas participer à l'étude.

C. Modalités de sélection et recueil des données

Les femmes ont été recrutées après étude des dossiers par les deux sages-femmes libérales afin de respecter les critères d'inclusion et de choisir des profils différents en termes d'âge, de parité, de profession (variation maximale). Le premier contact a été établi les sages-femmes, soit lors d'une consultation, soit par téléphone afin de recueillir l'accord de la patiente et ses coordonnées. J'ai ensuite contacté personnellement chaque femme par téléphone afin d'expliquer l'objet de l'étude, recueillir leur accord, convenir d'une date

d'entretien et du moyen de réalisation (rendez-vous au cabinet, par téléphone, par visioconférence).

En cas d'absence de réponse à mon appel j'ai laissé un message vocal et un SMS puis relancé deux fois à une semaine d'intervalle. Après ces trois contacts sans réponse, la patiente était exclue de l'étude.

Le recueil des données a été effectué à l'aide d'entretiens individuels, au moyen d'une grille d'entretien semi-directive. L'entretien commençait par un rappel de l'étude, le recueil du consentement oral ainsi qu'une brève présentation de la femme avant d'aborder 3 grands thèmes (Annexe 1 : grille d'entretien) :

- La naissance du projet de grossesse
- La concrétisation du projet de grossesse
- L'accompagnement pendant la période périconceptionnelle

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord de la femme et retranscrits intégralement par écrit en conservant l'anonymat. Les données ont été détruites à la fin de l'analyse.

D. Analyse des données

Le traitement des données a été débuté dans un premier temps par la transcription écrite de chaque entretien préalablement enregistré. Pour cela nous avons utilisé le logiciel SONAL qui nous a permis dans un second temps une analyse verticale puis horizontale des entretiens. Les thèmes relevés ont ensuite été organisés de façon à construire un plan d'analyse.

Afin de garantir le maximum d'objectivité à notre étude, les critères d'objectivités ont été respectés :

La triangulation a été réalisée au moment de la sélection des interviewées, en veillant à recruter des femmes les plus différentes possible en termes d'âge, de profession, de parité, de

situation (grossesse, post-partum), de suivi. Elle a également été respectée lors de l'analyse des données qui a été réalisée par moi-même et Camille Tallet (directrice du mémoire).

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire qu'au bout de trois entretiens avec moins de cinq nouveaux thèmes les entretiens ont été arrêtés.

Pour analyser les résultats nous avons utilisé la théorie de la sociologie compréhensive développée par l'économiste et sociologue allemand Max Weber au XIX-XXe siècle.

“Nous appelons sociologie (...) une science qui se propose de comprendre par interprétation l'activité sociale et par là d'expliquer causalement son déroulement et ses effets. Nous entendons par « activité » un comportement humain (peu importe qu'il s'agisse d'un acte extérieur ou intime, d'une omission ou d'une tolérance) quand et pour autant que l'agent ou les agents lui communiquent un sens subjectif. Et par activité « sociale », l'activité qui, d'après son sens visé par l'agent ou les agents, se rapporte au comportement d'autrui, par rapport auquel s'oriente son déroulement”(8)

Pour Max Weber la sociologie compréhensive est une démarche scientifique permettant la compréhension d'un fait social. C'est-à-dire de comprendre (sens subjectif), d'interpréter (objectiver le sens) et d'expliquer (compréhension causale) un fait social à partir des actions et intentions qui le constitue.

Max Weber distingue 4 déterminants de l'action sociale :

- L'action traditionnelle : la plus courante. C'est une habitude, un réflexe. Les motifs de l'action ont disparu
- L'action affectuelle : commise sous le coup d'une émotion, d'une pulsion
- L'action rationnelle en valeur : l'acteur cherche à accomplir une valeur, sans se soucier des conséquences de son action
- L'action rationnelle en finalité : finalité objective

III. Résultats

A. Caractéristiques de la population

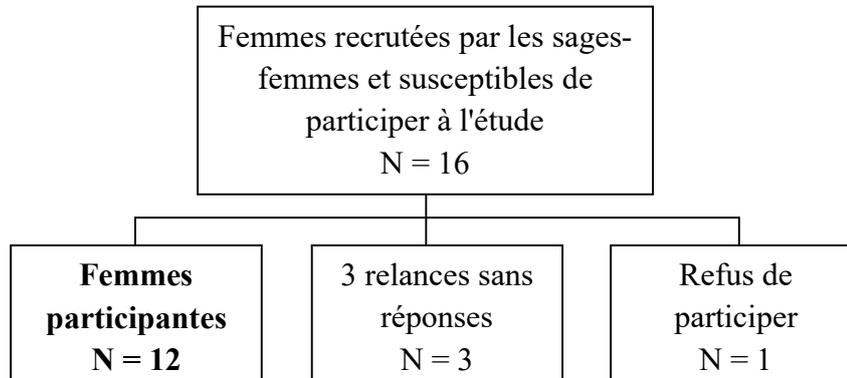


Figure 1 : Diagramme d'inclusion de la population

Nom (fictif)	Âge	Parité	Situation (enceinte ou post-partum)	Nombre de nouveaux thèmes
Amélie	24 ans	IP	PP 9j	12
Barbara	31 ans	IP	Enceinte 7 mois	10
Chloé	28 ans	IP	PP 11j	16
Delphine	36 ans	IP	Enceinte 4 mois	11
Emilie	39 ans	IP	Enceinte 9 mois	5
Fanny	27 ans	IP	PP 1 mois et demi	3
Gladys	34 ans	IP	PP 8 mois	5
Hélène	33 ans	IIP	Enceinte 5 mois	7
Iona	31 ans	IIP	Enceinte 9 mois	5
Judith	29 ans	IP	PP 26j	3
Karine	31 ans	IIP	Enceinte 8 mois	2
Lucie	29 ans	IP	Enceinte 4 mois	4

Figure 2 : Tableau des caractéristiques de la population

Les entretiens ont été réalisés par téléphone (n = 8) ou par visioconférence (n = 4) suivant le choix des femmes. Ils ont duré en moyenne 28 minutes (12 minutes pour le plus court et 48 minutes pour le plus long).

B. Résultats et discussion

I. Un contexte différent pour chaque couple

a. La naissance du projet

La première pensée de grossesse a émergé dans un contexte différent d'un couple à l'autre. Pour Amélie la maternité *"c'était comme une évidence, on avait envie de fonder une famille"*. La notion de stabilité a été retrouvée dans plusieurs des entretiens réalisés. Une stabilité de couple mais également d'un point de vue financier, matériel (logement) et professionnel comme l'a illustré Judith, gestionnaire des ressources humaines : *"on avait tous les deux un emploi stable, une maison, enfin tout ce qui permettait d'accueillir un enfant dans de bonnes conditions."*

La question de l'âge est également revenue fréquemment au cours des entretiens. La plupart des femmes interrogées avaient comme limite en tête la trentaine pour se lancer dans le projet d'une première grossesse. Pour les femmes qui ont réalisé de longues études ou bien dont les conditions de vie n'étaient jusque là pas compatibles avec la venue d'un enfant, l'âge a été une source de pression supplémentaire : *"en fait on est tellement dans une vie où on bosse beaucoup je me disais il ne faut pas que j'y pense mais quelque part ça m'embêtait quand même. Le temps passe, les mois passent. C'était surtout par rapport à mon âge en fait"* (madame E, 39 ans, dentiste) ; *"il a fallu que je parte travailler à l'étranger, passer des concours pour avoir un poste et pour moi c'était impossible d'avoir un enfant. Je voulais pas avoir un enfant et le balader ayant moi même une situation qui n'était pas stable. Et puis je pense que ça ne collait pas avec mon projet de vie à l'époque"* (Delphine, 36 ans, docteur en biologie)

Pour d'autres, la notion de stabilité financière, matérielle et professionnelle n'a pas été la principale motivation du projet de grossesse. Pour Karine c'était un désir, un projet, qui dépassait les conditions matérielles : *"quand on a eu notre premier on était encore dans un petit appartement on a mis un an à changer, ça aurait été mieux qu'on en ai un plus grand"*

mais on ne mettait pas nos choix de vie devant le choix d'être parents". Pour Delphine le désir de maternité n'était pas présent alors qu'elle était "stable" à cette période là de sa vie. Le désir est apparu avec un nouveau partenaire, un changement de vie qui a contribué à remettre en question cette possibilité : "c'est un ensemble parce que la stabilité de couple je l'avais précédemment et ça n'a pas suffi à me donner envie d'enfant. Voilà après je n'avais pas la stabilité professionnelle. Après j'avais la stabilité professionnelle mais sur une relation qui était à fortiori pas stable. Et voilà j'ai plus pensé enfant à ce moment là que quand j'étais dans une relation plus stable. Je pense que ça dépend aussi de la personne."

De part la stabilité qu'ont recherché la plupart des couples avant de se lancer dans le projet de fonder une famille et la pression liée à l'âge, les grossesses ont été comme planifiées. Tout est organisé pour que l'enfant ai tout ce dont il a besoin, ce qui a rendu parfois déroutant l'arrivée d'une grossesse surprise comme l'a exprimé Hélène enceinte de son troisième enfant *"cette 3ème grossesse est une surprise donc on y a pas vraiment pensé avant ! (rire) . En fait quelques semaines avant on a même tout donné les affaires de bébé parce qu'on avait décidé de ne pas en avoir. Donc voilà il a fallu se remettre dedans au moment du test. [...] On s'est dit bon ça vient maintenant, de toute façon on venait d'emménager dans la maison on avait la place, maintenant je me dis avec le recul c'est très bien que ça se soit passé comme ça parce qu'on aurait pas pris nous la décision."*

b. Une conception plus ou moins rapide

Le parcours entre le désir d'être enceinte et l'obtention de la grossesse est variable d'un couple à l'autre et d'une grossesse à l'autre. Beaucoup de femmes interrogées ont été surprises de la rapidité de la conception. Un à deux cycles après l'arrêt de la contraception alors que dans leur imaginaire il aurait fallu déjà plusieurs mois au corps pour qu'il retrouve ses cycles naturels : *"ça a été très rapide. Moi j'ai arrêté ma pilule fin octobre et je suis tombée enceinte*

le 25 novembre" (Amélie). Une rapidité qui a été source d'inquiétude comme l'exprime Chloé qui n'était pas préparée à un test positif si rapidement. Une grossesse au départ planifiée mais qui devient finalement source de stress car la notion de stabilité matérielle dont le couple avait besoin n'était pas encore atteinte : *"j'ai arrêté ma contraception en septembre octobre et puis c'est vrai que moi on m'avait dit voilà ça mettra du temps parce que le corps nanana au moins 4,5,6 mois. Et en fait ça ne s'est pas du tout passé comme ça, je suis tombée enceinte tout de suite. Mais du coup dans ma tête c'était pas possible. Donc je l'ai su plus d'un mois après [...]. Donc quand on a appris la nouvelle on était content mais on s'est dit mince on a toujours pas l'appartement."*

Pour d'autres femmes le parcours a été plus difficile notamment avec le recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP). Pour Emilie et Fanny qui ont consulté après un an d'essai, la grossesse s'est finalement annoncée rapidement après avoir rencontré un professionnel : *"et donc au moment où on fait la synthèse, il me dit bon bah on va commencer tel jour de vos règles (stimulation). Et quand je lui dis bah je n'ai pas mes règles il m'a dit faites un test et en fait j'étais enceinte !"* (Emilie, 39 ans) ; *"et est-ce que c'est le fait de lâcher, de se dire on aura pas d'enfants ou quoi que ce soit, fin novembre je suis tombée enceinte"* (Fanny, 27 ans). Ces deux témoignages donnent une première idée de l'importance de la santé physique et mentale pendant cette période et laissent entrevoir l'importance d'un accompagnement adapté en fonction des besoins et des situations. Parfois la période préconceptionnelle est un parcours semé d'imprévus et de désillusions comme l'explique Judith qui a eu recours à la PMA après presque deux ans d'essai et la découverte d'un volumineux kyste ovarien de cinq kilos. *"On m'a dit que normalement je devrais pouvoir tomber enceinte naturellement maintenant que je n'avais plus mon kyste. Et ma gynéco m'avait dit de retourner la voir en février ou mars si jamais je n'étais toujours pas tombée enceinte. Donc en mars, enfin fin février comme je n'étais toujours pas tombée enceinte j'y suis retournée et on a commencé les traitements aux*

hormones mais au début juste les stimulations.[...] on a fait une stimulation en juin, juillet, août et comme ça marchait toujours pas on a lancé les inséminations en septembre. Donc j'en ai fais trois : septembre, octobre et celle de novembre elle a marché."

c. Ambivalence des sentiments

L'annonce de la grossesse, même quand le projet a eu le temps de murir, a parfois été très déroutant pour les femmes. La joie ressentie s'est mélangée à des émotions complexes : *"j'ai beaucoup pleuré, mon compagnon lui il a prit peut-être pas exactement comme moi mais un peu en panique aussi. En fait c'était pas youpi c'est génial on est super heureux. C'était waouh on est pas prêt c'est trop vite ça fait peur."* (Chloé) ; *"bah j'avais peur de est-ce que c'est vraiment ce que je veux avoir un enfant ? Avoir des habitudes qui seront différées etc, j'avais très très peur. Très peur de la nouveauté."* (Lucie)

Des sentiments ambivalents également ressentis par Delphine après le décès néonatal survenu chez son couple d'amis : *"c'était très très très contrasté au sein d'une même journée. On est passé d'une grande tristesse à beaucoup pleurer pour ce qui était en train de se passer, à une euphorie totale de ce qui nous arrivait et puis d'une minute à l'autre on peut dire la retombée oh lala de se dire en même temps on a pas le droit entre guillemets d'être contents comme ça."* Ou pour Judith qui a eu du mal à faire "confiance" à ce début de grossesse après les deux échecs d'insémination, gardant une certaine réserve dans l'investissement de la grossesse : *"voilà en septembre quand ça n'a pas marché j'ai vraiment eu du mal. Et puis c'est aussi les hormones qui chutent après, tout ça. Et puis moi je suis déjà quelqu'un de sensible alors du coup voilà. Et là nan en novembre on était super contents, [...] on s'est dit bon déjà si ça va pas au terme on est heureux parce qu'on se dit que ça peut marcher, que je peux tomber enceinte donc qu'on va pouvoir avoir des enfants. Voilà on s'était dit ça pour voilà, se faire un petit coussin de sécurité au cas où."*

Pour Hélène dont l'annonce d'une troisième grossesse a été une surprise les émotions traversées ont également été variables, un temps nécessaire pour accepter la grossesse et fermer le chapitre de la précédente : *"j'ai pleuré j'ai dis oh mais j'y retourne là. Parce que bon pour mon deuxième on a fait un allaitement très long et d'ailleurs il s'est sevré là au moment de cette troisième grossesse parce qu'il n'y avait plus de lait, mais ça a été un allaitement difficile et dans ma tête je retournai à la grossesse, à l'allaitement, au post-partum. Parce que j'en ai chié avec le périnée, ça a été très compliqué. Et puis cet allaitement qui n'en finissait plus, donc là on fera les choses autrement mais voilà la première réaction c'était oh lala, oh lalalala j'y retourne ! Et puis bon bah après ça allait, je suis bien contente d'y retourner finalement !"*

De part la recherche de stabilité et la pression liée à l'âge la grossesse a été comme planifiée pour beaucoup des femmes interrogées. D'après plusieurs études réalisées par l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques), on estime qu'aujourd'hui plus de huit grossesses sur 10 sont planifiées en France. Cela s'explique notamment par la législation de l'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) et l'accès à la contraception, la maîtrise de la "non-conception".(10,11) La maternité peut alors être définie comme une *"force universelle qui pousse les humains à procréer, quelles que soient les circonstances et malgré les guerres, les crises et les famines, alors même qu'ils ont appris à éviter la reproduction"*.(11) Pour certaines femmes comme Amélie, la maternité était comme une évidence, le projet d'être maman était déjà présent depuis le plus jeune âge. Ceci peut s'expliquer par l'identification de la petite fille à sa mère, le désir d'enfant commence dès l'enfance.(11)

Dans cet article de 2016 intitulé *"Intention de fécondité et arrivée du premier enfant"*, les auteurs ont étudiés les conditions préalables à l'arrivée du premier enfant en s'intéressant aux

variations des intentions de fécondité des personnes sans enfants selon leur situation à un instant donné puis six ans plus tard.(12) Les hommes et femmes interrogés ont jugé l'âge idéal pour devenir parents à 27 ans pour le père et 25 ans pour la mère en moyenne. On retrouve également la connotation négative des grossesses tardives (après 40 ans). Un des éléments important pour les personnes interrogées était la stabilité du couple (93% des 15-24 ans), avoir un emploi stable et disposer de ressources matérielles satisfaisantes.(12) La fécondité augmente avec le travail et l'obtention d'un emploi ce qui explique l'allongement de la durée des études et le retard d'entrée en maternité.(13) Autant d'éléments qui ont également été mis en évidence au cours des douze entretiens réalisés.

L'ambivalence dans les sentiments éprouvés par les femmes à l'annonce de la grossesse est décrite dans plusieurs articles. Dans son livre Accompagnement et alliance thérapeutique en cours de grossesse, Françoise Molénat exprime cette ambivalence vécue par les femmes à un moment où la famille et les liens affectifs se modifient : *"mettre au monde un enfant reste, pour nombre de femmes, un moment chargé d'anxiété. Devenir parent ne va pas de soi. Le poids des images véhiculées sur la "maternité heureuse puisque décidée" se heurte à une réalité plus complexe."*

Dans une étude de 2018, 84 entretiens ont été réalisés auprès de femmes enceintes (< 24SA) pour explorer les sentiments et attitudes d'ambivalence.(14) A la question *"Can you tell me your initial thoughts after receiving your positive pregnancy test ?"*¹ les femmes ont exprimés des sentiments de joie, tristesse, peur, inquiétude, colère, surprise ou choc. Avec l'association de plusieurs de ces sentiments de manière contradictoire : *"I'm not that excited and I'm not like that sad. I'm like in the middle. so, like in the middle of happy and sad."*²(14) Les femmes et hommes interrogés qui ont exprimé des sentiments ambivalents s'inquiétaient notamment

¹ "Pouvez-vous me dire vos premières pensées après avoir reçu votre test de grossesse positif?",

² "Je ne suis pas si excitée et je ne suis pas si triste. Je suis comme au milieu. Donc comme au milieu d'heureuse et de triste."

de l'intégration de cette grossesse dans leur vie actuelle, sur leurs objectifs et projets, et ce, d'autant plus s'ils manquaient de stabilité financière ou relationnelle.(14)

Dans une autre étude l'ambivalence est mise en évidence dès la période préconceptionnelle. En effet plusieurs femmes disent ne pas vouloir d'enfant actuellement ou ne pas essayer et pourtant n'utilisent pas de moyen de contraception ou ne seraient pas contre l'arrivée d'un bébé surprise.(15) La grossesse est un bouleversement pour les femmes, elle vient remettre en question les projets, les conditions de vie d'un point de vue financier et professionnel.(16)

II. Des émotions et préoccupations propres à chaque histoire

a.Préoccupations matérielles et financières

La période périconceptionnelle, c'est-à-dire du désir de grossesse jusqu'à son obtention, a été source de beaucoup de préoccupations et d'interrogations chez les femmes interrogées. Des préoccupations différentes d'une femme à l'autre, liées aux conditions de vie, aux histoires personnelles, aux différents caractères. Mais il est possible de dégager des thèmes principaux. Dans un premier temps, et cela rejoint le besoin de stabilité exprimé par les femmes pour se lancer dans le projet, la notion de sécurité financière et matérielle a été mise en avant : *"c'est ça c'est ce qui nous obsédait le plus, la sécurité et financière et l'habitat. Que tout soit prêt, qu'il y est tout ce qu'il faut. Parce que bon ça dure neuf mois la grossesse mais ça passe très très vite et puis c'est vrai qu'on était beaucoup pris par nos travaux respectifs. Donc ça c'était un peu le stress, genre mince est-ce qu'on sera prêt à temps pour l'accueillir, pour qu'il soit bien, pour que voilà tout se passe bien."*^(Chloé) Une grossesse qui est arrivée rapidement et le couple envisageait la réception de la maison avant son arrivée, source d'inquiétude pour les futurs parents.

Evoqué dans la quasi totalité des entretiens, le travail a souvent été source de préoccupation pour les femmes. Pour certaines il s'agissait d'un potentiel impact sur la santé lié à des expositions : *"je pensais avoir des contraintes par rapport à ça, parce qu'on travaille quand même dans un milieu où il y a des produits chimiques, des machines où il y a des rayons X par exemple.[...] Mais voilà c'est sûr j'avais peur notamment au travail même si j'ai limité les produits à risque mais des fois même par exemple manipuler des solvants je me dis à un moment ah non il fallait pas peut-être. J'y pense pendant la nuit, j'essaye de ne plus y penser !"* (Barbara, chercheuse en chimie) Un besoin donc d'être rapidement informée et que le poste de travail soit adapté *"quand j'ai rencontré la médecine du travail juste après que j'ai su que j'étais enceinte, on a discuté un peu et j'ai su un peu ce qu'il fallait faire et ne pas faire et ça allait en fait. Je pensais que ça allait être plus compliqué vis à vis de mes chefs et tout mais non finalement ils ont été très compréhensifs et ça s'est bien passé"* (Barbara, chercheuse en chimie) Une adaptation de poste qui a parfois pu s'avérer compliquée au quotidien quand les habitudes ont changé : *"c'était pas tant pour le bébé que je m'inquiétais étant donné que j'étais en dehors de la salle il n'y a pas de risque en fait. Mais c'était lourd parce que tous mes horaires de travail ont changé et normalement on a des horaires un peu en décalé, soit du matin, soit du milieu, soit du soir, et en fait j'étais tout le temps du milieu et j'étais tout le temps dépendante d'un de mes collègues pour pouvoir travailler en fait. Pour qu'il m'installe mes patients."* (Gladys, manip radio)

Plusieurs femmes ont évoqué les avantages de la crise covid dans le vécu des premiers mois. En effet la présence des symptômes désagréables comme les nausées, la fatigue alors qu'à ce moment la grossesse n'est pas encore annoncée était plus gérable dans un contexte de télétravail : *"entre guillemets grâce au covid j'ai pu bénéficier de ça, donc ça m'a permis comme j'avais 45 minutes de route aller et retour, ça m'a évité ce temps de route."* (Chloé, assistante commerciale) ; *"je bossais mais j'étais chez moi c'était pas pareil. Du coup je pense que ça*

a aidé même entre midi et deux je pouvais faire une sieste sur mon canapé." (Ilona, ressources humaines) Le télétravail a été vécu comme un réel avantage par les femmes et notamment pour Hélène qui a pu faire la comparaison au fil des grossesses. Aujourd'hui monitrice de portage pour enfants et réalisant l'école à la maison pour ses enfants, ses deux précédentes grossesses ont été plus difficile en travaillant dans la restauration : *"Là je me dis que toutes les femmes devraient être arrêtées tout de suite ! [...] je travaillais dans un bouchon lyonnais donc l'odeur des andouillettes, des tripes à 9h du matin ! Mais ça allait. Enfin si je crois que pour ma première grossesse j'en avais quand même parlé à une personne au restaurant, mais pas pour la deuxième et ça c'était difficile. Parce qu'on est malade, on est fatigué, c'est déjà pas facile, en plus il faut le cacher moi il y avait que des hommes, c'était surtout ma deuxième grossesse il y avait que des hommes dans le restaurant. Déjà qu'à la base les femmes ne sont pas hyper bien reconnues enfin du moins là où j'ai travaillé. Donc en plus j'étais la relou qui était pas bien, qui était fatiguée."*

Malgré des difficultés au travail, la présence d'un employeur compréhensif et soutenant a été un point positif dans le parcours de Judith : *"il m'avait dit que voilà c'était important, que si j'avais le projet d'avoir un enfant, qu'il fallait que je me concentre aussi là dessus, qu'il n'y avait pas que le boulot dans la vie et que je prenais tout le temps qu'il fallait le matin pour les jours d'insémination, qu'il n'y avait pas de problème."*

b. Préoccupations médicales

Cette période a également été source d'inquiétudes sur le plan médical. Certaines femmes ont fait part d'inquiétudes qui reviennent assez fréquemment dans la société notamment sur l'incertitude des trois premiers mois : *"j'ai eu beaucoup peur que ça ne tienne pas, que ce soit compliqué. J'ai eu beaucoup cette crainte là pendant bien trois mois et demi presque."* (Amélie) ; *"oui alors après on se posait des questions de est-ce que ça va marcher,*

est-ce que ça va bien se passer, est-ce que notre bébé n'aura pas de problème... Enfin toutes ces questions" (Gladys) ; *"la peur de faire une fausse couche, la peur qu'il y ai un problème, la peur, enfin psychologiquement ça a été. Par contre j'ai été soulagée de savoir que je pouvais tomber enceinte."* (Judith). De nouvelles craintes liées à l'inconnu et qui se sont présentées à chaque nouvelle étape : est-ce que je suis capable d'être enceinte ? Est-ce que cette grossesse va être un succès ? Comment va se passer la grossesse ? Est-ce que notre enfant sera en bonne santé ? Etc...

Des inquiétudes liées à des antécédents personnels, comme pour Ilona qui a vécu une fausse couche entre ses deux grossesses : *"assez rapidement très angoissée tant que j'ai pas eu l'écho de datation pour qu'on me dise que tout allait bien. Donc avec des cauchemars de fausses couches voilà."* Ou pour Barbara dont la première grossesse était extra-utérine : *"avant cette grossesse j'ai fais une grossesse extra-utérine et ce n'était pas facile, c'est vrai, en fait comme épreuve. Et en fait la peur au début de cette grossesse c'était que ça se reproduise, que j'en ai une autre."*

Pour Lucie les changements physiques ont également été source de stress : *"physiquement déjà, jusqu'à aujourd'hui j'en ai très très peur. De grossir, de tout ça parce qu'en fait jusqu'à aujourd'hui, enfin je viens d'apprendre que les kilos qu'on prend c'est pas des kilos de graisse c'est des kilos dus à la grossesse et on est pas assez informés enfin moi quand j'entendais qu'une femme a pris 15kg ou plus de 10kg enfin ce qui est normal, je me disais waouh mais c'est quoi ça."* (Lucie) Pour d'autres l'accouchement, bien qu'encore à distance de l'événement, a été un élément majeur de préoccupation, et ce, même après une ou plusieurs grossesses : *"avant de tomber enceinte j'avais beaucoup plus peur de l'accouchement que pendant ma grossesse. L'accouchement c'est vraiment un truc qui me faisait super peur avant."* (Judith, primipare) ; *"j'ai l'impression que je ne serai pas capable. Je sais que mécaniquement parlant on est faite pour accoucher, que ça va marcher tout ça tout ça. Mais voilà mon premier on l'a*

aidé à sortir avec des spatules, le deuxième il a été littéralement sorti à la ventouse, donc pour moi je ne suis pas capable toute seule d'accoucher." (Hélène, troisième pare). Pour Barbara la peur de l'accouchement représente même une sorte de traumatisme handicapant dans sa vie quotidienne : "en fait je pense que mon vaginisme est un peu du à une peur de l'accouchement. C'est toujours des échos hein, j'ai entendu des histoires par rapport à l'accouchement, surtout à l'épisio, ça me faisait tellement peur et je pense que je bloquais sur ça en fait."

Tout comme Barbara d'autres femmes se sont inquiétées en début de grossesse à cause de situations vécues par l'entourage. C'est le cas de Delphine par exemple dont un couple d'amis proche a perdu leur enfant à la naissance le jour où elle-même a su qu'elle était enceinte : *"on va dire quand ça arrive juste à côté, chez quelqu'un de très proche ça rappelle qu'un pourcentage même faible existe. [...] Et du coup déjà avant cet événement là plutôt très angoissée et plutôt très inquiète sur des choses qui peuvent mal tourner quoi. Et ça oui du coup ça a un peu potentialisé."*

c. Préoccupations familiales et organisationnelles

L'arrivée d'une grossesse, surtout quand elle est survenue sans que le couple n'ait pu se préparer, a été source d'interrogations : *"le fait de se dire mince on y va pour neuf mois qu'est-ce qui va se passer pendant neuf mois, comment se passe une grossesse, qu'est-ce qui va m'arriver ? Qui je dois voir, quel docteur je dois aller voir, qu'est-ce que je dois faire, qu'est-ce que je dois dire, à qui je dois le dire ?" (Lucie)*

Une fois que Chloé a su qu'elle était enceinte, de nouvelles préoccupations lui sont apparues : *"comment l'élever, comment faire pour qu'il soit heureux. Bon là au début c'est un nourrisson mais on se projette vite dans le et après."*

Dans les entretiens plusieurs femmes ont témoigné de l'angoisse de leur conjoint, parfois même supérieure à la leur, apportant une inquiétude supplémentaire : *"durant le premier trimestre de ma grossesse il a été horrible (rire) . Ouais il a été horrible je l'ai même emmené avec moi à des rendez-vous parce que je lui ai dis nan mais là il faut vraiment que t'arrêtes. Il me disait mais imagine il est aveugle, imagine il est sourd, imagine il a ça. Et tous les soirs il me disait ça, il ne me disait pas un truc positif ! [...] Vu que moi j'étais sereine je ne voulais pas que lui en fait arrive à me stresser vis à vis de ce qu'il me disait le soir quoi. Donc je l'ai emmené deux fois avec moi à des échos, deux fois avec moi voir la gynéco donc il a posé toutes les questions, il la soulé comme pas possible (rire) . Voilà et une fois qu'il a vu que tout allait bien tout ça, il ne m'en a plus jamais reparlé tout au long de la grossesse."* (Fanny)

Le conjoint a d'ailleurs été le principal pilier pour plusieurs des femmes interrogées et notamment en cas de parcours difficile. Emilie a été surprise de l'investissement de son conjoint dans le parcours d'AMP : *" en fait ça m'a étonné parce que je lui ai dis on va faire des examens de toute façon, et là il m'a dit s'il faut y aller j'y vais."* Et Judith m'a fait part à plusieurs reprises au cours de l'entretien que son mari *"a toujours été super présent."*

L'activité professionnelle est un élément central dans le projet de grossesse des femmes interrogées. Aujourd'hui de plus en plus de femmes ont des postes hauts placés et réalisent des études parfois longues. La survenu d'une grossesse est aujourd'hui encore mal accueillie par certains employeurs alors que la société tend vers la promotion du modèle de mère épanouie professionnellement et du partage des tâches éducatives au sein du foyer, même s'il est vrai que ce modèle n'est pas toujours financièrement parlant le plus rentable notamment pour les classes les plus défavorisées : *"D'un côté, les politiques s'efforcent de prendre des dispositions relatives à la garde des jeunes enfants, encourageant ainsi les*

femmes à exercer une activité professionnelle ; de l'autre, des allocations dites "de libre choix" incitent les femmes, notamment les plus en situation de précarité, à se retirer du marché du travail pour se consacrer à leurs enfants."(13) Et pourtant une bonne santé mentale et physique est primordiale au vécu de cette période et cela passe par de bonnes conditions de travail. L'expérience d'Emilie, dont la grossesse est arrivée spontanément après un an d'échec et le lancement d'un parcours d'AMP, est loin d'être unique et témoigne de la place du mental et du lâché prise dans la conception d'un enfant, avec encore une grande part d'inconnu. Plusieurs femmes ayant expérimenté le télétravail pendant la pandémie du Covid ont particulièrement apprécié de pouvoir rester à la maison surtout en début de grossesse quand les symptômes sont difficiles à supporter. Un récent article a étudié l'impact du confinement sur les complications de la grossesse. La rupture prématurée des membranes et l'accouchement prématuré sont diminués de façon statistiquement significative. Il serait intéressant d'étudier l'impact psychologique de cette période en dépit de l'amélioration de ces complications.(17)

Les témoignages des femmes au cours des entretiens révèlent que la période périconceptionnelle ne se limite pas qu'à l'obtention de la grossesse, les interrogations des parents se projettent à plus grande échelle. En effet certaines femmes se sont inquiétées de l'accouchement par exemple. Cette peur s'est installée sans même avoir une expérience personnelle de l'accouchement. On se rend compte par ailleurs de l'impact des témoignages extérieurs sur la charge mentale et le vécu des futures mères. Dans une étude qualitative portée sur le vécu des femmes au premier trimestre et leurs attentes, une des femmes interrogée met en avant la difficulté d'aborder sereinement son début de grossesse étant entourée de personnes ayant vécu des fausses couches ou eu des difficultés à concevoir : "*I basically only know people who have had miscarriages... or who have taken years to conceive... and then it just happened so quickly for us. I could hardly believe that it could be*

so easy. And I just found it really difficult to trust my luck and that it would stay in there. (Sofie)"(18)³

III. La grossesse, une période particulière

a. Un statut particulier

La grossesse est une période où la femme a un statut particulier dans la société. Notre société considère la femme enceinte comme une personne vulnérable, à protéger. Ce sentiment a été éprouvé par Chloé sur son lieu de travail : *"là tout le monde est à bout, je sais que mes collègues m'épargnent un peu ils ne racontent pas tout mais voilà."*

La maternité représente un schéma social fort dans notre société actuelle, comme un passage obligé pour les femmes en âge de procréer. Nous avons vu précédemment que les femmes ressentaient une pression liée à l'âge, notamment à l'approche de la trentaine. Cette pression est perpétuée par la société à travers les remarques pressantes de l'entourage : *"c'est vrai il y a la pression de tout le monde en disant "vous y arrivez, vous y arrivez pas ?" (madame A) ; "on nous posait souvent la question "et vous ?", "et le bébé ?" et machin donc on a préféré en parler pour éviter ce genre de questions parce que du coup ça fait trop compliqué à gérer. Alors que ça fait un an et demi que ça marche pas !" (Judith, parcours PMA)*

L'exemple de Fanny est intéressant pour montrer ce besoin qu'ont les femmes de partager leur expérience personnelle de la maternité : *"une fois par exemple je vais chez le vétérinaire pour mon chat, la vétérinaire qui me raconte son accouchement ! J'avais envie de dire j'en ai rien à faire quoi ! (rire) Et ouais après elle me disait il faut que tu ailles sur youtube, que tu regardes des tutos pour voir comment pousser pour voir comment souffler. Je lui dis mais mis à part me mettre le stress ça va faire quoi ? Donc au final je n'ai rien fait de tout ça et voilà*

³ *Je ne connais essentiellement que des personnes qui ont fait des fausses couches... ou qui ont mis des années à concevoir... et puis c'est arrivé si vite pour nous. Je pouvais à peine croire que cela pouvait être si facile. Et j'ai juste trouvé vraiment difficile de faire confiance à ma chance et qu'elle resterait là-dedans*

ça s'est très bien passé." Ou pour Héléne, monitrice portage qui côtoie quotidiennement des parents : *"ah bah c'est ça j'ai les récits d'accouchement de tout le monde ! Je peux vous dire que je commence à savoir comment ça peut très mal se passer ou très bien se passer !"*

Lucie, qui m'a fait part au court de l'entretien avoir ressentie depuis petite cette pression de la société pour devenir mère, aurait souhaité d'avantage de réaction de son entourage : *"je pensais que ça allait m'aider mais finalement non parce que en fait quand vous êtes enceinte les premiers temps bah on dirait pas. Et du coup bin je pense qu'ils ne s'en rendent pas vraiment compte donc, enfin j'avais l'impression de vouloir un peu plus d'enthousiasme enfin je sais pas comment expliquer mais même un peu plus de réactivité même après que je leur ai dis. Mais non je pense qu'ils ne se rendent pas compte les premiers temps c'est une fois que le ventre a bien grossit ils s'en rendent un peu plus compte."* Un besoin fort d'empathie, de réassurance, d'être entourée, comme l'accomplissement d'un devoir.

b. L'omerta des trois premiers mois

La période périconceptionnelle comprend la question de l'annonce de la grossesse. Pendant les entretiens les avis étaient différents sur cette problématique notamment entre les primipares et multipares. Pour la plupart des couples la volonté de fonder une famille a été un projet intime, à deux. La famille, les amis et les autres membres de l'entourage ont quant à eux été avertis une fois la grossesse certaine : *"c'était uniquement avec mon mari, on n'a pas trop, on en a pas parlé à d'autres personnes."* ^(Barbara). Pour Chloé l'annonce a été retardée quitte à trouver des stratégies pour que cela passe inaperçu : *"et puis voilà j'ai du raconter que j'avais une infection urinaire que j'avais un traitement, surtout que je fais beaucoup d'infections urinaires. [...] Parce que nous on voulait attendre encore une fois les trois mois pour être surs."*

L'employeur était souvent rapidement informé de la grossesse dans les entretiens réalisés. Gladys a par exemple dû prévenir rapidement son employeur pour adapter son poste de travail et se voyait mal ne pas l'annoncer en même temps à sa famille. Dans son témoignage on retrouve également l'idée que taire les premiers mois est ancrée depuis plusieurs générations : *"je pense que pour mes parents c'était un peu anxiogène parce que plusieurs fois ma mère me disait ah bah nous à notre époque on nous disait d'attendre trois mois. Je lui disais oui mais moi je n'ai pas choix d'attendre trois mois, je ne peux pas en fait."* (Gladys, manip radio)

Pour les couples qui avaient déjà des enfants l'annonce aux aînés a représenté une étape importante pour l'équilibre familiale. Hélène a fait le choix de l'annoncer dès le début de la grossesse notamment à cause des symptômes de grossesse : *"j'étais tellement mal que je me suis dis ils ne vont pas comprendre, en plus je suis toute la journée avec eux si c'est pour les trois mois, j'étais vraiment fatiguée, beaucoup de nausées donc on leur a dit et c'était un peu mitigé. Donc le grand nous a demandé si c'était une blague (rire)".*

Pour Hélène l'annonce a été différente pour cette troisième grossesse. Elle s'est faite dès le début de la grossesse par soucis d'être entourée si la grossesse ne se poursuivait pas : *"on en a parlé tout de suite à nos familles, ce qu'on avait pas fait pour les deux grossesses précédentes on avait attendu les trois mois. Et puis là maintenant je suis dans une toute autre démarche, je me suis dis que si jamais il se passait quoi que ce soit, si jamais je faisais une interruption naturelle de grossesse par exemple bah j'aurais besoin d'en parler et que ce serait très dure de devoir annoncer que j'étais enceinte puis que j'aurais pu possiblement perdre ce bébé. Donc au moins tous mes proches le savent comme ça s'il se passe quoi que ce soit bah ils seront là parce que eux aussi ils pourront envisager cette possibilité"*. Cette idée d'être entourée, accompagnée par les proches en cas de fausse couche a également été relevée par Fanny ayant vécu un fausse couche avant cette grossesse : *"contrairement à la première grossesse où j'ai attendu l'écho du premier trimestre, là j'en ai parlé je pense après l'écho de*

datation parce que je me suis rendue compte que c'était, en fait ça n'avait pas beaucoup d'intérêt d'attendre parce que quand j'ai fais ma fausse couche mes parents et ma sœur qui n'étaient pas au courant que j'étais enceinte bah je les ai appelés parce que je n'étais pas bien. Je me suis dis bah du coup ils l'apprennent quoi qu'il arrive donc autant qu'ils le sachent dès le début."

Pour Judith qui a eu recours à la PMA l'annonce a également été rapide pour les proches d'un point de vu organisationnel (fêtes de fin d'année) et plus tardive pour les amis : *"on était super contents, on en a pas parlé tout de suite, tout de suite, parce qu'après il y avait les fêtes de Noël donc de toute façon on allait voir tout de suite que j'allais manger ni foie gras ni tout ça (rire) donc on a dit on va le dire. Juste à nos familles, après à nos amis on a attendu la première échographie pour être sur que tout allait bien."* La présence d'un entourage familial adapté a été aidant pour elle *"ils étaient bien parce qu'ils m'en parlaient pas si moi j'en parlais pas. Si c'est moi qui lançais le sujet ils étaient à l'écoute tout ça, si j'avais décidé que c'était pas le moment d'en parler, personne ne me posait de questions. Donc c'était pas trop mal. Parce qu'il y a toujours des moments où on a moins envie. Quand ils savaient que la date d'insémination approchait ils ne me demandaient pas enfin voilà."*

La famille a été un des interlocuteurs privilégié du début de grossesse. Par exemple pour Emilie qui a trouvé du soutien auprès d'un membre de sa famille de confiance : *"au tout début j'en avais parlé qu'à ma cousine qui est médecin, ma cousine qui est comme ma sœur. Voilà c'est elle qui me disait, elle est médecin généraliste donc c'est ma confidente et tout donc il y avait qu'elle qui savait que ça ne fonctionnait pas bien."*

Les amis ont souvent apporté un soutien important aux femmes pendant cette période où la solitude a finalement pu se ressentir, un besoin d'être entouré et rassuré : *"j'ai eu beaucoup le soutien et puis dans les amis on va dire qui nous faisaient relativiser en nous disant mais ne vous inquiétez pas il n'y a pas de raisons que vous ayez quelque chose, ça va arriver. J'étais*

plus rassurée par des amies proches qui elles mêmes avaient mis du temps à tomber enceinte." (Fanny). Egalement pour Hélène dont la grossesse a été une surprise et dont la présence des amis s'est avérée réconfortante : "je leur disais attendez c'est vraiment bizarre en ce moment je suis fatiguée j'ai des nausées, je suis sûre que je suis enceinte, ohlala je suis sûre que je suis enceinte ! Elles essayaient de me rassurer comme elles pouvaient mais bon bah le jour du test je les ai appelées pour leur dire."

c. Une période de multiples changements

La grossesse est une période de grands changements pour les femmes. De nombreuses remises en questions, de nouveaux projets, des envies de changements, plus les mêmes priorités etc. Pour plusieurs femmes interrogées la grossesse a été une étape déterminante pour leur carrière professionnelle. Le besoin de faire une pause pour se consacrer à sa famille qui rend difficile la reprise d'un travail aux conditions pénibles après plusieurs mois d'arrêt. C'est pourquoi certaines femmes ont fait le choix de demander une rupture de contrat pendant la grossesse et envisage de reprendre ou ont repris une activité différente après le congé maternité : *"moi ça faisait deux mois et quelques que j'étais enceinte donc j'avais plus du tout envie en fait. Je m'étais assez dépensée comme ça pour sauver la société et après elle a été rachetée, enfin après tant mieux elle a été achetée, tous les emplois ont été sauvés tant mieux, mais je me voyais pas repartir avec un nouveau patron, partir dans, enfin comment dire, reprendre ce qui avait été mal fait pendant des années pour remettre ça correctement, pour moi c'était trop compliqué en plus je pensais qu'à ma grossesse. Donc quand j'ai rencontré celui qui allait reprendre la société je lui en ai parlé tout de suite, je lui ai dit écoutez moi je suis enceinte, ça a été compliqué pour moi de tomber enceinte, j'ai envie de prendre du temps pour moi et pour le bébé donc si vous êtes ok pour faire une rupture moi je signe tout de suite. Donc il a accepté, il m'a demandé de rester jusqu'à avril ou mai pour l'aider à préparer enfin*

à faire la succession et après j'ai signé en juin. Et puis là je pense que je vais totalement faire autre chose, j'ai besoin de changer." (Judith, ressources humaines)

Une envie de changement mais avec en tête la nécessité d'assurer des revenus suffisant pour l'enfant à venir, ce qui peut amener une inquiétude supplémentaire : *"en même temps je voulais quitter l'entreprise et puis en même temps je suis tombée enceinte, je me suis dis mince attend je suis en CDI si là je démissionne j'ai plus rien je n'ai plus de revenus."* (Chloé, assistante commerciale)

L'annonce de la grossesse a entraîné pour certaines femmes un changement de caractère, de comportement. Pour Barbara et Chloé il y a eu une attention énorme au bébé, une restriction par peur qu'il arrive quelque chose, par manque de connaissance peut-être mais également parce que la préoccupation principale est devenu le bébé et qu'il a fallu tout mettre en œuvre pour son confort : *"c'est sur qu'il y avait des émotions très particulières. On a peur, enfin j'avais peur de tout, j'ai essayé de faire attention, même des fois à marcher trop vite ou courir pour avoir le bus ou quoi et après je me dis ah non je n'aurais pas du faire ça"* (Barbara) ; *"j'étais fumeuse, j'ai arrêté du jour au lendemain, l'alcool je n'ai pas bu une seule goutte d'alcool. Bon il s'avère que je n'étais pas immunisée contre la toxoplasmose, donc je n'ai pas mangé ne ce reste qu'un petit bout de fromage. J'ai été très très exigeante avec tout ça, avec moi même. J'ai eu un régime alimentaire un peu draconien. Que des œufs dures et même pas une omelette. Voilà j'en étais là."* (Chloé)

Certaines femmes de nature plutôt anxieuse ont au contraire profité de la grossesse pour lâcher prise et laisser les choses se faire en positivant : *"moi de base je suis quelqu'un de très stressée, enfin pas très stressée mais j'aime bien tout décider, j'aime bien quand c'est tout organisé voilà. Et là au final et bin je me suis un peu laissée vivre au jour le jour, je me suis dis que ça allait bien se passer."* (Fanny)

La grossesse a également été l'occasion de se lancer dans de nouveaux projets pour certaines femmes. Notamment pour les multipares qui ont eu des envies différentes suite aux premières expériences : *"j'ai commencé à me faire suivre par une psy parce que c'est quelque chose que je voulais faire depuis longtemps et je me disais je le ferai quand les enfants seront plus grands et que j'aurais plus de temps. Et là je me suis dis bah mince là j'y retourne ça va peut-être être à ce moment là que j'aurais vraiment le temps d'y aller finalement, donc j'ai démarré un accompagnement. Et je me fais aussi accompagner par une doula."* (Hélène à l'annonce surprise de sa troisième grossesse)

Un besoin de prendre du temps pour soi surtout quand il y a des enfants à la maison ou quand on ne s'est pas assez écouté lors des précédentes grossesses : *"c'est maintenant j'en prend conscience de tout ce qui s'est passé et je fais un peu le bilan pour me dire bah ça je ne veux pas le revivre, ça je ne veux pas le revivre"* (Hélène)

L'annonce de la grossesse n'est pas une période de changement uniquement chez les femmes, celles-ci ont également vu leur conjoint changer de comportement : *"il m'a regardé avec des grands yeux [...] il m'a dit oulala ça veut dire que je ne pourrais pas acheter de grosse voiture cette année, pour pas dépenser trop entre guillemets. Et deux secondes après il m'a dit oulala il faudra vite trouver une nounou ! Et je l'ai regardé et je lui ai dis mais t'es content quand même ? Il m'a dit oui oui voilà mais c'est plus après que lui il a réagit. Il a eu l'inquiétude d'abord on va dire (rire)"* (Fanny) ; *"il s'est mis à faire le ménage alors qu'il ne fait jamais le ménage (rire) . Et je dis mais qu'est-ce que tu fais ! [...] Et quand il revenu pour manger le midi il a dit bon bah tu vois, moi j'avais peur qu'il me propose l'avortement. Et il m'a dit ah bah tu vois du coup ça tombe bien parce qu'on ne savait pas et la vie a décidé pour nous."* (Hélène)

“La mère est dès lors construite dans une dimension personnelle, familiale et sociale conditionnée par le postulat selon lequel la femme a pour vocation de devenir mère, ce qui laisse peu de place à la création d’un personnage hors du commun.”(13)

La maternité est ancrée dans la société notamment via les institutions. D'après une enquête menée par Elsa Boulet l'assignation des femmes à la reproduction prend des formes différentes selon l'appartenance sociale. A savoir comme l'aboutissement d'un processus de maturation psychologique pour les femmes de classe moyenne et par l'expérience de la maternité et le "savoir-faire" chez les femmes de classe populaire.(19) Particulièrement depuis les années 1980 la configuration de la naissance a changé.(20) En effet la sécurisation des naissances a induit que toute naissance est précieuse et inscrite dans un projet familial. L'enquête de l'UNAF (Union Nationale des Associations Familiales) de 2014 montre que pour les couples, l'arrivée d'un enfant est avant tout la concrétisation du projet de fonder une famille et de pouvoir "aimer et être aimé". Des intentions qui ont complètement évoluées et qui ne sont plus centrées sur la transmission patrimoniale, la perpétuité de la lignée ou la conservation d'un nom.(21) Ce nouveau contexte explique que la maternité s'affiche et que l'annonce se fasse de plus en plus tôt : *"le fœtus est investi comme un bébé à part entière, l'accouchement devient un enjeu de réalisation personnel et l'enfant tout juste né est présenté comme l'œuvre d'une vie."*(20)

Afin de comprendre la place de la maternité dans la société d'aujourd'hui il est intéressant de parcourir son évolution au cours de l'histoire. Trois livres m'ont permis de mieux comprendre les propos des femmes recueillis en entretien : Être mère XVIIIe siècle - XXIe siècle de Patricia Ménissier, La place des hommes : et les métamorphoses de la famille de Christine Castelain Meunier, Sociologie de la naissance de Philippe Charrier et Gaëlle Clavandier.(13,22,23)

Pendant la période médiévale (moyen-âge) il existe un lien charnel entre la mère et l'enfant. La maternité est une vocation naturelle de la femme et les mères transmettent les émotions, conseillent et éduquent les enfants.

Du moyen-âge au milieu du XVIIIe siècle la religion chrétienne est prépondérante. Période du patriarcat rural, le pouvoir maternel est secondaire au père et est inversement proportionnel à l'autorité masculine (puissance symbolique de père). Les femmes ont la possibilité de s'affranchir des devoirs maternels via les nourrices, collèges et couvents.

À la fin du XVIIIe siècle les femmes sont des mères à part entières, elles gèrent les soins, l'attention et l'éducation : *“la mère éducatrice est celle qui est fortifiée dans sa tâche par la tendresse qu'elle porte à ses enfants, ce qui garantit la réussite de son entreprise”*.⁽¹³⁾ Jusqu'à la moitié du XXe siècle, période du patriarcat industriel, elles sont les gardiennes du foyer. Le père est toujours le chef de famille mais sa place est désacralisé (travail et guerre). Le modèle de la mère idéale est véhiculé, mais elles sont exclues de la vie publique, intellectuelle et sociale.

La première moitié du XXe siècle est marquée par les deux guerres mondiales qui entraînent le remplacement des hommes partis au front. Il y a une prise de conscience des possibilités d'expression féminines en dehors de la maternité, les femmes s'engagent. La mère est rapprochée de l'enfant via les interventions de l'État, mais les femmes sont toujours infériorisées car aux yeux de la société la sphère industrielle est supérieure à la sphère privée. Aux guerres succèdent la nécessité de repeupler la France. L'Etat se positionne en défaveur de l'avortement, prône les valeurs familiales et propose des aides financières. Le discours officiel est orienté vers une maternité comme un devoir pour les femmes. Cette période coïncide avec l'émergence des mouvements féministes qui revendique la non obligation de maternité avec l'accès à la contraception.

La fin du XXème siècle est marquée par la reconnaissance des droits des femmes, du travail qu'est la maternité, un meilleur accès aux carrières professionnelles pour les femmes et l'idée que l'accomplissement de la femme peut se faire autrement que dans la maternité.. C'est également l'émergence de la notion de coparentalité ainsi que l'égalisation des responsabilités dans l'éducation et la parentalité.

Aujourd'hui, au XXIème siècle, la maternité évolue encore avec notamment un mouvement pour la liberté à chacun de procréer. L'AMP ne cesse de se développer, permettant un accès à la parentalité plus seulement aux couples hétérosexuels dont les lois de la nature n'ont pas donné la chance de pouvoir concevoir, mais également aux personnes qui ne peuvent biologiquement pas concevoir (femmes seules, couples homosexuels ou lesbiens). Ce qui implique qu'il n'y a plus obligation de lien de sang pour être parent, une énorme évolution pour l'histoire des familles dans la société. Une autre rupture importante est l'augmentation des mères seules expliquée par l'accès aux divorces et son augmentation. Autrefois les femmes seules l'étaient par décès du père, au front le plus souvent.

L'histoire de la maternité permet de comprendre la pression ressentie par certaines des femmes interrogées à devenir maman. De comprendre également les enjeux importants qui se cachent derrière les grossesses d'aujourd'hui. Elles ne reposent plus sur le hasard dont les couples devaient s'adapter autrefois mais sont véritablement construites, parfois de longs mois voir années à l'avance. L'enfant à venir est imaginé, fantasmé par les parents. L'échographie, élément important relevé par plusieurs des femmes interrogées, permet d'ailleurs d'humaniser ces représentations mentales, comme une preuve de réalité.(11) *“Imaginé, l'enfant est supposé tout accomplir, tout réparer, tout combler : deuils, solitude, destin, sentiment de perte.”*(11)

L'évolution de la place du père dans la maternité est également importante à relever. Pour les femmes interrogées l'annonce de la grossesse au conjoint était un élément fort de la

période périconceptionnelle. Elles ont parfois mis en avant une difficulté à percevoir les émotions de leur partenaire, des modifications de leur comportement à l'annonce mais également un regret qu'ils ne soient pas d'avantage associés aux parcours de soins de la grossesse. Dans La place des hommes : et les métamorphoses de la famille plusieurs pères ont été interrogés au début des années 2000 et leurs témoignages marquent un tournant avec les générations précédentes : *“ces pères évoquaient leur paternité en ayant le sentiment d’innover par rapport aux générations précédentes, notamment par rapport à leur propre père. Ils faisaient état des pratiques spécifiques reflétant la diversité de leurs interventions (activités ménagères, soins corporels aux enfants, échanges affectifs, jeux, activités cognitives...)”*(22)

Depuis le XIXe siècle et encore pendant les guerres, l'Etat soutient le monopole de l'éducation par les femmes. L'Etat a éloigné l'homme de l'enfant : l'homme doit travailler, il est éloigné de la petite enfance et de l'enfantement, il ne doit pas montrer ses émotions. Cette *“matrifocalité”*(22) place les pères au second plan comme des *“acteurs éducatifs”*. Cela est visible par exemple en cas de séparation, la garde et la résidence principale sont plus souvent données à la mère ou dans le domaine de la petite enfance : *“Le lien à l'enfant demeure symbole maternel, alors même qu'il devient moyen et manière d'être père. Ce lien est loin d'être encouragé dans sa nouvelle dimension. Rare sont les endroits qui reconnaissent la place du père dans ce sens. Plus souvent le père apparaît comme une pièce rapportée. Il est celui qu'on sollicite faute de mieux, ou encore celui qui dérange, qu'il s'agisse des consultations prénatales, des maternités, des crèches, des jardins d'enfants. Il n'est pas considéré comme un interlocuteur éducatif à part entière dans l'univers de la petite enfance. Il est défini dans l'ombre de la mère.”*(22) On observe alors chez les pères des stratégies de fuite, de repli, d'effacement, de désintérêt face à la maternité. Cependant, la fin du XIXe siècle est marquée par un mouvement de *“volontarisme”*(22) amorcé par les hommes pour

occuper leur place auprès de l'enfant indépendamment des femmes et des traditions. Aujourd'hui ce modèle de coparentalité et la place du père sont promus avec la mise en valeur de la communication, de l'intimité, la promotion d'une sexualité pour le plaisir partagé, la volonté de se débarrasser des obligations antérieures et des évolutions vers un meilleur partage de la parentalité (augmentation du congé paternité, congé parental etc).(22)

Dans les entretiens réalisés le poids des témoignages extérieurs s'est fait ressentir. La maternité étant une expérience vécue par la grande majorité des femmes il y a comme une nécessité de témoigner auprès des autres femmes enceintes de son entourage. On peut imaginer que ce soit un élan d'empathie, une volonté de venir en aide spontanément auprès de ses pairs. On peut également émettre l'hypothèse que ce soit par catharsis, une occasion de partager son expérience et d'être comprise. Dans Je rêve un enfant, Monique Bydlowski explique que la maternité est une expérience individuelle mais par un processus d'identification les femmes ont besoin des expériences d'autres femmes.

Il y a l'idée forte dans notre société qu'il ne faut pas annoncer la grossesse autour de soi avant la fin des trois premiers mois du fait du risque important de fausse couche. Effectivement le pourcentage de fausse couche n'est pas négligeable et elles sont la plupart du temps expliquées par la présence d'anomalies chromosomiques.(24) On estime en France qu'une grossesse sur quatre se termine par une fausse couche. Mais on sait aussi que les conséquences de ces pertes de grossesses peuvent être considérables. Dans Une fausse couche et après ?, 56 femmes ont été interrogées juste après la survenue d'une fausse couche puis régulièrement les deux années suivantes. Presque toutes les femmes se sont senties déprimées les jours qui ont suivi : réaction dépressive, symptômes physiques et moraux (troubles du sommeil, de l'appétit, grande fatigue...), colère, sentiment de culpabilité. Même s'ils

exprimaient rarement leurs ressentis, les conjoints restaient le principal soutien au cours de cette épreuve.(24)

Dans une étude qualitative réalisée au Danemark auprès de 20 femmes au premier trimestre de leur grossesse, la plupart ont également gardé secrète la grossesse tout le premier trimestre à cause du risque de fausse couche.(18) Alors qu'il s'agit d'une période difficile moralement et physiquement pour la plupart des femmes : nausées, vomissements, fatigue, stress... Dans Trois mois sous silence : le tabou de la condition des femmes en début de grossesse, Laure, une des femmes enceintes interrogées, à quatre mois de sa grossesse, exprime la difficulté de traverser cette période seule : *"maintenant ça va, c'est avant que ça a été l'enfer. C'est fou que l'aide, même celle des amis et collègues, ne puisse intervenir que maintenant, alors même que c'est pendant les douze premières semaines que j'en aurais eu besoin, mais que j'ai tant été encouragée à ne rien dire que je me suis trouvée complètement seule"*.(25)

Sur son site Quantikmama, à 13 semaines de grossesse Karine la sage-femme s'interroge sur cette question du secret des trois premiers mois : *"collectivement, est-ce qu'on en parle et s'y investit si peu parce qu'on sait que la femme pourrait perdre le bébé ? Avons-nous à ce point besoin d'une garantie de livraison pour aimer et prendre soin des femmes nouvellement enceintes ?"*.(26) Une période intense pendant laquelle la femme a besoin de soutien, d'être reconnue et encouragée comme l'explique Karine. Elle raconte qu'elle a gardé le secret jusqu'à ce qu'elle soit confrontée personnellement à une fausse couche, de la même manière que Fanny : *"J'aimais l'idée que ce soit MON secret. Jusqu'à ce que je perde un bébé sans que personne soit au courant. Je me suis sentie tellement seule à vivre mon deuil..."* Elle souligne alors dans ce témoignage la complexité des fausses couches précoces, vécues comme de réels deuils par les parents alors que la société ne les reconnaît qu'après 14 semaines d'aménorrhées révolues. Dans la préface du livre écrit par Judith Aquien, Camille Froidevaux-Metterie, philosophe, explique la difficulté pour les femmes de devoir traverser ce *"deuil sans rituel ni*

reconnaissance” : “C’est la double peine, devoir dissimuler la grossesse durant trois longs mois, puis être privée de toute empathie lorsqu’il faut en révéler la fin”.(25)

IV. Des besoins et attentes particuliers

a.Des expériences traduisant des écueils dans la prise en charge

Plusieurs femmes n'ont consulté aucun professionnel de santé pendant la période périconceptionnelle. Parce qu'elles n'en ont pas ressenti le besoin à ce moment là, mais plutôt à postériori, comme Chloé : *"déjà j'en ressentais pas le besoin. Et puis après je ne sais pas dans quelle mesure, enfin c'est maintenant que je me dis mince ça j'aurais aimé le savoir, ça j'aurais aimé m'y préparer"* ; parce que la conception à été rapide comme pour Amélie : *"c'est vrai que comme ça s'est fait rapidement je n'ai pas eu besoin entre guillemets d'y aller. Je m'étais dis que si vraiment janvier-février je n'aurais pas été enceinte, je serai aller voir"* ; ou par sentiment de ne pas être légitime comme Lucie : *"voilà je me dis que c'est peut être des questions super bêtes et que tout le monde serait censé savoir et moi j'arrive comme ça pour lui poser des questions que je suis censé connaître."*

Lors des entretiens deux femmes avaient connaissance des consultations préconceptionnelles. Delphine a d'ailleurs rencontré un gynécologue avant d'essayer de tomber enceinte pour s'assurer que tout aille bien d'un point de vue médical : *"j'ai vu une fois avant de lancer le projet bébé et c'était plus pour un bilan physiologique, voir si tout allait bien. Si les vaccins étaient à jour, si j'étais immunisée contre différentes choses. Si on pouvait lancer le projet sereinement sur le plan biologique et médical. Mais on a pas du tout parlé."* Les autres femmes interrogées qui ont consulté, ont rencontré un professionnel soit pour une difficulté à tomber enceinte, soit pour arrêter leur moyen de contraception : *"je lui en avait déjà parlé au mois de novembre quand j'avais enlevé le stérilet et donc voilà on en avait parlé rapidement,*

je crois qu'elle avait commencé à me prescrire peut-être l'acide folique à ce moment là." (Ilona, consultation médecin traitant) ; *"quand la sage-femme m'a retiré le stérilet elle m'a dit donc voilà d'essayer, que souvent ça prenait du temps, [...] entre 0 et 1 an qu'on tombait enceinte et que du coup on devait essayer sans trop se poser de questions et que au bout d'un an si je n'étais toujours pas tombée enceinte il fallait que je retourne consulter."* (Judith).

Les femmes qui ont consulté pendant cette période mettent en évidence le manque d'écoute des professionnels. Elles soulignent les capacités techniques et médicales des professionnels rencontrés mais regrettent le manque d'empathie et de soutien qu'elles sont souvent venues chercher : *"elle est très bien sur le plan médical mais extrêmement factuelle on va dire et du coup on a décidé de pas la revoir pour le suivi de la grossesse. Justement pour cet aspect peu empathique et trop purement médical on va dire. [...] j'y suis allée parce que j'avais super mal au ventre et des craintes la seule réponse qu'on a eu c'est "c'est normal". C'est normal, très bien mais, enfin, j'ai un doctorat en biologie donc j'ai fais de la physiologie pendant des années, même si je ne suis pas dans un métier médical je suis quand même capable de comprendre deux trois trucs. Donc en quelques phrases on peut m'expliquer. C'est à dire, c'est normal, pourquoi ? Il y a quand même une douleur, d'où vient cette douleur ? Effectivement peut-être que c'est normal d'avoir ces douleurs là. Et j'ai du chercher par moi même et je trouve que c'est pas terrible on tombe sur un peu de tout"* (Delphine, consultation préconceptionnelle avec une gynécologue) ; *"c'était un rendez-vous médical vous savez les gynécos ils parlent pas bien !"* (Emilie, premier rendez-vous PMA) ; *"moi ma gynéco elle était super en terme de résultat mais par contre en terme de rassurer et de parler c'était pas ça quoi. Si je lui posais pas des questions elle était pas là. Elle est très douée pour résoudre les problèmes d'infertilité par contre niveau communication c'est pas ça quoi"* (Judith, parcours PMA)

Chloé, dont l'entretien a été réalisé en post-partum de son premier accouchement, a exprimé la difficulté d'avoir recours à plusieurs professionnels au cours du parcours soin pour avoir un

discours continu : *"ce qui est aussi un petit peu compliqué, je rajouterais juste ça. C'est que par exemple que ce soit à la maternité ou dans l'entourage tout le monde a un avis différent. A un moment on va nous dire là il faut avoir une certaine discipline et un autre professionnel, une autre sage-femme va nous dire ah non [...] En fait c'est un peu le bordel et du coup on sait plus quoi penser quand c'est le premier on est perdu."*

Des discours discordant mais aussi des difficultés pour les femmes de savoir qui consulter et quand lorsqu'il s'agit d'une première grossesse comme me l'a raconté Ilona : *"quand je suis tombée enceinte je suis allée voir mon médecin traitant qui m'a prescrit une prise de sang mais voilà je ne connaissais pas de gynéco ou de sage-femme et du coup c'est vrai que j'étais un peu...Je savais pas trop qu'est-ce qu'il fallait que je fasse. Et du coup j'avais appelé la maternité au moment de, quand j'avais vu que c'était positif et ils m'avaient demandé du coup la date de mes dernières règles. Sauf que bin je la connaissais pas (rire) vu que j'avais pas vraiment suivi. Et ils m'ont dit bah on ne peut pas vous donner de rendez-vous tant que vous n'avez pas fait une écho de datation, mais que eux ne pouvaient pas faire. Donc j'ai du trouver en urgence un gynéco, enfin du coup j'ai trouvé un sage-femme échographiste qui a pu faire une écho de datation pour que je puisse commencer à prendre mes rendez-vous mais du coup c'était un peu compliqué, j'ai un peu tâtonné au début ouais pour la première fois."*

b. En quête d'informations

Les femmes ont eu parfois des difficultés à trouver les informations dont elles avaient besoins. Les entretiens montrent à quel point les besoins des femmes en terme d'informations divergent d'un contexte à un autre. Pour certaines il était important d'avoir toutes les informations possibles même si certaines peuvent être anxiogènes, pour d'autres l'idéal est de ne pas se poser de questions. La période périconceptionnelle est une période pendant laquelle les femmes ont eu besoin d'informations sur les risques et les changements physiques et

physiologiques en début de grossesse : *"peut-être plus d'informations sur la grossesse ou sur les risques qu'on peut avoir en début de grossesse"*^(Barbara, primipare) ; *"j'aurais aimé avoir plus d'informations sur ce qui pouvait se passer. Très honnêtement je ne m'attendais pas à ce qu'il y ai autant de changement physiologiques le premier trimestre et dès les premières semaines. J'ai eu ces maux de ventre qui me réveillaient la nuit donc ce n'était pas non plus juste un petit peu de mal au ventre la journée, ça me réveillait en plein milieu de la nuit. Ca m'a beaucoup inquiétée donc le temps d'avoir un rendez-vous pour vérifier que tout allait bien c'était assez angoissant. [...] Est-ce que je fais une grossesse extra-utérine ? Est-ce que je suis en train de perdre une trompe et que pour la suite ça va être encore plus compliqué ? Sur le plan psychologique je pense que ça fait une grosse différence d'avoir un moment où on nous explique ce qui peut se passer."*^(Delphine, primipare) ; *"on nous explique pas ce qu'il se passe dans notre ventre. On nous dit qu'il grossit petit à petit. Oui mais qu'est-ce qui grossit avec, est-ce qu'il y a de l'eau qui s'est créé avec le bébé, voilà du sang, qu'est-ce qu'il y a dans le sang ?"*^(Lucie, primipare)

Lorsqu'il ne s'agit pas d'un premier enfant le besoin d'information sur les changements au premier trimestre étaient moins importants. En revanche Héléne s'est beaucoup intéressée à la physiologie de part son métier et s'est renseignée sur les différentes possibilités d'accouchement et de suivi pour sa troisième grossesse : *"ce qui m'aurait vraiment aidé c'est qu'on me propose, enfin qu'on me parle de l'accouchement naturel. Parce que là c'était, je pense que c'est ou on connaît des gens qui ont accouchés naturellement et dans ce cas là on est au courant mais sinon si on. Enfin je veux dire la vie avant d'être maman je trouve que les infos qu'on a sur l'accouchement c'est les émissions genre babyboom et on se dit qu'en fait c'est ça c'est comme ça que ça va se passer. Dans ces émissions là il y a toujours une péridurale, une fois sur deux ça finit en césarienne."*

Un besoin d'information pour anticiper et se préparer : *"pouvoir échanger déjà sur toutes les questions qu'on a vis à vis de la grossesse, de la maison, de l'accouchement et tout ça. Avoir accès aux infos tout de suite et savoir ce que ça engendre en fait. C'est savoir à l'avance, anticiper quoi. De comment ça va se passer et quels sont les risques et ouais tout. D'avoir l'information avant."* (Chloé, primipare) ; un besoin d'avoir un professionnel disponible pour se rassurer : *"sur internet on finit toujours par avoir un cancer de toute façon ! Après c'est vrai que par ma formation professionnelle j'arrive quand même à faire la part des choses et à trier les infos mais tant que c'est pas confirmé par une consultation on se dit bah il y a quand même une petite chance que."* (Delphine, primipare)

c. Vers une prise en charge globale, le rôle de la sage-femme

Les femmes interrogées ont rencontré des sages-femmes pour la première fois dans le contexte de la grossesse *"c'était juste à l'occasion de la grossesse que j'ai été suivi par une sage-femme [...] c'est une toute autre approche que le médecin en fait."* (Gladys) Ilona montre bien dans son témoignage que le métier de sage-femme et l'étendu des compétences restent encore peu connu dans la population générale : *"je ne connaissais pas vraiment en fait ce métier là et alors maintenant je me suis beaucoup renseignée et en fait quand je suis tombée enceinte à 26 ans je ne savais pas que les sages-femmes pouvaient faire les suivis gynéco, de contraception ce genre de choses quoi. Pour moi c'était juste l'accouchement"*.

Les femmes ont trouvé dans le contact avec leur sage-femme une toute autre approche et prise en charge. Elles ont trouvé un espace de parole et d'écoute adapté : *"il y a eu une écoute complètement différente. C'est ce qui nous a décidé de faire la suite du suivi avec une sage-femme et pas du tout avec la gynéco.[...] à chaque fois elle essaye de me rassurer sur différents points, m'expliquer les choses justement de manière très abordable et puis très*

rassurant en fait. ^(Delphine) Les femmes ont exprimé un besoin de sécurité, de déculpabiliser et d'écouter de leur demande pendant cette période.

Les femmes ont d'ailleurs continué leur suivi post-partum et suivi gynécologique avec leur sage-femme ce qui montre le lien de confiance qui s'est créé dans la relation de soin. Un lien de confiance qui se constitue au fil des consultations comme l'exprime Delphine : *"on a un petit peu parlé sur les entretiens classiques où elle a très vite détecté que c'était angoissant pour moi donc elle m'a proposé un créneau d'entretien prénatal assez vite. [...] Et puis elle a vraiment eu une démarche dès le premier rendez-vous. En fait je l'ai vu qu'une fois seule et après elle m'a vraiment proposé d'inclure le papa dans le processus pour que lui aussi puisse exprimer ses éventuelles angoisses ou ses questions. Ou tout simplement être là quand moi j'en avais envie. Ca j'avoue que c'est super."*

Dans les entretiens on retrouve cette notion de suivi global, avoir un professionnel de confiance qui réalise le suivi depuis le début de la grossesse, en post-partum puis après avec le suivi gynécologique. Un professionnel qui fait aussi le lien avec les relais nécessaires pour une prise en charge optimale : *"elle m'a donnée un peu des contacts pour justement si jamais il y a besoin d'un suivi psychologique parce que voilà c'était pas très facile"* ^(Barbara)

La sage-femme a un rôle primordial à jouer dans la prise en charge des femmes pendant la période périconceptionnelle. D'autant plus que le vécu de cette période est important pour la santé de la mère, de l'enfant et du couple. Le parcours de Judith en est témoin, un vécu difficile peut être un obstacle à la réalisation d'une grossesse : *"je pense que c'est aussi pour ça que ça ne marchait pas de manière naturelle, il y avait quand même une part de, au travail ça se passait mal donc forcément. Je n'étais pas dans de bonnes dispositions pour tomber enceinte, j'étais pas très épanouie."*

L'élaboration du rapport des 1000 premiers jours en 2020 suit l'évolution de la parentalité dans la société et illustre les propos de Philippe Charrier dans Sociologie de la naissance : *“les modalités relatives à la conception, comme celles de la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches se sont transformées pour devenir une question sociale qui dépasse un simple enjeu reproductif.”*(23) Dans ce rapport il est envisagé un programme national de promotion de la santé dès la période préconceptionnelle. Dans un objectif de : *prévenir les complications de la grossesse ainsi que les risques physiques, psychiques et sociaux des nouveaux parents et de leur enfant à court, moyen et long terme*".(9) Ils recommandent de proposer à tous les couples qui envisagent une grossesse de réaliser une consultation préconceptionnelle afin de repérer les facteurs de risques, consommations, situations d'isolement, de précarité ou de détresse afin d'entourer et d'orienter si besoin. Ils indiquent également que pour atteindre cet objectif les professionnels de santé devront être formés. Effectivement dans les entretiens réalisés on constate que les professionnels n'ont pas toujours proposé cette consultation ou alors ont eu des actions partielles : prescription seule d'acide folique, programmation d'un rendez-vous uniquement quand la grossesse sera confirmée, bilans biologiques... Or l'HAS a publié des recommandations pour les médecins généralistes, sages-femmes, obstétriciens depuis 2009.(3) L'intérêt de la consultation préconceptionnelle à la manière dont elle est réalisée actuellement pose question. Finalement est-ce que les femmes les plus précaires, isolées, en détresse, ne sont pas celles qui consultent le moins ? Et celles qui sont bien suivies sur le plan médical ou ont connaissance d'un antécédent ou d'une pathologie à risque pendant la grossesse seront plus à même de consulter d'elles-mêmes ? Est-ce que la consultation préconceptionnelle n'a pas plus son intérêt chez les femmes atteintes d'une pathologie connue qui doit être surveillée et le traitement adapté pendant la grossesse ?(27) Effectivement la prescription d'acide folique est

recommandée dans les 12 semaines qui entourent la grossesse, mais celle-ci n'est souvent pas planifiée à la semaine près. Pour que la consultation préconceptionnelle soit accessible au plus grand nombre de femme on pourrait envisager que les médecins et sages-femmes qui rencontrent une femme pour un arrêt de contraception ou tout autre motif pose la question du projet de grossesse. Ainsi, si c'est le cas, le professionnel s'assurerait que le dossier est complet (facteurs de risque), donnerait les conseils nécessaires (alimentation, changements physiques, symptômes, expositions, suivi de grossesse...) et prescrirait les bilans/traitements nécessaires (sérologies, vaccinations, acide folique...). Ces premiers messages auront le temps de murir pendant la période de la concrétisation de la grossesse et seront à nouveau abordé lors du suivi classique de grossesse. Mais il y a de ce fait une première prise en considération du projet, un premier lien qui fait que la femme saura vers qui se tourner en cas de problème. La consultation préconceptionnelle est aujourd'hui peu réalisée en France. Les femmes n'ont souvent pas connaissance de cette consultation (6,28) et ont cherché des informations ailleurs (internet, famille, amis...).(6) Les femmes disaient aussi parfois se sentir jugée par le médecin dans leur projet, ne ressentaient pas le besoin de consulter ou ne se sentaient pas concernées. Il y a également la confusion que la consultation préconceptionnelle est destinée aux femmes présentant des problèmes de fertilité, comme nous avons pu le mettre en évidence dans les entretiens. Ou également la peur de se projeter rapidement dans la grossesse. Pour autant les femmes ont eu besoin d'un professionnel disponible, de confiance et à l'écoute mais les avis étaient partagés entre le besoin d'un vrai temps dédié uniquement à la consultation préconceptionnelle sous forme d'une consultation unique ou la délivrance des informations en temps voulu tout au long de la prise en charge.(6)

Dans les entretiens réalisés en post-partum on remarque que les femmes auraient aimé être d'avantage informées sur des sujets qui leur ont posé problème au cours de leur maternité. Plusieurs ont mentionné l'accouchement, le déclenchement, le post-partum, le retour à la

maison... Des questions qui sont normalement abordées en préparation à l'accouchement. Des questionnements qui sont arrivés à postériori mais n'auraient pas été mentionnés si les entretiens avaient été réalisés chez les même femmes au premier trimestre. Il seraient intéressant dans un autre travail d'interroger les femmes sur la réalisation des ces cours de préparation pour les améliorer. Dans l'étude qualitative Danoise les femmes interrogées ont exprimés leur solitude face aux préoccupations et questions du premier trimestre pendant lequel la grossesse était secrète : *"for someone who has never been pregnant before, my head was full of questions. I couldn't really ask anyone in the beginning, because I didn't want to tell our families about it yet, and so I got my information online instead."*⁴ (Ingrid) Les femmes trouvaient des réponses auprès de l'entourage familial, amical, sur internet, par des lectures.. Les besoins d'information des femmes étaient le plus souvent liés au corps de la femme enceinte (normalité des symptômes), au développement du fœtus (quelle surveillance mettre en place) et aux changements de style de vie (recherche des meilleures conditions de vie possibles).(18)

Un des éléments clef du suivi de grossesse et rendu obligatoire du fait de sa faible réalisation est l'Entretien Prénatal Précoce (EPP).(9) L'EPP a été créé à l'occasion du plan périnatalité 2005-2007 sous l'impulsion de Françoise Molénat, auteure du livre Accompagnement et alliance thérapeutique en cours de grossesse : *"au moment où eux-mêmes construisent une nouvelle place, ils ont besoin de trouver en eux et autour d'eux les appuis nécessaires. Tout devrait être fait pour qu'ils gardent, ou retrouvent une confiance suffisante en eux-mêmes, base de la sécurité à transmettre à leur enfant."*(8) L'EPP reste encore lui aussi peu réalisé puisque même si 85% des maternités déclarent qu'elles les organisent, seulement 28,5 % des femmes déclarent en avoir bénéficiés.(29) L'EPP apporte une nouvelle approche

⁴ *"pour quelqu'un qui n'a jamais été enceinte auparavant, ma tête était pleine de questions. Je ne pouvais pas vraiment demander à qui que ce soit au début, parce que je ne voulais pas encore en parler à nos familles, j'ai donc obtenu mes informations en ligne à la place."*

notamment avec une prise en charge de la dimension psychologique et émotionnelle dans l'objectif de prévenir la dépression du post-partum et les troubles de la relation parents/enfants. Il s'agit d'"un espace de dialogue qui doit leur permettre d'exprimer leurs émotions, sentiments, inquiétudes ou interrogations autour de la grossesse et de l'arrivée du bébé."(9) Un des points essentiels qui a été mis en avant dans les entretiens réalisés était le manque d'écoute, de prise en compte des inquiétudes, le besoin de réponses aux questions et le besoin d'une aide psychologique. Autant d'éléments qui auraient trouvé leur place dans la réalisation d'un EPP auprès de ces femmes mais qui n'en ont pas toujours bénéficié. La création de l'EPP est un élément important car cela signifie la prise en charge d'une dimension psychologique et émotionnelle qui était totalement absente dans le suivi de la grossesse jusque là. Depuis le XIXe siècle la grossesse a été institutionnalisée et médicalisée avec la création des hôpitaux et maternité. L'objectif principal était de réduire la mortalité maternelle et infantile importante jusqu'alors. Cette institutionnalisation/médicalisation a entraîné une "normalisation" de la femme enceinte et parturiente (parcours de soins, consultations mensuelles). Une exigence médicale et de protection pour la mère et son enfant : *"L'objectif de l'accoucheur n'est pas de réaliser un accouchement bien vécu par la mère comme une grande expérience de sa vie de femme, ni un accouchement confortable, mais d'assurer la sécurité de la mère et de l'enfant, de réaliser un accouchement sans dégâts"* (Françoise Thébaud, historienne en 1986)(23)

Le rapport des 1000 premiers jours illustre les propos de Chloé : *"les professionnels sont souvent nombreux et surtout multiples au cours du suivi, engendrant parfois la confusion et une perte de confiance".*(9) Ils encouragent au choix d'un "réfèrent parcours" pour les femmes qui réaliserait le suivi de la grossesse, le lien avec les différents professionnels et serait le point d'ancrage du couple en cas de difficultés ou besoins. Les sages-femmes sont mises à l'honneur du fait de leur rôle central en matière de périnatalité : *"Cette fonction de*

réfèrent parcours pourrait être préférentiellement occupée par les sages-femmes en ville, de PMI, à l'hôpital."(9) Dans un mémoire réalisé en 2017, la réalisation de la consultation préconceptionnelle par les sages-femmes a été évaluée de manière qualitative. Pour les sages-femmes interrogées cette consultation était principalement l'occasion de mettre en jeu des compétences relationnelles, de faire de la prévention et de s'inscrire dans un accompagnement global. Les sages-femmes qui ne réalisaient pas cette consultation donnaient comme raison le manque de connaissance et l'absence de demande des femmes. Les sages-femmes qui l'a réalisait organisaient pour la majorité la consultation de façon à recueillir les antécédents, prescrire les bilans sérologiques et l'acide folique, donner des conseils d'hygiène et voyaient cette consultation comme une continuité au suivi gynécologique.(30)

IV. Forces et faiblesses

Tout d'abord le nombre restreint de participantes interrogées n'est pas représentatif de la majorité des femmes vivant la même situation. Cependant nous avons essayé d'interroger des femmes les plus différentes possibles pour limiter ce problème (âge, parité, profession). Après réalisation des entretiens on remarque qu'il y a une majorité de catégories socioprofessionnelles élevées ce qui peut fausser en partie les résultats.

Le fait d'interroger les femmes de seulement deux cabinets de sages-femmes a pu nuire à l'objectivité de l'étude. Cependant pour faciliter la prise de contact et pouvoir réaliser un maximum d'entretien nous avons volontairement choisi de restreindre l'étude à deux sages-femmes dont les activités sont variées : suivi de grossesse, suivi gynécologique, rééducation du périnée, ostéopathie, techniques de relaxation (sophrologie, hypnose, réflexologie...), prise en charge des douleurs périnéales... Pour limiter cette perte d'objectivité nous avons choisi des femmes à différents stade de leur parentalité et ayant eu différents suivi afin d'interroger des femmes qui n'auraient pas été suivi par une sage-femme ou un médecin pendant la période périconceptionnelle.

Il existe également un biais de mémorisation étant donné que les femmes ont du se remémorer une période passée dont le contexte de grossesse actuelle ou la prise de distance a pu modifier le discours tenu par rapport au réel vécu de la période périconceptionnelle.

Enfin, le thème du mémoire concernant un sujet personnel lié à l'intimité des couples, il est possible que les femmes n'ai pas abordé certaines choses par pudeur, honte ou trouvant le sujet trop personnel ou tabou. Le climat de confiance instauré par les différents contacts précédents l'entretien et l'accueil lors de sa réalisation avaient pour but de réduire au maximum cette limite.

V. Conclusion

Notre étude nous a permis de mettre en évidence le vécu des femmes pendant la période périconceptionnelle et de comprendre leurs besoins afin d'améliorer leur prise en charge. La survenue d'une grossesse et son vécu variaient d'un couple et d'un contexte à l'autre. Des préoccupations et besoins propres à chaque histoire mais un consensus autour de deux points : la pression que représente la maternité dans la société d'aujourd'hui (âge, travail, représentations) et le silence autour des trois premiers mois difficile à supporter compte tenu des symptômes. Une période de multiples changements et remises en question pour les femmes pendant laquelle l'aide des professionnels de santé était parfois nécessaire mais pas toujours adaptée.

Ces témoignages s'inscrivent dans la continuité d'une configuration de la naissance en constante évolution. La vocation naturelle des femmes à concevoir a évolué de la loi du hasard à une maîtrise de la conception. Comme l'ont montré les femmes lors des entretiens, les grossesses sont maintenant pour la plupart programmées et représentent parfois l'investissement d'une vie. On imagine alors tous les enjeux et représentations pour les futurs parents. *“La libération des femmes n'est qu'un aspect de la mutation de la société initiée au cours des années 1970, dont le pivot semble être l'exigence de l'épanouissement personnel, l'aspiration à l'exercice de libertés individuelles toujours renouvelées et grandissantes, qui conduit à la recherche non d'un bonheur commun, mais individuel au sein de la collectivité.”*(13) Le XXe siècle signe une meilleure reconnaissance des droits des femmes, du travail que représente la maternité, des carrières professionnelles féminines, de la place des pères et de la coparentalité. Les pères ne sont plus des acteurs dans l'ombre mais sont maintenant investis dans le partage des tâches. Continuer de les inclure dans le champs de la périnatalité est primordial. On parle très peu des hommes quand on aborde la période

périsconceptionnelle et le projet de grossesse. Il serait intéressant de connaître le vécu des hommes pendant cette période dans un autre travail.

La période périsconceptionnelle peut s'avérer parfois difficile à vivre pour les femmes et les couples. L'accompagnement et le soutien que demandent les femmes s'inscrit dans le programme national de promotion de la santé, et ce, dès la période périsconceptionnelle. Un meilleur accès à la consultation préconceptionnelle permettrait de repérer les situations à risque, d'orienter et d'entourer les femmes et couples. L'Entretien Périnatal Précoce vient clôturer cette période en apportant une nouvelle dimension psychologique et émotionnelle jusque là absente des programmes de santé. Les sages-femmes sont au premier plan de ces évolutions du parcours de soins des femmes enceintes en tant que "réfèrent parcours" disponible, bienveillant et à l'écoute.

“Tout l'enjeu de l'être mère ne tient-il pas dans l'équilibre que les femmes sont aujourd'hui appelées à trouver d'une part entre les représentations idéales dont elles héritent et/ou qu'elles construisent en leur for intérieur au gré de leur histoire personnelle et de leurs valeurs et d'autre part la réalité à laquelle l'accès à la maternité les confronte : réalité de l'enfant, gestion d'une famille, conciliation avec une activité professionnelle ou avec des activités personnelles.”(13)

VI. Références bibliographiques

1. Tsvetaeva Marina Ivanovna. Mon frère féminin: lettre à l'Amazone / Marina Zvétaieva ; [note de Ghislaine Limont]. Paris: Mercure de France; 1979. 54 p.
2. Art. 63 du Code Civil, modifié par Loi n°2007-1787 du 20 décembre 2007 - art. 8 [Internet]. Code Civil 2007. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000017841367/2008-02-07/
3. Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer [Internet]. Haute Autorité de Santé (HAS); 2009. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1360649/fr/projet-de-grossesse-informations-messages-de-prevention-examens-a-proposer
4. Mandelbrot L. Consultations préconceptionnelles. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie/Obstétrique, 5-007-M-15. 2009;32(4):1-11.
5. Broussoux Virginie, Rossary L. Du désir d'enfant au projet conceptionnel: exploration des préoccupations et besoins en santé de couples par une étude qualitative / Virginie Broussoux et Luc Rossary ; sous la direction de Sabrina Paradis [Internet] [Thèse d'exercice médecine]. Médecine générale Université Grenoble Alpes; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02302147/document>
6. Puget Dupanloup Céline. Obstacles à la consultation préconceptionnelle en médecine générale: enquête qualitative auprès de 20 femmes en âge de procréer / Céline Puget Dupanloup ; sous la direction de Chantal Patijaud [Internet] [Thèse d'exercice Médecine]. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2012. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00708653/document>
7. Valin M-S. État des lieux et freins de la consultation préconceptionnelle chez les médecins Haut-Normands en 2017 [Internet] [Thèse d'exercice médecine]. [UFR de médecine et de pharmacie]: Faculté de Rouen; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01760456>
8. Molénat F. Accompagnement et alliance thérapeutique en cours de grossesse. Fabert. 2013. 30-31 p. (Temps d'arrêt / Lectures).
9. Les 1000 premiers jours, là où tout commence - Rapport de la commission des 1000 premiers jours [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
10. Axes de recherche - Devenir Parents [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 19 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/recherche/projets-recherche/A0321>
11. Bydlowski Monique 19-. Je rêve un enfant: l'expérience intérieure de la maternité / Monique Bydlowski. Paris: Odile Jacob; 2010. 185 p. (Poches Odile Jacob).
12. Régnier-Loilier A, Perron Z. Intentions de fécondité et arrivée du premier enfant. Actes de la recherche en sciences sociales. 2016;214(4):81-93.

13. Ménéssier Patricia. Être mère XVIIIe siècle - XXIe siècle / Patricia Ménéssier. Paris: CNRS éditions; 2016. 203 p.
14. Cutler A, McNamara B, Qasba N, Kennedy HP, Lundsberg L, Gariepy A. "I Just Don't Know": An Exploration of Women's Ambivalence about a New Pregnancy. *Womens Health Issues*. 2018;28(1):75-81.
15. Gómez A, Arteaga S, Villaseñor E, Arcara J, Freihart B. The Misclassification of Ambivalence in Pregnancy Intentions: A Mixed-Methods Analysis. *Perspect Sex Reprod Health*. mars 2019;51(1):7-15.
16. Kjelsvik M, Sekse RJT, Moi AL, Aasen EM, Chesla CA, Gjengedal E. Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester. *Health Care for Women International*. 3 juill 2018;39(7):784-807.
17. Graff I, De Broucker C, Vargas J, Vanoost A, Gondry J, Foulon A. COVID-19 et confinement : impact sur les complications de la grossesse. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* [Internet]. 14 déc 2021 [cité 14 févr 2022]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718921003421>
18. Lou S, Frumer M, Schlütter MM, Petersen OB, Vogel I, Nielsen CP. Experiences and expectations in the first trimester of pregnancy: a qualitative study. *Health Expect*. déc 2017;20(6):1320-9.
19. BOULET E. Avant que l'enfant paraisse. La grossesse en milieu populaire, entre reconduction et renforcement des rapports de domination. *Genèses Sciences sociales et histoire*. 2018;(111):30-49.
20. Clavandier G, Charrier P. La naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie ? *Recherches familiales*. 8 juin 2015;12(1):165-74.
21. UNAF (Union Nationale des Associations Familiales). Etude sur le désir d'enfant en France [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.unaf.fr/spip.php?article16985>
22. Castelain-Meunier Christine. La place des hommes: et les métamorphoses de la famille / Christine Castelain Meunier. Paris: Presses universitaires de France; 2002. 192 p. (Sociologie d'aujourd'hui).
23. Charrier Philippe, Clavandier G. Sociologie de la naissance / Philippe Charrier, Gaëlle Clavandier. Paris: Armand Colin; 2013. 270 p. (Collection U Sociologie).
24. Garel M, Legrand H, Tournaire M. Une fausse couche et après ? Paris, France: Albin Michel; 1995. 225 p.
25. Aquien Judith. Trois mois sous silence: le tabou de la condition des femmes en début de grossesse / Judith Aquien ; préface de Camille Froidevaux-Metterie. Paris: Payot; 2021. 204 p.
26. Laseva K. Le premier trimestre de la grossesse, le miracle de la vie [Internet]. *Quantik MAMA*. 2018 [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <https://quantikmama.com/le-premier-trimestre-de-la-grossesse-le-miracle-de-la-vie/>

27. Le Guern V, Guettrot-Imbert G, Costedoat-Chalumeau N. La consultation préconceptionnelle. *La Revue de Médecine Interne*. 1 mars 2015;36(3):151-3.
28. Filipe A. La consultation préconceptionnelle : état des lieux des connaissances et de la participation des femmes. 26 mai 2021;69.
29. Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 25 févr 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/rapports/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements>
30. Wursten E. Sage-femme et consultation préconceptionnelle. 28 avr 2017;44.

VII. ANNEXES

Annexe I : Grille d'entretien : Du désir d'être enceinte jusqu'à l'obtention de la grossesse : étude du vécu des femmes pendant la période périconceptionnelle par une analyse qualitative.

Introduction :

"Bonjour,

Je suis Charline, étudiante sage-femme en dernière année à l'école de sage-femme de Grenoble. Dans le cadre de mes études je réalise mon mémoire sur la construction du projet de grossesse, du désir d'être enceinte jusqu'à l'obtention de la grossesse, sous la direction de Camille TALLET. J'aimerais si vous êtes toujours d'accord discuter avec vous sur ce thème. Il s'agit d'une discussion libre, un entretien qui me permettra de prendre en considération votre expérience et votre vécu. Si vous êtes d'accord j'aimerais enregistrer l'entretien pour ne rien perdre de notre conversation et pouvoir l'analyser par la suite. Bien sûr cet entretien restera anonyme et strictement confidentiel. L'enregistrement sera détruit après analyse des résultats et soutenance du mémoire. Voulez-vous bien participer à cette enquête ?"

Informations générales :

Date de l'entretien :

Durée de l'entretien :

Ressenti de l'enquêteur :

Caractéristiques de l'interviewé :

- Âge :
- Profession :
- Parité :

Thème n°1 : Naissance du projet de grossesse

<i>Question principale et relances</i>	<i>Concepts à aborder</i>
<p>Est-ce que vous vous souvenez de la première fois que vous avez pensé sérieusement à être enceinte ? Comment ça s'est passé ? Racontez-moi</p> <ul style="list-style-type: none">• Quand est-ce que c'était ?• En avez-vous parlé à quelqu'un ? A qui ?• A quoi avez-vous pensé à ce moment là ?• Comment vous sentiez-vous à ce moment là ?• A cette période de votre vie quelles étaient vos préoccupations tant sur le plan physique que psychologique ?	<ul style="list-style-type: none">• Première pensée• Période de vie• Contacts• Emotions - Sensations• Préoccupations (physiques, psychologiques)

Thème n°2 : Concrétisation du projet de grossesse

<i>Question principale et relances</i>	<i>Concepts à aborder</i>
<p>Une fois que cette première idée de projet de grossesse est née, parlons ensemble si vous le voulez bien, de toute la période qui s'est déroulée jusqu'à sa concrétisation. Comment ça s'est passé pour vous ?</p> <ul style="list-style-type: none">• Comment avez-vous vécu cette période ?• Comment vous sentiez-vous ?• Quelles émotions avez-vous ressentie ?• A quoi pensiez-vous pendant cette période ?• Quelles étaient vos inquiétudes ?• Y a-t-il eu des obstacles à votre projet ? Lesquels ?• En avez-vous parlé à quelqu'un ? A qui ?	<ul style="list-style-type: none">• Vécu• Emotions - Sensations• Pensées• Personnes ressources• Obstacles• Motivations

Thème n°3 : Accompagnement

<i>Question principale et relances</i>	<i>Concepts à aborder</i>
<p>Pendant cette période de votre vie comment avez-vous été accompagnée ? Racontez-moi</p> <ul style="list-style-type: none">• Quelles étaient vos personnes ressources ?• Avez-vous rencontré des professionnels de santé ? Qui ? Pour quelles raisons ?• Avez-vous bénéficié d'une consultation préconceptionnelle ?• Qu'est-ce qui vous a aidé ?• Quelles aides / accompagnements auriez-vous souhaité pendant cette période ?	<ul style="list-style-type: none">• Personnes ressources• Professionnels rencontrés• Consultation préconceptionnelle• Aide• Accompagnement• Souhaits

Résumé :

L'objectif de cette étude était d'interroger des femmes enceintes ou ayant accouchées sur leur vécu de la période périconceptionnelle, à savoir du désir d'être enceinte jusqu'à l'obtention de la grossesse, afin d'améliorer leur prise en charge en fonction de leurs besoins.

Le recueil de données a été effectué par des entretiens individuels semi-directifs. Les femmes incluses volontaires (n=12) étaient enceintes ou avaient accouchées dans l'année 2021 et étaient suivies aux cabinets de deux sages-femmes libérales.

Les résultats ont montré que la survenue et le vécu de la grossesse variaient d'un couple et d'une histoire à l'autre. Le poids que représente la maternité dans la société et le silence autour des trois premiers mois étaient difficile pour les femmes. Une période de multiples changements et remises en question pendant laquelle l'aide des professionnels de santé était parfois nécessaire et inadéquate.

En conclusion, les données de notre étude sont concordantes avec la littérature et les projets de santé nationaux tant au niveau de la prise en compte des difficultés maternelles pendant cette période que de l'élaboration d'un parcours de soins personnalisé.

Mots clefs : projet de grossesse - période périconceptionnelle - vécu - femmes

Abstract :

The objective of this study was to question pregnant women or women who had given birth on their experience of the periconceptional period, namely from the desire to be pregnant until obtaining pregnancy, in order to improve their care according to their needs.

Data collection was carried out through individual semi-structured interviews. The volunteers women included (n=12) were pregnant or had given birth in the year 2021 and were followed in the offices of two liberal midwives.

The results showed that the arrival and experience of pregnancy varied from one couple and from one story to another. The weight of motherhood in society and the silence around the first three months were difficult for women. A period of multiple changes and questioning during which the help of health professionals was sometimes necessary and inadequate.

In conclusion, the data from our study are consistent with the literature and national health projects both in terms of taking into account maternal difficulties during this period and the development of a personalized care pathway.

Key words : pregnancy plan - periconceptional period - experience