



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

réalisé au sein de

l'Université Claude Bernard – Lyon 1

UFR de médecine et maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

Ecole de sages-femmes – Bourg-en-Bresse

Vécu du retour à domicile des primipares de plus de 40 ans : des difficultés dépassées aux ressources internes trouvées

Olivia FOUR

Née le 02 mai 1996

Promotion 2016 – 2020

Madame Céline MOYENIN, psychologue hospitalière

Directrice de mémoire

Madame Françoise MOREL, sage-femme formatrice

Guidante de mémoire

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire :

- À **Mme Céline Moyenin**, directrice de ce mémoire, pour avoir accepté de me guider, consacré du temps et de m'avoir porté tant de bienveillance au cours de mon travail ;
- À **Mme Françoise Morel**, sage-femme enseignante à l'école de Bourg-en-Bresse et guidante, pour son temps et ses conseils ;
- À **l'équipe pédagogique et administrative de l'école de Bourg-en-Bresse**, Nathalie, Paola, Myriam, Bérangère, Sylvie et Christelle, pour leur accompagnement et leur écoute au cours de ces quatre années ;
- À **toutes les patientes** interrogées, sans qui ce travail n'aurait pas pu exister ;
- À **ces sages-femmes**, rencontrées au cours de mes stages, qui ont contribué à ma formation et qui m'ont permis d'être qui je suis aujourd'hui ;
- À **vous, mes copines de promotion** pour m'avoir fait rire et pleurer, pour m'avoir aidé à survivre à Beb et finalement l'avoir adoré. Pour nos soirées jeux de société à celles terminées tôt le matin, j'adresse un grand MERCI à **Amandine, Marie Riri, Pauline, Lysa, Marie Dodu, Louise, Cécile, Clémence, Noémie, Manon et Marion** ;
- À **Mathilde et Tatiana**, pour tous nos bons moments passés et à venir avec votre folle envie de m'accompagner voyager sous le sunlight des tropiques ;
- À **mes parents**, pour tout votre amour, pour avoir toujours cru en moi ainsi que pour me permettre de réaliser mes rêves et de prendre ce nouvel envol ;
- À **ma famille** pour m'avoir permis de m'évader et de respirer le grand air ardéchois ;
- À **mes pioupiou du BDE** pour votre fougue et votre bonne humeur ;
- À **Maxime, Chloé, Charles, Marie et Julien** pour votre amitié sans faille ;
- À **Aurélia, Ludivine, Johan, Lorna et Tyler, Marie et Clément** pour votre tendresse ;
- À **Jeannot, Roger et Angèle**, toujours dans mon cœur.

Liste des abréviations

- ARCF** : Anomalie du rythme cardiaque fœtal
- CIANE** : Collectif Inter-Associatif Autour de la Naissance
- DPP** : Dépression du post-partum
- DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
- EPDS** : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*
- FCS** : Fausse couche spontanée
- FIV** : Fécondation in vitro
- GEU** : Grossesse extra-utérine
- HAD** : Hospitalisation à domicile
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- HCPF** : Haut Conseil de la Population et de la Famille
- HRP** : Hématome rétro-placentaire
- IA** : Insémination artificielle
- INED** : Institut National d'Etudes Démographiques
- INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- IVG** : Interruption volontaire de grossesse
- PMA** : Procréation médicalement assistée
- PMI** : Protection maternelle et infantile
- PNP** : Préparation à la naissance et à la parentalité
- PPAG** : Petit poids pour l'âge gestationnel
- PRADO** : Programme d'accompagnement au retour à domicile
- RAD** : Retour à domicile
- RCIU** : Retard de croissance intra-utérin
- UNAF** : Union Nationale des Associations Familiales

Sommaire

Introduction	5
Matériel et méthodes	9
I. Méthode utilisée.....	9
1) Domaine d'étude	9
2) Type d'étude	9
II. Recueil de données.....	9
1) Sélection de la population.....	9
2) Lieux de recherche	9
3) Méthode de recrutement	10
4) Elaboration de la grille d'entretien	10
5) Déroulement des entretiens	11
III. Analyse des données	11
Résultats.....	12
I. Description et caractéristiques de l'échantillon	12
II. Données de l'analyse	13
1) Partie 1 : Le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du séjour en maternité	13
2) Partie 2 : Les modalités du retour à domicile et la prise en charge de l'enfant	17
3) Partie 3 : Les sentiments ressentis, facilités et angoisses rencontrées au retour à la maison.....	22
4) Partie 4 : Le soutien maternel et le rapport au temps.....	27
Discussion	31
I. Critiques de l'étude : forces, limites et biais	31
II. Synthèse.....	32
1) Caractéristiques des primipares de plus de 40 ans.....	32
1. a) Une grossesse souhaitée, hors des contraintes sociétales.....	32
1. b) Une grossesse tardive : une grossesse à risque ?.....	35
2) Vécu et sentiments au retour à domicile des primomaternités tardives	37
2. a) Un retour à la maison bien vécu	37
2. b) Malgré des difficultés à la maison	38
2. c) Une relation mère-enfant privilégiée.....	43
2. d) L'image du corps qui change.....	46
3) Armes, clefs et soutien au retour à domicile.....	48
3. a) Être bien préparée et investir la grossesse	49
3. b) Le séjour en maternité accompagné, pour un retour à la maison serein	49
3. c) Le suivi au retour à la maison jugé nécessaire par les femmes	50

3. d) Le conjoint comme pilier	52
3. e) Une place importante pour le corps médical, au détriment de l'entourage .	54
3. f) Une plus grande confiance en soi.....	56
Conclusion.....	57
Références bibliographiques	59
Annexes.....	63

Introduction

Actuellement, le nombre de naissances baisse chaque année depuis quatre ans, mais à un rythme qui ralentit. Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), cette baisse des naissances est en partie due à la diminution du nombre de femmes de 20 à 40 ans, âges où elles sont le plus fécondes. La fécondité de ces femmes diminue aussi et reste, en 2018, le principal facteur expliquant la diminution du nombre des naissances (1). De plus, un recul de l'âge de la première naissance est constaté en France (2). L'âge moyen de ces femmes à l'accouchement de leur premier enfant est de 28,5 ans en 2015 soit quatre ans et demi plus tard qu'en 1974 (3). Le retard des maternités touche tous les pays développés. Nous nous sommes intéressées aux grossesses tardives en raison de leurs caractères particuliers : ces femmes qui donnent la vie alors qu'elles approchent des limites biologiques et sociales.

Parallèlement à la baisse du nombre de naissances, le nombre de grossesses dites « tardives » correspondant aux femmes enceintes dépassant l'âge de 40 ans n'a cessé d'augmenter. Il est observé qu'en France le nombre de premières naissances pour les femmes de 40 à 44 ans augmente depuis ces dernières années (8 335 naissances en 2017) tout comme celui pour les femmes de 45 à 49 ans (804 naissances en 2017) (4). En 2017, les femmes entre 40 et 49 ans ont mis au monde 33 849 enfants. Parmi eux, 9 159 étaient issus de primipares (soit 27,06%) (annexe I – tableau n°1).

Les raisons d'une grossesse tardive ont pour la plupart déjà été établies. Tout d'abord, il y a les raisons démographiques avec l'augmentation de l'espérance de vie (85,5 ans pour les femmes en 2018) malgré un léger infléchissement de l'indicateur de fécondité en France (1,87 enfant par femme en 2018, contre 1,90 en 2017) (1). L'évolution de la société avec la poursuite d'études supérieures, la carrière professionnelle, les mariages tardifs, les secondes unions, l'accès large à la contraception et la possibilité de procréation médicalement assistée (PMA) ont été des facteurs repoussants l'âge de la première grossesse (2,5).

Il est important de comprendre les facteurs qui favorisent et ceux qui limitent la fertilité tardive. Si les facteurs biologiques conditionnent la fertilité, il en va de même des attentes sociales. Dans nos sociétés, 40 ans est souvent considéré comme l'âge limite pour envisager d'avoir un enfant (6). En raison de la baisse de la fertilité, les couples ont davantage recours à des méthodes de PMA. En France, la sécurité sociale prend en charge la PMA jusqu'à 43 ans pour les femmes. De plus, la Commission nationale pour la reproduction assistée a elle aussi établi à 50 ans environ l'âge maximum des femmes pour procéder à une insémination artificielle (IA) ou une FIV (fécondation in vitro) en Espagne (7).

Les grossesses tardives sont propices à davantage de complications materno-fœtales (au cours de la grossesse et de l'accouchement), avec tout d'abord le recours à la PMA, induisant un risque augmenté de grossesses multiples. Le taux d'avortements spontanés augmente avec l'âge maternel, tout comme le risque de grossesses extra-utérines (GEU). Chez le fœtus sont présentes davantage d'anomalies du caryotype fœtal (2 à 3%), de malformations congénitales à caryotype normal (5%), de morts fœtales in utéro consécutives aux pathologies maternelles et fœtales, et de maladies trophoblastiques. Par ailleurs, il existe plus de pathologies médicales au cours de la grossesse avec notamment : hypertension artérielle gravidique, pré-éclampsie, diabète gestationnel et hématome rétro-placentaire (HRP). Le placenta prævia est également plus fréquent chez les femmes de plus de 40 ans. Le travail et l'accouchement sont eux aussi plus risqués pour la parturiente âgée : augmentation du taux de déclenchement (indépendamment des pathologies maternelles ou fœtales) et d'anomalies de présentation fœtale. Les travaux dystociques ou longs sont plus fréquents chez les primipares, ceci engendre un taux plus important d'extractions instrumentales et de césariennes. Concernant le post-partum, les hémorragies de la délivrance sont plus fréquentes après 40 ans et la durée du séjour en maternité est souvent allongée. La mortalité maternelle est plus marquée et le risque augmente considérablement après 35-40 ans, en raison de pathologies obstétricales et médicales préexistantes à la grossesse. Concernant le nouveau-né, la morbidité néonatale est globalement augmentée en raison du risque hypotrophique et de retard de croissance intra-utérin (RCIU), ainsi que des transferts en soins palliatifs pour cause de

prématurité induite. Par ailleurs, le pourcentage d'allaitement maternel serait supérieur à celui des femmes de moins de 40 ans (5).

Concevoir un enfant aujourd'hui suppose de le faire au « bon moment » donc sur un espace-temps spécifique de la vie, et nécessite ainsi une planification des naissances – ce qui éloigne d'une idée « naturelle » ou « spontanée » de la grossesse, notamment en raison du large accès à la contraception. Les contraintes ou exigences liées au parcours conjugal, maternel et professionnel prennent une grande part dans la décision de concevoir un enfant pour les femmes. C'est ainsi que l'âge moyen d'arrivée du premier enfant recule en France et que surviennent plus des grossesses après 40 ans (5,8). L'âge régit beaucoup de décisions et choix dans notre société actuelle, aussi avoir une grossesse tardive vient bousculer les habitudes de vie et les valeurs traditionnelles – et l'âge devient un sujet sensible lorsque l'on parle de procréation. Les grossesses après 40 ans sont rarement accidentelles et souvent motivées, mais elles peuvent être mal vécues sur le plan psychologique du fait des pathologies obstétricales qu'elles engendrent.

Au vu du sur-risque de complications au cours de la grossesse chez les femmes âgées de plus de 40 ans et d'un travail pouvant entraîner plus de situations à risque, l'état psychologique des mères peut être davantage fragilisé pendant la grossesse et le post-partum, et des vulnérabilités peuvent apparaître au retour à domicile. Alors que les femmes et les nouveau-nés ont été suivis et accompagnés jusqu'à leur sortie de la maternité, une fois rentrées à la maison, ces femmes se retrouvent projetées dans leur nouveau rôle de mère. Elles peuvent bénéficier d'un suivi encadrant pour la prise en charge de leur enfant : programme d'accompagnement au retour à domicile (PRADO) ou hospitalisation à domicile (HAD). Les difficultés avec l'enfant se révèlent parfois de façon différée par rapport à cette période de surveillance.

Notre hypothèse initiale de travail a été que les primipares âgées, malgré une grossesse tardive plus éprouvante, rencontrent des inquiétudes et des difficultés au retour à domicile, mais bénéficient de ressources internes et de capacités sécurisantes suffisantes et plus importantes pour y faire face.

De ces suppositions est née la problématique suivante :

**Comment les femmes vivent-elles le retour à domicile avec leur enfant
et comment ce vécu peut-il être influencé ?**

Il serait donc intéressant de mettre en lumière la façon dont ces primipares de plus de 40 ans vivent leur retour à domicile ; ainsi que de déterminer si une prise en charge particulière pourrait être établie pour ces femmes. Nous tenterons d'apporter des éléments de réponse au travers de ce travail.

Matériel et méthodes

I. Méthode utilisée

1) Domaine d'étude

Le champ d'étude choisi est celui de la sociologie, c'est-à-dire l'étude des actions relations et représentations sociales par lesquelles se constituent les sociétés (9).

2) Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs. Cette méthodologie a été choisie afin de laisser les femmes s'exprimer sur leur vécu du retour à la maison avec leur nouveau-né.

II. Recueil de données

1) Sélection de la population

Nous avons choisi d'inclure dans notre étude des femmes :

- ✓ Parlant français ;
- ✓ Primipares ;
- ✓ Ayant 40 révolus au moment de leur accouchement.

Les critères d'exclusions concernent les femmes :

- ✓ Ayant une grossesse multiple ;
- ✓ Pour lesquelles il y a une barrière de la langue.

Les critères de sortie d'étude concernent les femmes :

- ✓ Dont le nouveau-né a été hospitalisé et ne rentre pas à domicile en même temps que sa mère ;
- ✓ Dont le nouveau-né présente une pathologie de découverte anté- ou périnatale ;
- ✓ Perdues de vue.

2) Lieux de recherche

Les patientes ont été sélectionnés en maternités de type 1 et 2 au sein de la région Auvergne-Rhône-Alpes, ainsi que dans une maison périnatale du réseau

AURORE. Enfin une patiente a été recrutée par le biais d'un cabinet de sages-femmes libérales.

3) Méthode de recrutement

Nous avons recruté notre population en sollicitant 5 maternités du réseau AURORE, 3 cabinets de sages-femmes libérales et une sage-femme de l'HAD de Valence exerçant aussi dans la maternité publique de Valence. Nous les avons contactées par appel téléphonique ou par e-mail pour les cadres du service de maternité. Nous avons obtenu 3 réponses positives pour les maternités, 3 pour les cabinets de sages-femmes libérales et une de la part de la sage-femme coordinatrice de l'HAD de Valence. Il a été convenu d'un entretien en présentiel avec les professionnels pour leur expliquer les objectifs de recherche, la stratégie de sélection des participantes et les modalités de réalisation de notre étude.

Après respect des critères d'inclusion, les professionnels fournissaient l'information nécessaire aux patientes puis me faisaient parvenir le formulaire de consentement libre et éclairé de celles-ci (annexe II). Nous avons ainsi par la suite recontacté les patientes consentantes par le moyen qui leur convenait – appel téléphonique ou e-mail – afin de convenir d'un entretien.

Tous les entretiens ont été effectués sur la base du volontariat, selon la convenance de la patiente, par discussions physiques à leur domicile.

4) Elaboration de la grille d'entretien

Les entretiens ont été réalisés à partir d'une trame constituée de questions ouvertes portant sur le vécu du retour à domicile des femmes avec leur enfant. La trame d'entretien, disponible en annexe III, a été construite après nous être appuyés sur des recherches bibliographiques et sur un travail de mémoire de Mme PLETTY Justine traitant du retour à domicile des primipares. La grille d'entretien est divisible en huit parties.

Quatre thèmes principaux ont été dégagés : le premier abordant la grossesse, l'accouchement et le séjour en maternité de ces primipares, puis les modalités selon

lesquelles les nouvelles mères sont rentrées à domicile, ensuite un troisième thème vise à recueillir le vécu du retour à domicile. Enfin, le dernier thème aborde le soutien dont elles ont bénéficié et leur questionnement face à l'avenir (annexe III).

5) Déroulement des entretiens

Au début de chaque entretien, le consentement de la patiente a été redemandé, ainsi que l'autorisation d'enregistrer notre échange avec un dictaphone afin de faciliter l'analyse des résultats. Il était aussi resigné que l'anonymat serait garanti. Une attribution aléatoire a défini l'anonymisation des patientes de Mme [A à J]. Le secret médical a toujours été respecté. Lors des entretiens en face à face, des notes écrites ont aussi été prises afin de tenir compte des attitudes non verbales.

Un entretien « test » a permis de vérifier la pertinence des questions posées et l'amélioration de la trame.

III. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits le plus tôt possible dans un fichier Word grâce au logiciel « oTranscribe » en respectant les hésitations et la gestuelle lors de l'entretien. Les attitudes non verbales ont été notées en italique. L'analyse des entretiens a été possible grâce à une grille de données où figurent les thèmes de cette étude.

Les entretiens ont été arrêtés à saturation des données.

Résultats

I. Description et caractéristiques de l'échantillon

Quatorze patientes ont été recontactées. **Dix** d'entre elles ont accepté de participer à notre étude. Une a été perdue de vue. Une patiente a été sortie de l'étude en raison de la découverte postnatale d'une pathologie chez son nouveau-né. Deux autres patientes ont finalement dit « ne pas avoir le temps » et « être débordée » pour répondre à cette étude.

Les dix entretiens ont donc été effectués au domicile des patientes, selon leur convenance. Les entretiens se sont déroulés du 17 septembre 2019 au 6 février 2020.

Ils ont durée de trente-six minutes à quatre-vingt-dix minutes. La durée moyenne a été de cinquante-huit minutes.

Le délai moyen entre la date d'accouchement et celle de l'entretien a été de **30,8 jours**. Les entretiens avec ces femmes se sont déroulés à une distance allant de 22 à 49 jours du jour de la naissance de leur enfant.

Durant 3 des entretiens, le conjoint a pris part à tout ou partie de l'entretien et a participé pour compléter les réponses de la patiente ou donner son avis. La réalisation de l'un des entretiens a été perturbée par le passage d'une infirmière libérale et un autre par la venue du père de la patiente, toutefois les patientes ont pu aller au bout de l'entretien. Les nouveau-nés étaient présents au cours de 8 entretiens sur 10.

Le recrutement a été réalisé dans diverses structures (annexe I – tableau n°2). Dans l'échantillon, 7 patientes ont accouché dans une maternité de type IIB et les trois autres ont accouché dans un type I. Le retour à la maison s'est fait avec une sage-femme libérale dans le cadre du **PRADO** pour 7 d'entre elles, 2 parmi ces femmes ont bénéficié d'un séjour en **maison périnatale** avant de rentrer à domicile. Trois patientes sont rentrées à la maison en bénéficiant d'une hospitalisation à domicile (**HAD**) encadrée par une sage-femme libérale. Toutes les parturientes ont bénéficié d'un soutien au retour à domicile.

Les patientes étaient toutes de nationalité française. La moyenne d'âge de ces femmes au moment de l'accouchement est de **42,2 ans**, avec des extrêmes à 40 et 46 ans. Au moment de l'entretien, une patiente était célibataire, 5 étaient en couple et 4 étaient mariées. Au moment de la naissance de l'enfant, les couples étaient formés depuis 1 à 8 ans. La durée moyenne de vie commune était de 5,1 ans.

Les femmes interrogées étaient toutes en activité professionnelle. Quatre groupes socio-professionnels ont été représentés dans l'échantillon, majoritairement d'une classe moyenne ou supérieure. A noter que le domaine d'activité de 3 de ces femmes est le domaine agricole.

Les 9 pères accompagnants avaient entre 32 et 56 ans. La moyenne d'âge était de 45 ans, on note que le conjoint est plus âgé que la mère de manière générale dans notre échantillon.

II. Données de l'analyse

1) Partie 1 : Le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du séjour en maternité

DEROULE ET VECU DE LA GROSSESSE

Toutes les patientes sont des primipares. Pour 7 sur 10, cette grossesse était la première. Deux sur 10 ont eu recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) étant plus jeunes. Deux autres ont obtenu leur grossesse après une fausse couche spontanée (FCS) (Mme E, Mme F). Un parcours de PMA a été suivi par 2 femmes (Mme I, Mme E). Elles ont réalisé respectivement une et deux tentatives pour obtenir une grossesse évolutive.

Toutes les patientes interrogées avaient un projet de grossesse et un désir d'enfant, depuis quelques mois jusqu'à 6 ans pour d'autres. Pour 8 femmes interrogées le désir d'enfant était récent (inférieur à 2 ans). Sur ces 10 grossesses souhaitées, 3 d'entre elles étaient « surprises ». L'argument avancé par ces 3 femmes renvoyait à leur âge (Mme D, Mme H, Mme J).

Mme D : « *C'était un bébé surprise aussi puisque moi j'avais pensé qu'à 46 ans ce n'était plus possible.* »

Mme H : « *Je n'y croyais plus trop quoi... Je me disais que vu mon âge voilà.* »

Une réaction d'une gynécologue-obstétricienne a retenu notre attention : à l'annonce de la découverte de la grossesse, celle-ci a demandé au couple s'ils étaient certains de vouloir « *garder le bébé* », question à laquelle le couple a répondu oui sans hésitation. L'annonce des autres grossesses n'a pas rapporté de réactions particulières.

Mme J : « *Puis bon ma gynéco d'entrée m'a demandé si je voulais garder le bébé.* »

Dans notre échantillon, nous avons pu identifier les raisons de ces grossesses après 40 ans : pour 7 d'entre elles la rencontre avec leur conjoint a été tardive, une femme avait un désir d'enfant mais n'avait pas de compagnon ; les 2 dernières femmes étaient avec leur compagnon depuis 7 ans mais la question d'avoir un enfant ne s'était pas posée plus tôt au sein du couple. Néanmoins, les parturientes avaient conscience de la diminution de la fertilité liée à l'âge.

Mme C : « *Vu l'approche de la quarantaine où on sait que c'est moins facile d'avoir des enfants, du fait de la diminution de la fertilité, vu que je n'avais pas eu de grossesses avant, du coup je ne savais pas quel était mon taux de fertilité.* »

Le suivi de grossesse a été réalisé par un obstétricien pour 7 patientes, et par une sage-femme pour les 3 autres. Les risques d'une grossesse tardive ont été expliqués à 2 patientes seulement (**Mme D**, **Mme G**). Le suivi a été régulier, aucun examen supplémentaire n'a été réalisé si ce n'est le dépistage du diabète gestationnel.

Concernant ces grossesses, d'un point de vue médical, 6 étaient physiologiques, 3 ont présentés un diabète gestationnel sous insuline, 1 a présenté un diabète gestationnel sous régime, 1 patiente a cumulé une hypertension artérielle

qui a évolué vers une pré-éclampsie. De plus, de la fatigue excessive a été présente pour 4 femmes sur 10 au cours de la grossesse (Mme B, Mme D, Mme E, Mme G), et un arrêt de travail avant le 6^{ème} mois a été produit pour la moitié de notre échantillon.

Par ailleurs, toutes les patientes ont suivi des séances de PNP classique ou en couple avec une sage-femme. Trois femmes disent avoir eu une séance axée sur le retour à domicile avec leur nouveau-né. L'avis général émis par ces femmes était que la séance sur le retour à la maison n'était pas primordiale, à la différence des séances axées sur la naissance. Enfin, des conseils avaient été recherchés au travers de livres ou de sites internet pour 3 femmes sur 10.

Ces grossesses tardives ont été qualifiées par plusieurs sentiments au cours des entretiens. Pour la majorité des femmes, la grossesse s'est bien voire très bien passée, Mme I a qualifié sa grossesse de pénible, Mme A nous a confié avoir fait le deuil d'avoir une fille à l'annonce du sexe de son enfant. Mme H n'a pas véritablement réalisé qu'elle était enceinte, il a fallu attendre l'accouchement pour qu'elle en prenne conscience.

Mme A : « C'était un deuil dans le sens qu'on n'en fera peut-être pas d'autre quoi parce qu'on n'est plus tout jeune. »

Mme H : « Par contre j'ai eu vachement de mal à réaliser que ça m'arrivait à moi d'être enceinte. Jusqu'au moment d'accoucher je ne sais pas comment vous expliquer même dix minutes avant d'accoucher je n'arrivais pas à me dire "tu vas avoir un bébé, ça va être concret". »

VECU DE L'ACCOUCHEMENT

Toutes les naissances ont eu lieu dans les centres prévus par les couples. Quatre patientes ont été déclenchées : Mme F, Mme I, Mme D en raison d'une pathologie et Mme E pour terme dépassé. Sept mères ont pu donner naissance par voie basse, 3 ont bénéficié d'une extraction. Trois césariennes en cours de travail ont eu lieu pour présentation de la face (Mme C), stagnation (Mme F) et pour échec de déclenchement avec pré-éclampsie débutante et anomalies de rythme cardiaque foetal (ARCF) (Mme D).

Le vécu de l'accouchement est subjectif, néanmoins la moitié des femmes interrogées dit avoir bien vécu son accouchement. L'autre moitié évoque des sentiments tels que fatigant, douloureux voire même long pour le qualifier.

Mme I : « Déjà l'accouchement pour moi a été long, 48h entre les grosses contractions et la naissance donc à la maternité j'étais carrément claquée. »

VECU DU SEJOUR EN MATERNITE

Pour 9 femmes sur 10, la durée du séjour en maternité a été au-delà des 3 jours habituels, allant de 1 à 5 jours supplémentaires. Mme B et Mme J avaient le souhait d'être transférées dans une maison périnatale qui accueille les couples parents-enfant en post-accouchement. La durée de leur séjour en maternité a ainsi été de 6 jours pour ces 2 femmes.

Au cours de leur séjour, les principales difficultés rencontrées par les mères ont été la gestion de l'allaitement en lien avec la perte de poids de leur enfant pour la moitié des interrogées, et la fatigue tant physique que psychique pour 6 femmes sur 10. Des sentiments tels que se sentir dépassée, inquiète, angoissée, paniquée et stressée ont été développés lors des entretiens (Mme D, Mme F, Mme H, Mme I). La présence et les conseils dispensés par l'équipe soignante ont pu répondre à certaines interrogations qu'avaient ces femmes.

Mme F : « Pas mal de questions, pas mal d'angoisses, pas mal d'inquiétudes. [...] Mais c'est vrai qu'au début il a perdu un peu de poids et je me suis focalisée là-dessus : j'étais bien paniquée. »

Mme H : « Et puis ouais fatiguée ; et puis bon je n'ai pas 20 ans non plus donc l'âge aussi a joué. »

Concernant le séjour en maison périnatale, Mme B et Mme J s'accordent à dire que l'accompagnement par l'équipe a été bienveillant, confortable et leur a permis d'être confiante pour le retour à la maison. Toutes deux soulignent l'aide précieuse du binôme sage-femme/auxiliaire de puériculture quant à la bonne mise en place de leur allaitement maternel. La durée du séjour a aussi pu être adaptée à chacune.

Mme B : « Les sages-femmes prennent plus de temps, en nous montrant vraiment tout correctement, par exemple pour l'allaitement c'était génial. J'aurais pu partir avant mais j'ai préféré rester un peu plus pour bien récupérer avant de rentrer à la maison. »

Mme J : « Ils m'ont aidé pour l'allaitement parce que je crois que de toute façon sinon à la clinique je n'aurais jamais allaité. Je pense que si je n'y étais pas allée, je pense que j'aurais été un peu perdue, parce que 3 jours à l'hôpital pour un premier enfant c'est pas suffisant. »

En sortant de la maternité, la fatigue était toujours présente pour 3 femmes sur 10 (Mme A, Mme G, Mme I). Huit femmes se disaient plutôt sereines de rentrer à domicile avec leur enfant, mais toutes étaient rassurées de savoir qu'un suivi avec un professionnel de santé serait établi à leur retour à domicile.

Mme D : « Vraiment le fait qu'il y ait les sages-femmes qui passent régulièrement ça vous réinstalle dans un quotidien mais en étant un peu plus surveillée quand même donc ça c'était bien rassurant. »

Mme G : « C'était brutal pour un premier le retour à la maison alors le fait de savoir que quelqu'un allait venir pour le peser, me regarder, contrôler l'alimentation c'était génial et puis on a pu poser autant de questions qu'on voulait. »

2) Partie 2 : Les modalités du retour à domicile et la prise en charge de l'enfant

Le suivi au retour à domicile a été établi par une sage-femme libérale dans le cadre du PRADO pour 7 couples parents-enfant, avec 2 à 3 visites à domicile en moyenne sur les 12 premiers jours de vie de l'enfant. L'hospitalisation à domicile (HAD) a été proposée et acceptée pour 3 patientes résidant sur la commune de Valence, leur durée a été de 10, 14 et 15 jours après leur sortie de maternité. La fréquence des visites était en moyenne d'une par semaine la première semaine puis une tous les deux jours la semaine suivante. La durée variait entre 30 et 50 minutes. Le suivi en HAD a été organisé par la venue quotidienne d'une sage-femme libérale la première semaine à domicile. Puis le suivi était adapté à la situation et aux besoins des couples et nouveau-nés.

Mme I : « *Le soutien a été très important pour moi. Arrivée ici, ça va j'avais tout ce qu'il fallait mais c'est une organisation. On passe de bien entourée à toute seule.* »

A la sortie de la maternité, 9 patientes sur 10 ont fait le choix d'allaiter leur enfant dont 2 qui étaient en allaitement mixte.

Mme G : « *J'aime bien l'allaitement surtout qu'au départ je n'étais pas trop partante pour ça mais finalement ça me plaît bien.* »

Au moment des entretiens, 6 femmes sur 9 continuaient d'allaiter. Sur les 7 allaitements maternels exclusifs en sortie de maternité, 3 ont été poursuivis et 2 sont devenus des allaitements mixtes. Trois allaitements maternels ou mixtes se sont transformés en allaitement artificiel. L'arrêt de l'allaitement maternel a été un choix pour **Mme I**, tandis que pour **Mme A** et **Mme F**, ce choix s'est imposé à elles.

Mme A : « *On ne m'avait pas du tout prévenu que ça [l'allaitement] pouvait être compliqué tu vois parce que pour moi c'était évident que j'allais avoir du lait, je ne m'étais pas posée la question : pour moi il suffisait de le vouloir pour pouvoir allaiter. Et du coup ça a été très dur moralement d'accepter de renoncer à l'allaitement.* »

Mme I : « *Au début je voulais tenter l'allaitement, et puis, ça m'a vite ... saoulée. [...] C'était trop galère quoi. C'était une étape de plus, c'est en rajouter encore un peu donc non c'était trop pour moi quoi.* »

Sept nouveau-nés ont présenté des troubles digestifs à types de régurgitations, de vomissements en jet ou de coliques. Après conseils de leur médecin traitant ou sage-femme libérale, les patientes se sont senties moins inquiètes.

La prise de poids a été satisfaisante pour 8 nouveau-nés sur 10. Une stagnation de poids sur 5 jours a été observée chez le bébé de **Mme G**. L'instauration de compléments de lait artificiel par la sage-femme de l'HAD qui surveillait le nouveau-né a permis une bonne croissance du bébé par la suite. Au moment de l'entretien, le complément de lait artificiel n'était plus systématique et l'allaitement se poursuivait.

Mme G : « Mais c'est vrai qu'heureusement qu'on a eu l'HAD ça a été pris à temps, ça a été hyper bien géré. »

La majorité des patientes savait qu'un nouveau-né perdait du poids dans les premiers jours en maternité. Les nouveau-nés de **Mme D** et de **Mme J** présentaient à la naissance des petits poids pour l'âge gestationnel (PPAG). Celui de **Mme J** a bénéficié d'un allaitement maternel exclusif et régulier en maternité, ce qui a permis une bonne prise pondérale dans les jours suivants. Etant donnée la perte de poids supérieure à 10% du poids de naissance chez le bébé de **Mme D**, l'équipe en maternité a instauré une prise en charge avec des compléments de lait artificiel associés à l'allaitement maternel. En sortie de maternité, au 10^{ème} jour, le nouveau-né de **Mme D** n'avait pas encore récupéré son poids de naissance. Cette prise en charge active de la part de l'équipe soignante a néanmoins dérangé la patiente.

Mme D : « Les gens à l'hôpital ont été super, parfois trop présents dans le sens où on met quand même beaucoup la pression sur l'allaitement. C'est vrai que nous on n'a pas l'expérience et du coup c'est frustrant en fait de ne même pas pouvoir essayer autre chose tout de suite on est recentré par l'équipe et c'est un peu brutal. »

Dans notre échantillon, les patientes ont constaté que leur nouveau-né dormait bien les nuits avec 2 à 3 réveils pour s'alimenter. En revanche, certains parents ont été étonnés de constater que leur bébé ne dort pas systématiquement en journée. De plus, chaque patiente avait en tête le conseil de se reposer ou de faire une sieste pendant que son enfant dort. Mais pour certaines, les rythmes avec ceux de leur bébé sont difficiles à trouver. Les habitudes de vie sont également modifiées : 4 patientes se qualifiaient de « grosses dormeuses » en bénéficiant d'au minimum 9 heures de sommeil chaque nuit avant la naissance de leur enfant. Ce manque de sommeil est l'une des raisons à la fatigue maternelle (**Mme A**, **Mme E**, **Mme G**, **Mme I**, **Mme J**).

Mme C : « Après la fatigue ben c'est venu avec les nuits un peu chaotiques, le temps que mademoiselle trouve son rythme. »

Mme G : « J'ai clairement un manque de sommeil avec des nuits décousues, ne pas pouvoir faire de sieste dans l'après-midi parce que pour le moment je n'ai pas encore trouvé le moyen de la faire. »

Mme I : « Je dors plus du tout comme avant. Je me lève pour lui donner à manger la nuit oui mais ça me coûte énormément. [...] Quand il finit son biberon je le remets à coucher et moi je me rendors un peu le matin sinon c'est trop trop dur. »

Les pleurs restent une préoccupation majeure pour les patientes de notre échantillon. Décrypter les pleurs a été difficile pour certaines mamans et à générer du stress et de l'angoisse. Les pleurs qui ont posé le plus question aux couples ont été les pleurs du soir ou identifiés par certaines comme les pleurs de décharges. En effet, plus de la moitié des parents qui y ont été confrontés exprime un sentiment d'impuissance et d'incompréhension sur la manière de soulager leur bébé. Ceci sous-entend que pour eux les pleurs du soir soient assimilés à de la gêne, du mécontentement voire de la souffrance. La prise en charge de l'enfant durant les crises de pleurs a été faite par les parents dans 80% des cas et par la mère uniquement dans 20% des cas.

Mme E : « Mécontentement, souffrance, peut-être qu'elle a mal à quelque part... »

Mme I : « Et le soir par contre il a des pleurs du soir, oulala c'est la grosse crise et là c'est dur. Ou rien ne le calme ni les bras, ni le bain, promener... C'est stressant de ne pas savoir, de ne pas pouvoir le consoler, d'être impuissant face aux pleurs... C'est pénible c'est pas simple, culpabilisant aussi. »

Au retour à la maison, les couples ont appris à développer leur lien avec leur nouveau-né. Pour **Mme A**, le lien s'est créé immédiatement, dès la naissance de son enfant, elle décrit avoir eu « le coup de foudre ».

Mme A : « *En fait c'est plus puissant que ce que je pensais. Je pense que tant qu'on ne l'a pas vécu c'est difficile de voir vraiment l'intensité ... parce que tu vois quand il est né, elles te le mettent sur toi et t'oubliés tout, t'oubliés les douleurs que tu viens de vivre. »*

Le développement du lien mère-enfant ne s'est pas fait comme l'imaginaient **Mme B**, **Mme D** et **Mme G**. En effet, toutes 3 disent avoir eu des moments plus difficiles avec leur enfant, elles l'expliquent par le fait qu'elles allaitent. **Mme H** a eu du mal à entrer en contact avec son enfant durant le premier mois, elle était angoissée de mal faire, de déranger sa fille. Néanmoins, ces femmes disent toutes avoir une bonne relation avec leur bébé.

Mme B : « *C'est assez frustrant comme truc, que moi j'arrivais qu'à la calmer en lui donnant le sein, alors t'as un peu l'impression d'être une vache à lait. »*

Mme G : « *Pour le moment c'est dur j'ai plutôt l'impression d'être une tétine géante qu'autre chose. »*

Mme H : « *On dit créer le lien tout ça, tout petit comme ça ce n'est pas facile. Mais ouais de ne pas trop savoir comment entrer en contact et ne pas déranger, ce n'est pas facile. »*

Mme A, **Mme B**, **Mme C** et **Mme E** s'étaient imaginées la relation qu'elles auraient chacune avec leur enfant. Toutes s'accordent pour dire que la réalité est autre et la qualifient de plus magique, plus profonde, plus puissante, plus fusionnelle.

Mme B : « *C'est magique parce que c'est tellement beau un bébé, je pensais pas l'aimer comme ça. »*

Mme E : « *J'imaginai pas ça comme ça, mais c'est plus ... la relation est plus fusionnelle en fait. Je ne pensais pas que c'était aussi profond. »*

Afin de créer du lien et de renforcer leur relation avec leur bébé, les femmes utilisent la verbalisation et le regard pour échanger et construire une relation de confiance. Elles se plaisent dans la réalisation de soins à leur enfant. Souvent, elles ont exprimé l'importance de partager des moments de tranquillité avec leur enfant, notamment au travers des bains, qu'elles réalisent avec le père. De plus, ces mères

ont le sentiment que leur bébé les aide énormément dans la construction de ce lien mère-enfant privilégié.

Mme F : « J'essaie de verbaliser le plus possible ce qu'il se passe, ce qu'il va se passer. »

Mme I : « On me dit que l'instinct maternel ce n'est pas inné mais je trouve que quand on a voulu, quand on a désiré un enfant une fois qu'il est né ... enfin pour moi ça m'a paru assez évident. »

Mme J : « Il faut se faire confiance, tu travailles à deux, tu vis à deux cette relation. »

3) Partie 3 : Les sentiments ressentis, facilités et angoisses rencontrées au retour à la maison

A la question initiale : « *comment avez-vous vécu le retour à la maison ?* », les nouvelles mères ont toutes répondu bien voire très bien. Certaines femmes ont néanmoins nuancé : **Mme E** et **Mme G** disent avoir eu des débuts difficiles, et **Mme A** dit être contente d'être là mais dépassée.

Les femmes ont pu définir et expliquer pour chacune d'entre elles quelles ont été les principales sources d'anxiété qu'elles ont rencontrées durant ce premier mois (figure 1). Elles se sont limitées à 3 par personne. Tout d'abord, les femmes ont été principalement confrontées à un manque de sommeil, une difficulté dans la gestion de l'alimentation et des pleurs de leur bébé ainsi que dans l'organisation au quotidien. La gestion des rythmes et la perte de poids de l'enfant ont également été des sources d'angoisses pour ces mères.

Mme C : « Donc c'est vrai que les premières semaines ont été un peu fatigantes et c'est vrai qu'à 40 ans on récupère moins bien qu'à 20 ou à 30 ans. »

Mme G : « Les pleurs sont difficiles à décrypter : on n'a pas le décodeur. [...] Les pleurs du bébé, la fatigue j'ai plus 20 ans je tiens moins sur la longueur aussi... Physiquement, c'est plus pareil à 44 ans. »

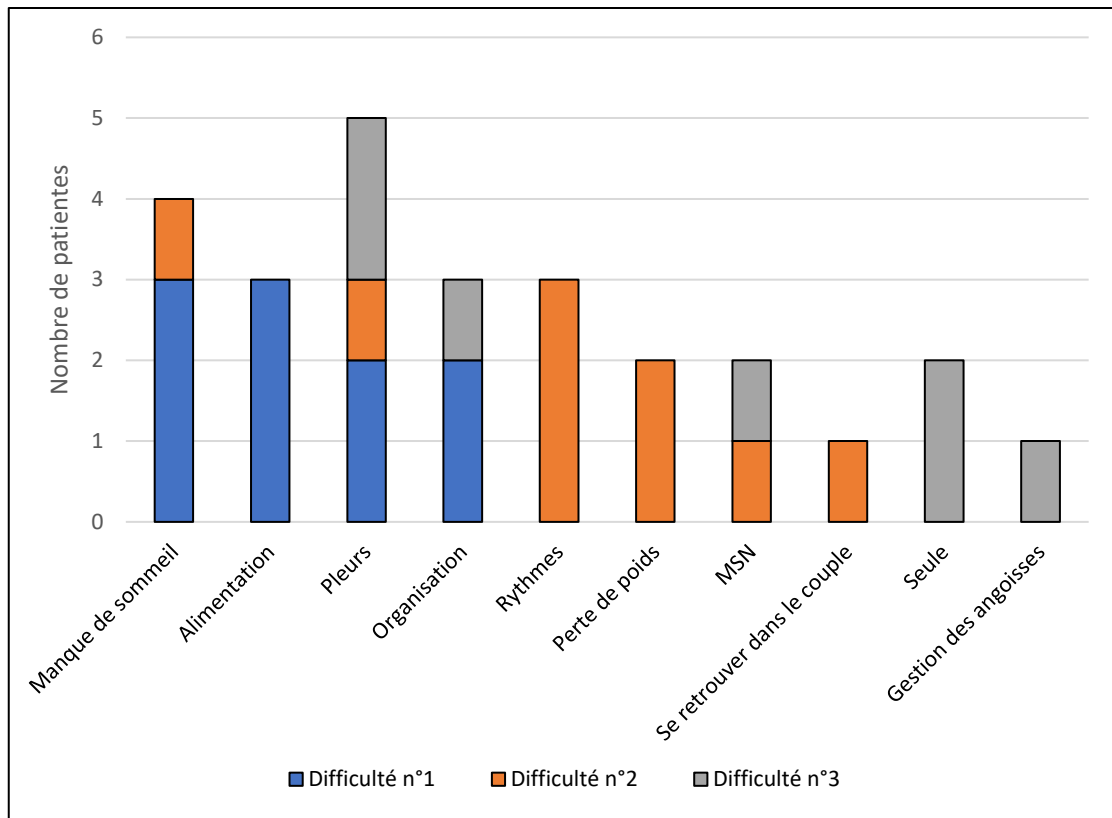


Figure 1 : Principales sources d'anxiété pour les mères au retour à domicile

Les patientes ont également pu déterminer le niveau de difficultés qu'elles ont ressenti sur la prise en charge globale de leur nouveau-né durant le premier mois, sur la prise en charge de l'alimentation, la gestion du sommeil et des rythmes et sur la relation qu'elles ont avec leur bébé. Les données ont été traduites par les patientes selon un code couleur, et retranscrites dans le tableau 3 ci-dessous. Le code couleur varie de rouge où la prise en charge a été très difficile pour les mères, puis orange pour difficile, jaune signifiant entre difficile et facile, vert clair pour assez facile et jusqu'à vert foncé où la prise en charge ne leur a présenté de difficultés.



	Prise en charge globale de bébé	Prise en charge de l'alimentation	Prise en charge du sommeil et des rythmes	Prise en charge de la relation mère-enfant
Mme A	Orange	Orange	Orange	Vert clair
Mme B	Jaune	Vert clair	Jaune	Vert foncé
Mme C	Vert clair	Vert clair	Jaune	Vert foncé
Mme D	Jaune	Orange	Vert clair	Vert clair
Mme E	Jaune	Jaune	Vert foncé	Rouge
Mme F	Vert clair	Jaune	Vert clair	Jaune
Mme G	Orange	Jaune	Orange	Jaune
Mme H	Orange	Vert foncé	Jaune	Rouge
Mme I	Vert clair	Vert foncé	Rouge	Jaune
Mme J	Vert clair	Vert foncé	Orange	Vert foncé

Tableau 3 : Codage couleur représentant le niveau de difficulté ressenti par les mères au cours du premier mois

En ce qui concerne la prise en charge globale de l'enfant, les extrêmes (rouge ou vert foncé) ne sont pas atteints. Trois mères ont éprouvé de la difficulté globalement à s'occuper de leur premier enfant. La raison principale de cette difficulté est intrinsèquement liée à l'âge, aux habitudes de vie des femmes et à leur état de forme. Le manque de sommeil est la source de cette difficulté.

Les difficultés liées à l'alimentation concernent soit les allaitements artificiels (Mme A, Mme F) soit les allaitements mixtes (Mme E, Mme G). Par ailleurs, Mme B, Mme C et Mme J n'ont pas émis de difficultés concernant la gestion de leurs allaitements maternels exclusifs.

La relation mère-enfant est ressentie comme étant plutôt facile voire facile pour la moitié des patientes. Par ailleurs, 2 patientes décrivent une relation plus compliquée avec leur enfant, elles l'expliquent par des pleurs difficiles à décrypter et par un sentiment d'impuissance qui en découle.

Mme I : « *Déjà de ne pas savoir, de ne pas pouvoir le consoler, d'être impuissant face aux pleurs... C'est pénible c'est pas simple, culpabilisant aussi de se dire « oh mais qu'est-ce qu'il y a? ».* »

Mme H : « *De la voir pleurer et de se dire moi en tant que maman je ne peux rien faire pour la soulager... »*

La gestion du sommeil et des rythmes sont qualifiées comme très difficiles et difficiles par 4 patientes, 3 d'entre elles éprouvent le manque de sommeil comme difficulté première, et 2 d'entre elles ont décrit la gestion des rythmes en difficulté secondaire. Ces difficultés sont étroitement liées au rythme de vie de chaque couple et à l'organisation au quotidien.

Mme A : « *Disons que tu es pris dans une barque [...] tu ne vois pas trop le lendemain, tu vis vraiment au jour le jour et puis disons que je ne pensais pas que ce serait si dur.* »

Ainsi, le rythme a été difficile à trouver pour la majorité des femmes et un temps d'adaptation a été nécessaire. L'aide du conjoint est alors grandement appréciée. Afin de pallier la fatigue, l'utilisation d'alternance ou du relais entre le père et la mère ont été bénéfiques pour les parents pendant le premier mois.

Mme B : « *J'avais trop de choses dans la tête mais pas de temps pour y faire parce qu'elle me prenait tout mon temps. C'est assez frustrant.* »

Mme E : « *L'organisation elle est un peu délicate, c'est pas évident et j'ai pas le temps pour moi-même. Et là je commence à être débordée par rapport à ça, mais j'essaie de m'organiser pour que ça ne me prenne pas toute la journée, mais jusqu'alors ça me prenait toute la journée ; et là c'est une difficulté.* »

Mme I : « *Au début pendant 15 jours j'ai un peu tout laissé tomber, le ménage, faire à manger... »*

Concernant l'état psychique des mères, 8 femmes sur 10 ont décrit des signes de blues du post-partum : pleurs, tristesse, troubles du sommeil, anxiété, irritabilité, angoisse. Le sentiment d'épuisement, d'être dépassée par la situation et de des difficultés de concentration ont été exprimés par 2 mères. L'une d'entre elle a consulté une psychologue qu'elle avait rencontré durant le séjour en maternité. Une

femme a perdu sa mère en début de grossesse, ceci a toute une symbolique pour elle qui l'affecte dans sa relation avec son enfant : elle dit s'investir encore plus dans ce lien qui l'unit à son bébé.

Mme A : « *Il n'y a que toi qui peux gérer la situation donc oui ... dépassée fatiguée euh ... mais bon tu ne te poses pas vraiment de questions, t'avances un peu comme un zombie j'allais dire tu es un peu la tête dans le guidon. »*

Mme E : « *A un moment donné j'ai trouvé que je n'allais jamais y arriver, entre l'allaitement, le bébé qui pleure, tout ça [...] Ça faisait trop. Et je ne savais pas par où commencer. »*

Les femmes réagissent différemment face à l'image de leur corps : 5 femmes étaient attentives à l'aspect de leur corps. Les douleurs étaient ce qui préoccupait davantage **Mme C** et **Mme F**, enfin le désintérêt était marqué pour les 3 autres femmes de l'échantillon. L'image dans le miroir du corps de ces femmes n'a été difficile à regarder pour aucune d'entre elles. La majorité s'accorde à dire que le poids n'est pas une préoccupation pour elles. Sept femmes sur 10 ont abordé le souhait de réaliser de la rééducation périnéale.

Mme C : « *Ce qui est perturbant c'est que je pensais peut-être récupérer plus facilement au niveau physique. Les modifications de mon corps ne me perturbent pas plus que ça. Disons que voilà pour l'instant ce n'est pas ma principale préoccupation. »*

Mme I : « *Le corps qui change c'est une grosse transformation mais en même temps c'est pas si terrible que ça finalement, ça va je me dis que les choses vont revenir dans l'ordre petit à petit. »*

Pendant nos discussions, les femmes ont pu exprimer leur ressenti et leur état d'esprit au moment de l'entretien. Six femmes sur 10 ont dit être plus heureuses, sereines, apaisées et aller mieux. **Mme I** du fait de sa situation émet toujours des craintes face au fait d'être seule. Trois autres mamans expriment toujours des doutes, angoisses et se sentent fatiguées.

Mme A : « *Je suis au ralenti complet, toujours fatiguée parce que les nuits il ne dort rien. »*

Mme E : « *Je me suis dit il faut que j'y arrive je n'ai pas d'autres choix que d'y arriver mais il me manque une organisation pour que ça aille mieux. »*

Mme H : « *Ben je pense que je n'ai pas fini d'angoisser. »*

4) Partie 4 : Le soutien maternel et le rapport au temps

La présence du père au quotidien a été un soutien pour 8 femmes sur 10.

Mme J et son compagnon ne font pas vie commune et **Mme I** n'a pas de compagnon. Afin de bénéficier d'un soutien au retour à la maison, **Mme I** s'est rendue une semaine chez sa mère pour qu'elle puisse l'épauler car elle ne se sentait pas de rester seule à son domicile. Néanmoins, au quotidien, cette patiente aurait apprécié avoir un relai.

Mme I : « *Si j'avais quelqu'un pour passer le relai c'est vrai que ce serait appréciable. Enfin bon y'a personne, je fais avec quoi c'est comme ça. »*

Les patientes accompagnées par leur compagnon ont pu trouver en eux un soutien, un relai et une aide précieuse. Six pères sur huit ont bénéficié du congé paternité après la naissance de leur enfant et deux d'entre eux étaient toujours en arrêt de travail au moment de l'entretien.

Mme B : « *J'ai un homme parfait. »*

Mme F : « *Il est pleinement dans son rôle de père il est présent. On est plus une équipe ! »*

Mme H : « *Disons que j'ai la chance que mon conjoint soit avec moi, il est bien plus cool que moi, lui il tamise. »*

Mme J : « *L'important c'est d'avoir quelqu'un en qui tu as confiance et qui te soutienne. Je ne sais pas comment les dames elles font quand elles sont seules avec un petit. »*

Dans notre échantillon, de la famille soutenante et aidante était présente pour 6 femmes, principalement les parents. Pour 3 d'entre elles, seul était présent

l'un des parents. La belle-famille était une ressource pour 4 femmes sur 10. La distance géographique a également été caractérisée : pour la moitié des femmes, leurs parents ou beaux-parents sont proches géographiquement. Par ailleurs, les amis sont une source de soutien pour 4 femmes interrogées. Mme B a évoqué de la réticence à confier sa fille à ses proches par rapport à leur façon de faire qu'elle juge ne plus être d'actualité en raison de l'évolution des pratiques et de ses convictions. De façon générale, la famille a été peu sollicitée.

Mme B : « *Mais c'est plus de peur d'être jugée parce qu'on fait comme-ci ou comme ça. Y a toujours « avant on faisait pas comme ça, avant on faisait pas comme ça », c'est pas méchant mais du coup moi des fois je le prends un peu mal. »*

De plus, la prise en charge effectuée par les sages-femmes libérales dans le cadre de l'HAD ou du PRADO, ainsi que la prise en charge faite par les professionnels des Protections Maternelles et Infantiles (PMI) ont été jugées nécessaires, essentielles et suffisantes pour la totalité des femmes. Mme F explique qu'elle aurait aimé bénéficier davantage d'informations sur les difficultés que peuvent rencontrer les couples au retour à la maison. Mme A suggère elle, d'être mieux entourée à la maternité afin de récupérer sur la fatigue de l'accouchement.

Mme A : « *Et même des fois quand je demandais de l'aide [en maternité], on me faisait bien comprendre que c'était à moi de gérer. [...] Être plus entourée à la maternité parce que la fatigue a conditionné pas mal de choses au retour à la maison. »*

Mme F : « *Peut-être plus d'explications, faire quelque chose d'un peu plus étayant sur l'alimentation ou sur le sommeil. Faire une espèce de ligne directrice entre guillemets sur le retour à domicile ou sur comment faire une fois à la maison. »*

Au cours des entretiens, les femmes ont pu nommer différentes structures ou professionnels-ressources pour répondre à leurs questions les concernant elles ou leur bébé. Les femmes se tournaient principalement vers la PMI, vers leur médecin traitant pour 6 femmes interrogées ou vers le pédiatre pour les autres. La sage-femme libérale a été évoquée 5 fois. Les femmes ayant bénéficié de l'HAD

reconnaissent les professionnels, exerçant dans cette structure, comme source principale de réponses à leurs interrogations. La conseillère en lactation présente dans deux hôpitaux a été consultée par 4 femmes au retour à la maison. Les professionnels de la maternité, l'ostéopathe et le psychologue ont également été consultés par 4 patientes.

De par nos échanges, ces nouvelles mères ont pu parler librement de ce qu'elles ressentaient concernant la différence d'âge avec leur enfant, des bénéfices qu'elles ont pu ressentir d'avoir un enfant tardivement ainsi que de leurs perspectives d'avenir. La notion de choix est présente pour la majorité des femmes. Pour elles cette grossesse a été choisie du fait de leur situation professionnelle stable qui leur a apportée une maturité et une certaine aptitude psychique à accueillir un enfant. Avoir un enfant à cet âge a plutôt été considéré comme un bénéfice pour notre échantillon : certaines patientes avaient notamment des expériences avec d'autres enfants.

Mme C : « Je dirai que d'un côté c'est plus facile parce que d'un côté on est plus sereine de par l'âge, qu'on est plus posée. »

Par ailleurs, la différence d'âge reste une corde sensible pour ces mères, à l'approche de cette question, trois femmes ont pleuré au moment de répondre. Elles étaient envies par des émotions qui les dépassaient, impliquant de la tristesse mais également de la joie d'avoir avec elles leur enfant. La majorité s'est posé la question mais plutôt de manière furtive, sans y prêter davantage d'intérêt en expliquant que la situation était telle et qu'elles ne pouvaient agir dessus (**Mme A**, **Mme C**, **Mme F** et **Mme J**). **Mme E** expliquait qu'avoir un enfant après 40 ans était l'un des regrets de sa vie puisqu'elle ne pourra pas faire certaines choses avec sa fille vu l'écart d'âge.

En revanche, la notion de temps est facteur de préoccupation pour ces femmes : **Mme C** et **Mme F** se questionnent sur l'avenir avec leur enfant, alors que **Mme J** vit simplement, relativise et ne s'est pas posé la question d'avoir un deuxième enfant. Depuis l'arrivée de son enfant, **Mme A** vit le moment présent et n'a plus la même référence sur le temps qui passe. Elle prend conscience de sa lignée, de ses

ancêtres, de sa filiation et du pouvoir de la vie. Cette notion de temps paradoxal a également été exprimée par d'autres femmes.

Mme A : « J'ai la notion que le temps s'est arrêté pour moi, j'ai l'impression que le temps est figé. [...] Il y a une espèce de notion d'éternité tu vois, avec un petit dans les bras, tu te dis que tu as encore plus que la vie devant toi, c'est vraiment plus fort que ça je trouve. »

Mme B : « La pression de la société et le regard des gens c'est pas ce qui fait ton bonheur. »

La projection à la reprise du travail et dans l'avenir soulève des inquiétudes et interrogations pour **Mme B**, **Mme C** et **Mme G** concernant la poursuite et la gestion de l'allaitement maternel. Elles aimeraient concilier leur travail et la poursuite de l'allaitement maternel. Pour **Mme D**, **Mme E**, **Mme H** et **Mme I**, la reprise du travail aura un impact sur l'organisation à la maison, qu'elles appréhendent.

Mme I : « Quand je vais reprendre le boulot il va falloir que je reprenne mes habitudes comme avant parce que ce n'est plus possible. »

Discussion

I. Critiques de l'étude : forces, limites et biais

Le nombre d'entretiens est faible pour cette étude ce qui représente un biais. Cependant, la durée des entretiens est conséquente et de nombreux thèmes ont été abordés. De plus, tous les entretiens ont été réalisés en présentiel, ce qui reste un atout pour notre enquête. Le choix de la méthode qualitative semble pertinent puisqu'il a permis une expression libre des femmes sur le sujet via une relation de confiance instaurée lors des entretiens.

Lors de notre recrutement, nous avons observé le refus de 2 patientes pour répondre à notre enquête. Ces refus ont été émis lorsque les femmes étaient rentrées à domicile, alors que nous voulions trouver une date d'entretien. Le fait qu'elles aient expliqué « ne pas avoir le temps » et « être débordée » amorce l'idée que ces femmes rencontrent une difficulté d'organisation une fois à la maison.

Les maternités de type IIA et III n'ont pas pu être représentées, or il aurait été intéressant de connaître le vécu du retour à domicile de patientes vivant dans les grandes villes où se trouvent les maternités de type III de la région. Par ailleurs, l'étude a pu être réalisée dans plusieurs départements de la région.

Les différents séjours en maternité ou en structure périnatale ainsi que les diverses modalités du retour à domicile ont permis de développer, lors des entretiens, des vécus, riches en informations.

Comme définis dans les critères d'inclusion, les patientes sélectionnées attendaient toutes leur premier enfant après 40 ans. Le fait d'attribuer une contrainte à l'âge est un choix afin de mettre en lumière les spécificités liées à cette population-ci.

Bien que cette étude ne s'intéresse qu'aux primipares, il aurait été intéressant d'étudier le vécu d'un deuxième enfant après 40 ans afin que la femme puisse comparer en quoi son âge a influé au retour à la maison par rapport à sa première expérience.

Le biais de mémoire a pu être minimisé puisque les entretiens se sont déroulés dans les premières semaines suivant la naissance de l'enfant. Malgré un entretien qui s'est déroulé à 49 jours de l'accouchement – qui a néanmoins permis l'apport d'une grande richesse concernant la vulnérabilité psychologique de cette mère – les autres dialogues se sont tenus à une distance allant de 22 à 39 jours de la date d'accouchement.

Afin d'analyser notre étude, nous évoquerons tout d'abord les **caractéristiques communes** de nos patientes de plus de 40 ans. Puis, la discussion portera sur le **vécu du retour à domicile** de ces nouvelles mères en précisant les sentiments, difficultés et angoisses ressentis ainsi que le développement de la relation mère-enfant. Pour terminer, **l'analyse des clefs, moyens de défense et d'adaptation** au retour à domicile ainsi que **l'importance du soutien** seront exposées afin d'évaluer leur impact.

II. Synthèse

1) Caractéristiques des primipares de plus de 40 ans

1. a) Une grossesse souhaitée, hors des contraintes sociétales

Etymologiquement emprunté du latin, **primipare** se compose de « *primi-* » signifiant en premier lieu, et « *-pare* » venant de « *parus, parere* » qui veut dire engendrer. Ainsi *primipare* désigne l'état d'une femme qui a donné naissance à son premier enfant. Sur le même principe, primigeste désigne l'état d'une femme portant une grossesse pour la première fois. Dans notre étude, 70 % des femmes étaient des primigestes. Selon les chiffres de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), une femme qui souhaite un enfant à 40 ans a 65 % de chances d'y arriver, et 44 % d'y parvenir en 12 mois (10). Bien que la probabilité de conception chez une femme après 40 ans soit de 6 % tous les mois, nous remarquons que nos patientes n'ont pas rencontré de difficultés majeures pour concevoir leur enfant.

Dans nos sociétés actuelles, **concevoir un enfant** se planifie selon des normes biologiques et sociétales, c'est pourquoi la tendance à l'apparition plus tardive des

premières naissances prend toujours davantage d'importance dans nos sociétés modernes (11). De plus, pour la génération la plus récente de mères, il a été constaté l'émergence du phénomène de **l'enfant unique sur le tard**. La maternité tardive est ainsi pour les plus jeunes générations plus fréquente chez les mères n'ayant au final qu'un seul enfant (2). Dans notre population, le **désir d'enfant** est un élément qui a été exprimé par toutes les femmes. Pour toutes, la grossesse était désirée et motivée. Pour nombre de femmes en France, constituer une famille suppose qu'une série de conditions doivent soit – trouver un partenaire, réaliser des études, s'assurer d'un minimum de stabilité professionnelle, disposer de ressources suffisantes pour accueillir un enfant (2). Au-delà de 40 ans s'affranchir de certaines de ces conditions pré-requises devient possible puisque pour 70 % des femmes interrogées, le projet d'enfant n'a eu lieu qu'après la rencontre tardive avec leur compagnon. Dans notre échantillon, nous avons remarqué que le désir d'enfant n'était pas dû à une norme sociétale. En effet la naissance d'un enfant hors mariage pour 6 femmes concernées sur les 10 interrogées n'a pas été un frein à l'accueil d'un enfant. Selon l'INSEE, en France, en 2019, 2 enfants sur 3 sont nés hors mariage. Sur ce point, notre échantillon est conforme à la situation générale en France.

De plus, le **désir d'enfant est récent** dans notre population, aussi parce que les unions sont récentes. Ces femmes quadragénaires n'ont pas attendu d'avoir plusieurs années de vie en commun avec leur partenaire pour définir une stabilité dans leur couple. Or, avant 40 ans, les couples attendent plusieurs années pour définir leur union comme stable avant de réfléchir à un projet d'enfant. Par ailleurs, ce projet d'enfant a été amorcé plus tôt dans la vie de la femme, il a eu le temps de mûrir avec leur réflexion. En effet, nous avons remarqué que les futures mères de notre étude se sentaient prêtes à accueillir un enfant. **L'expérience de la vie** fait qu'elles ont acquis une **stabilité intérieure**, facteur qui induira un bon déroulement pour leur grossesse et leur maternité. Ainsi, lorsque les limites biologiques liées à l'âge se rapprochent, le désir de concevoir un enfant apparaît aux yeux de ces femmes comme une évidence.

Le « **choix** » renvoie certes au nombre d'enfants souhaité, mais surtout au « **bon moment** » pour accueillir un ou plusieurs enfants. Or, le « bon moment » se

définit socialement et médicalement en termes d'**âge**, principalement maternel. Aussi, l'âge régit beaucoup de décisions et de choix dans nos sociétés actuelles. Et, bien que **40 ans** soit considéré comme l'âge limite, d'un point de vue social, pour envisager la conception d'un enfant, le **rapport au temps** définit par ces primipares n'est pas perçu d'une façon véritablement identique au reste de la société. Au cours de nos entretiens nous avons pu remarquer que la venue de cet enfant a comme figé le temps, avec l'idée prédominante que c'est le fait d'avoir un enfant après 40 ans qui permet cela. Cette notion de **temps ralenti** vient comme inverser l'idée qu'avoir un enfant fait vieillir : le vieillissement constitue la question problématique lorsque l'on évoque la parenté tardive (2). En effet, les remaniements identitaires imposés au sein de la famille par la propulsion de ces femmes et hommes au rang de mères et pères de leur enfant par la naissance de celui-ci, permettent la bascule des femmes dans l'âge adulte. Ceci est d'autant plus vrai que les couples ont leur enfant jeune. La **notion d'éternité**, nourri d'une part par l'arrivée d'une descendance, vient alors se confronter à ces femmes par le fait que cette naissance tardive vienne comme arrêter le temps.

D'un point de vue démographique, les **maternités tardives** ont toujours existé (12). Selon l'INSEE, déjà, en 1948, 5 % des nouveau-nés avaient une mère de 40 ans ou plus. La part de ces maternités tardives avait par la suite diminué, pour augmenter régulièrement depuis le début des années 1980. Et depuis cette période, les naissances tardives sont de plus en plus souvent des premières naissances (13). Le choix d'avoir des enfants plus tard dans la vie des hommes et des femmes est également catalysé par l'augmentation de **l'espérance de vie**. En 1948, l'espérance de vie des femmes à la naissance était de 68,8 ans, selon l'INED. En 2018, l'INSEE nous rapporte que l'espérance de vie des femmes en France est de 85,5 ans. En 70 ans, l'espérance de vie a considérablement augmenté en France – plus 16,7 ans pour les femmes et 16,9 ans pour les hommes – ce qui permet également aux couples d'envisager de repousser la naissance de leur(s) enfant(s) puisqu'ils bénéficient de plus de temps devant eux pour élever et voir grandir leur(s) enfant(s). Ajoutons à cela que les françaises et français vivent plus vieux mais surtout ont une **meilleure qualité de vie** en âge vieillissant.

1. b) Une grossesse tardive : une grossesse à risque ?

Les grossesses dites « tardives » ont toujours existé, mais étaient toutefois le fait du dernier enfant et non du premier. La tendance au report de la primomaternité est apparue dès la fin des années 1970 et se poursuit alors. Dans les années 1980, une des conséquences de l'inquiétude des pouvoirs publics, concomitante aux premiers résultats du Plan périnatalité, fut **l'accroissement de la surveillance médicale** des grossesses à un âge « élevé » – jugées « **à risque** » au-delà de 35 ou 38 ans (2). Ce « risque » était principalement d'ordre médical, reconnaissant des bornes d'âges au-delà desquelles mettre au monde au enfant était considéré comme tardif. Ainsi, sur le plan médical, une « femme âgée » était une « femme à risque », comme le rappelle le Dr J. Belaisch-Allart, présidente élue du CNOGF, présidente de la commission d'éthique et responsable d'un service de gynécologie-obstétrique (11). Sous-jacent à cela, vivait l'idée du « non-modernisme » du parent âgé, perçu comme risquant d'être un mauvais éducateur pour l'enfant.

Au début des années 2010, les maternités tardives sont présentées par le Haut Conseil de la Population et de la Famille (HCPF) comme un **problème de santé publique** et, plus encore, comme un **problème pour la société**. Pour certains médecins, les grossesses à des âges « élevés » apparaissent aujourd'hui moins dangereuses que par le passé du fait des progrès du dépistage et du suivi médical, qui permettent de mieux en **maîtriser les risques**. Le seul risque sur lequel les professionnels de santé sont unanimes est celui de ne plus pouvoir concevoir au-delà d'un certain âge, car les risques d'**infertilité** augmentent avec l'âge (12). Ainsi, nous pouvons nous interroger : sur quel domaine le risque des grossesses tardives renvoie-t-il ? Une grossesse tardive, dite « à risque », ne serait-elle pas davantage stressante pour les parturientes et à l'origine de vulnérabilités futures ? Une grossesse tardive ne serait-elle pas une grossesse « précieuse » donc soumise à davantage d'anxiété ?

Nous noterons tout d'abord un **assouplissement de la qualification médicale du risque pour ces grossesses**, au fur et à mesure que la norme d'âge définissant les grossesses tardives recule et que son nombre augmente. Cet assouplissement médical peut être représenté dans notre étude par l'instauration d'un suivi de

grossesse **réalisé par une sage-femme** pour 3 parturientes. Dans le mémoire d'A. Meyer (14) datant de 2007, portant sur 103 grossesses tardives, toutes ont été suivies par un gynécologue-obstétricien. Un peu plus de 10 ans plus tard, nous noterons que le suivi des grossesses tardives n'est plus qu'exclusivement réalisé par les gynécologue-obstétriciens. Selon le code de la santé publique, l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic et à la surveillance de la grossesse. En cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, la sage-femme doit faire appel à un médecin (15). La Haute Autorité de Santé (HAS) émet des recommandations en 2007 et précise les différents types de suivi recommandés en fonction des situations à risque identifiées. Par ailleurs, l'âge maternel supérieur à 35 ans représente un facteur de risque classant le suivi en type A1 : **selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin** néanmoins, l'avis d'un gynécologue-obstétricien et ou d'un autre spécialiste est conseillé (16). Bien que le suivi de grossesse ne puisse être établi uniquement sur l'âge, nous remarquons que celui-ci n'a pas été obligatoirement réalisé par un médecin. Notre population a fait suivre sa grossesse pour 70 % par un médecin, soit parce que la femme enceinte présentait un autre facteur de risque ou parce que la femme suivait un parcours de PMA, mais la raison majoritaire reste pour ces femmes la connaissance antérieure du praticien. En général, ces professionnels réalisaient leur suivi gynécologique annuel.

Dans notre population, les parturientes ont toutes pu bénéficier d'un **suivi régulier**. Conformément au facteur de risque du diabète gestationnel que représente l'âge supérieur à 35 ans (5), toutes les femmes ont réalisé le test. Bien que les risques médicaux liés à une grossesse tardive n'aient été que peu expliqués dans notre population, nous avons pu noter la **prévalence de pathologies** chez 40 % des grossesses tardives étudiées (diabète gestationnel, pré-éclampsie). Au cours des entretiens, les femmes ont pour la majorité dit qu'elles gardaient un bon souvenir de leur grossesse, que celle-ci s'était bien voire très bien passée. Elles s'appuient sur le **suivi encadrant des professionnels**, sur l'**écoute** de leurs préoccupations et sur les **moyens mis en place** pour qu'elles puissent vivre leur grossesse de la façon la plus sereine possible – arrêts de travail précoces notamment. Retirer beaucoup

d'avantages de leur grossesse tardive – sérénité, maturité, désir d'enfant –, c'est ce qu'ont semblé dire les quadragénaires interrogées.

Ainsi, la **maturité psychique**, le **désir d'enfant motivé et réfléchi** et l'**atteinte des limites biologiques** de la conception naturelle sont autant de caractéristiques communes que ces femmes ont mis en avant pour concevoir un enfant. Leur **expérience de la vie** leur a permis d'investir cette grossesse, tardive, précieuse et souhaitée, d'une manière sereine et apaisée, le tout englobé par des professionnels de santé leur offrant un **sentiment sécuritaire**.

2) Vécu et sentiments au retour à domicile des primomaternités tardives

Plusieurs enquêtes ont déjà été menées sur l'expérience, le ressenti, le vécu des femmes et surtout des primipares dans la période du post-partum (17–21). Nous nous appuyerons sur ces différentes études pour mettre en évidence certaines spécificités liées au vécu du retour à domicile par les primipares quadragénaires.

2. a) Un retour à la maison bien vécu

Comme nous l'avons vu, ces **grossesses ont été très bien suivies et bien vécues** grâce à un encadrement des professionnels de la périnatalité très sécuritaire. Un vécu apaisé de la grossesse permet à ces femmes de vivre dans la même continuité la sortie de la maternité et les premières semaines à la maison. Cette transition sera d'autant mieux vécue que le cadre posé par les professionnels de santé sera rassurant. C'est un véritable changement de repères pour la mère, enceinte sous haute protection (protégée, entourée) que de passer, avec le père, aux statuts de parents qui doivent se mettre au service de leur bébé afin de le protéger. Ils ne pourront le faire que s'ils se sentent eux-mêmes en sécurité, c'est-à-dire **reconnus dans leurs compétences naissantes**, dans leur **savoir-faire** vis-à-vis de leur nouveau-né.

Dans notre étude, le sentiment général qualifiant le retour à domicile était **positif**. La totalité des femmes expliquent avoir bien voire **très bien vécu le premier mois de vie avec leur enfant**, malgré certains débuts difficiles. L'état d'esprit de ces

femmes à l'issue des premières semaines passées avec leur bébé se veut lui aussi positif. L'âge de notre population induirait davantage de **quiétude** au retour à domicile : les primipares interrogées se disent en effet **plus heureuses, plus sereines, apaisées et aller mieux**. Bien que certaines femmes expliquent aussi ressentir des **doutes, de l'angoisse et de la fatigue**, la proportion de ces sentiments prend une part moins importante chez les primipares de notre échantillon que chez les primipares tous âges confondus (17). De la même manière, les **sentiments positifs** – plus sereine, plus épanouie, plus rassurée – sont davantage présents chez les primipares quadragénaires.

Des associations telles que le CIANE et l'UNAF ont enquêté à propos de la sortie de la maternité entre 2005 et 2012. De ces enquêtes, ressort qu'une primipare sur six – tous âges confondus – se sent angoissée et désemparée dans les premiers jours à la maison. Dans notre population, une patiente a exprimé être contente mais dépassée ce qui n'est pas un sentiment aussi négatif que celui du désemparement. Aussi, les femmes étaient **désireuses d'un suivi prolongé à domicile** afin d'obtenir une certaine confiance et sérénité à leur domicile (20).

2. b) Malgré des difficultés à la maison ...

Les premiers enfants arrivant tardivement induisent un certain nombre de **bouleversements** qui sont propres à toute arrivée d'un enfant dans un couple qui n'en avait pas. Malgré un bon vécu global du retour à domicile, plusieurs difficultés ont été rencontrées. Nous pourrions définir 3 types des difficultés : obstétricales – liées à la femme –, pédiatriques et organisationnelles.

Tout d'abord, celui qui génère le plus d'inquiétudes et de difficultés pour les primipares au retour à la maison est d'ordre pédiatrique. A la différence des résultats du travail réalisé par J. Pletty, les primipares quadragénaires éprouveraient moins de difficultés que leurs homologues plus jeunes, dans la prise en charge globale de leur enfant à domicile (17).

De plus, elles semblent également être préservées des difficultés liées à l'allaitement maternel exclusif, puisque les primipares tardives – qui ont dit avoir des difficultés avec l'alimentation de leur enfant – réalisaient un **allaitement mixte ou artificiel**. En effet, d'après les résultats de notre enquête, l'allaitement maternel est le mode d'alimentation du nourrisson majoritairement choisi dans la population étudiée avec 9 allaitements sur 10 à la sortie de la maternité contre 6 sur 10 au moment des entretiens. Selon l'enquête nationale périnatale de 2016, la fréquence de l'allaitement maternel à la maternité, qu'il soit exclusif ou mixte, est de 66 %. La région Auvergne-Rhône-Alpes est l'une des 3 régions où le taux d'allaitement maternel est le plus élevé (71,1%) (22). Aussi, selon une enquête de la DREES, en 2013, **l'allaitement** est d'autant plus fréquent que la mère est plus âgée, avec significativement moins de femmes allaitant leur enfant parmi les très jeunes. Le fait d'être le premier (ou le seul) enfant né augmente la probabilité d'un allaitement maternel (23). Dans notre population de quadragénaires, pour les 5 mères ayant présenté des difficultés d'alimentation, un **changement alimentaire** a été opéré entre leur sortie de la maternité et le moment de l'entretien ; soit passant d'un allaitement mixte à artificiel ou d'un allaitement maternel à mixte ou exclusivement artificiel. Ceci pourrait être l'une des raisons qui ont fait ressentir des difficultés à ces femmes. Nous pouvons tout de même nuancer en nous disant que les femmes s'autorisent également **plus de souplesse en pratiquant l'allaitement mixte**, qui permet de maintenir un allaitement au sein.

D. Winnicott, en étudiant les **premières interactions** entre la mère et le nouveau-né, explique que l'état très particulier du psychisme féminin atteint durant la grossesse se prolonge jusqu'à quelques semaines après la naissance (24,25). Cet état de sensibilité accrue, la « **préoccupation maternelle primaire** » que la mère atteint spécialement à la fin de sa grossesse, permettrait à la mère de se montrer tout spécialement « capable de s'adapter aux tout premiers besoins du nouveau-né, avec délicatesse et sensibilité ». Cette hypersensibilité rend donc la mère entièrement disponible sur un plan émotionnel et sensoriel, pour accueillir son bébé et s'identifier à lui. Aussi, les pleurs du nourrisson sont extrêmement courants et c'est l'un des premiers défis auxquels sont confrontés les parents (26). Commun à la primiparité et

aux préoccupations maternelles, notre population a également rencontré des difficultés dans la **gestion et la compréhension des pleurs**. Comme l'explique G. Gremmo-Feger, pédiatre au CHU de Brest, ces pleurs sont une source de préoccupation importante pour les parents. Selon les réactions parentales qu'ils provoquent, les pleurs excessifs ou perçus comme tels peuvent avoir des répercussions négatives – arrêt de l'allaitement maternel, sentiment d'incompétence, négligence voire maltraitance – et perturber la qualité des interactions parents-enfant (26). Décrypter les pleurs a généré de **l'angoisse** et du **stress** pour certaines mamans, mais toutes ont su distinguer les pleurs dits « de faim », « de fatigue » ou ceux « du soir ou de décharge ». En effet, les parents dont la tolérance aux pleurs n'est pas toujours proportionnelle à leur quantité, cherchent désespérément des explications et des moyens de calmer leur bébé.

Il est intéressant de souligner que les quadragénaires de notre échantillon n'ont pas eu la sensation d'être des « mauvaises mères », elles n'interprètent pas les pleurs de leur enfant comme un défaut de compétence, bien que des sentiments tels que la **culpabilité**, la **pénibilité** ou **l'impuissance** aient été évoqués. Aucune mère n'a senti son rôle remis en question face aux pleurs de son enfant. Nous retrouvons là aussi l'influence de l'âge caractérisant notre population (17). La **maturité acquise** avec **l'expérience de leur vie**, voire au contact d'autres nouveau-nés de leur entourage, permettrait aux mères de prendre plus de recul et d'ainsi comprendre que les pleurs ne sont pas de la tristesse mais un moyen pour le nourrisson de **communiquer** avec son environnement jusqu'à l'acquisition du langage.

Le deuxième type de difficultés rencontrées est d'ordre obstétrical, désignant tout ce qui peut être en rapport avec la mère. Le **manque de sommeil** émerge en tant que difficulté majeure ressentie au cours du premier mois de vie avec l'enfant. L'atteinte du sommeil pendant la grossesse peut avoir des **conséquences néfastes sur la relation entre une mère et son enfant**. En effet, les changements d'architecture du sommeil, la diminution du temps de sommeil total, la fragmentation du sommeil ou encore la restriction de sommeil sont autant d'éléments qui peuvent affecter la relation mère-enfant (27). Dans notre étude, le manque de sommeil

ressort comme étant une **modification des habitudes de vie** puisque le qualificatif de « grosse dormeuse » a été repris par près de la moitié des patientes interrogées. Comme le dit M. Bydlowski, une fois passés les premiers jours qui suivent la naissance, la jeune mère reste fatiguée, elle peut ne pas s'adapter à la charge à la fois émotionnelle et pratique que représente la présence du nouveau-né. Elle peut alors se retirer dans un désintéret et un ralentissement qui doivent alerter l'entourage (28). Il semblerait que les mères interrogées ont su trouver des ressources pour pallier cette difficulté puisque la relation mère-enfant, abordée dans une prochaine partie, a été préservée de tout impact négatif.

Plusieurs auteurs (29,30) ont démontré que l'un des principaux motifs responsable d'un sevrage au début de l'allaitement est la fatigue de la mère (31). Si la parentalité tardive semble une situation qui incite, si ce n'est qui oblige, à résister à l'avancée en âge, il convient aussitôt de modérer cette vision optimiste des choses, bien que très majoritairement partagée. En effet, dans un même temps, avoir un enfant à cet âge-là est une **source spécifique de fatigue**. Au cours de nos entretiens, les femmes ont exprimé avoir ressenti de la fatigue tant physique que psychique au cours de leur séjour en maternité. Cette difficulté, toujours présente pour certaines au retour à la maison, n'a pour la suite pas été reprise au moment des entretiens en tant que difficulté, mais plutôt en tant que « banalité », comme si leur fatigue à la maison était normale, **légitime**. Ceci laisse penser que les quadragénaires ont **donné un sens à cette fatigue**, comme si elles se l'étaient appropriée, les encrant ainsi davantage dans la réalité de cette parentalité qu'elles sont en train de vivre.

Enfin, nous avons pu noter qu'une inquiétude très particulière concernait **l'organisation et la gestion du temps à la maison**, en lien avec les **rythmes** de leur bébé, ce qui constitue le dernier type de difficultés. Après une première naissance, les femmes se sentent investies d'un nouveau rôle : celui de mère de famille. Surajouté à celui de femme « au foyer » avec les tâches qui en découlent (courses, ménage...), et celui de femme moderne qui reprend une activité professionnelle dès la fin du congé maternité, cela engendre une importante part de stress. Ces tâches domestiques pour lesquelles elles sont la plupart du temps exemptées sur la fin de la

grossesse, resurgissent dans les pensées des femmes dès le retour à domicile. Ces nouvelles mères **se sentent dépassées** par les différents rôles qu'elles ont à assumer, tout en ne sachant pas déléguer à leur entourage, la plupart du temps. La femme croit devoir tout gérer seule, alors qu'elle n'a pas récupéré de l'épreuve physique qu'est l'accouchement. Notre population de primipares âgées explique avoir laissé de côté les tâches ménagères, ainsi le linge sale s'amoncelait, la préparation de repas était sans grande élaboration et lorsqu'elles entamaient un semblant d'activité liée à l'intendance, l'heure de la prochaine tétée ou prise de biberon se faisait déjà entendre par leur nouveau-né. Ce **manque de temps** aurait alors renforcé l'idée pour certaines qu'elles étaient débordées, dépassées. Rappelons néanmoins que le rapport au temps, vu précédemment, était paradoxal du point de vue des quadragénaires. La notion de temps ralenti ou faisant rajeunir les mères est à nouveau émergente.

Par ailleurs, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (32), afin que le couple parents-enfant puisse sortir de la maternité et rentrer à domicile, l'équipe soignante doit s'assurer qu'il respecte des conditions. Ces recommandations de 2014 s'adressent aux couples parent-enfant à **bas risque médical, psychique et social**. Les différents critères reposent tout d'abord sur **l'intérêt de la mère et de l'enfant** (souhait de la mère ou du couple, retour à domicile dans des conditions environnementales et sociales favorables et selon indication médicale), et ensuite, sur le respect du **délai d'adaptation du nouveau-né** à la vie extra-utérine pour s'assurer de l'absence de risque (ou d'un risque limité) de complications pour l'enfant notamment. L'absence de situation de vulnérabilité psychique, social, de conduites d'addiction et de dépendances sévères s'avère être le premier critère énoncé pour définir le bas risque chez la mère. Or l'âge de notre population n'est-il pas caractérisé comme étant un critère de vulnérabilité sociale et médicale ? Il est primordial de veiller à la sécurité et à la bonne instauration de la relation mère-enfant. Une distorsion de cette relation, induite de façon inconsciente par la mère au retour à la maison, peut être causée par trois facteurs distincts mais interdé-

pendants : la fatigue maternelle, la dépression du post-partum et les changements dans les sécrétions hormonales (27).

Aussi nous allons voir si les vulnérabilités vues précédemment ont une influence négative sur la relation mère-enfant comme ce que laissent croire les facteurs de risques inhérents à notre population.

2. c) Une relation mère-enfant privilégiée

Au cours de sa grossesse, la femme développe les premiers liens avec son enfant, laissant place à la rêverie et à la venue dans son esprit de **l'enfant imaginaire**.

La **transparence psychique**, défini par M. Bydlowski, débute pendant la grossesse et dure quelques temps après l'accouchement (24,33). Il s'agit d'un affaiblissement, d'une plus grande perméabilité, de la barrière entre l'inconscient et la conscience ; ou encore d'un abaissement des résistances habituelles de la jeune femme face au refoulé inconscient. Cette perméabilité provoque la remontée à la conscience de ressentis, d'émotions ou d'angoisses. Aussi, lorsque la mère se prépare à « faire un bébé », elle tente de **l'imaginer**, de le projeter, ce qui va induire la réactivation du petit enfant que la mère a elle-même été – ou pense avoir été. Pour notre population, cette réactivation de l'enfance peut être plus difficile à réaliser puisque plus lointaine. De plus, enceintes, les femmes font face à une **dénudation psychique** plus ou moins importante. C'est la capacité de la future mère à capter les indices provenant de son bébé en se mettant à nu psychiquement, en relâchant ses défenses et ses résistances. Ceci rend alors la femme très vulnérable.

Le sentiment de dénudation psychique que la future mère exprime durant sa grossesse est comme prolongé par le dialogue materno-fœtal dans le post-partum. En effet, Winnicott explique que « pour lui, c'est le bébé qui apprend à sa mère à être mère », à devenir une **mère suffisamment bonne** (34). La mère ne sait rien, le bébé va la guider. Les premiers instants de la vie sont alors un temps d'appivoisement, pour que ça marche il faut que la mère soit en position d'humilité, elle doit reconnaître son ignorance et faire confiance à son bébé. Les liens précoces établis dès la naissance ont permis avec le proto-regard une connexion entre la primipare et

son enfant. Aussi, cette **notion de confiance** et **d'entre-aide mère-bébé** a souvent été exprimée lors des entretiens. L'accordage de ce lien unissant une mère à son enfant est donc soumis à l'influence réciproque des deux partenaires de cette relation. Ainsi la mère doit être à l'écoute de son bébé et se plier à ses exigences et besoins. C'est alors que va se développer une **intuition maternelle primaire**. La relation privilégiée que le bébé a avec sa mère est donc fondamentale pour son bon développement et processus de maturation (25). Enfin, l'établissement du lien dépendra également des **ressources psychologiques** de la mère. C'est ce que nous devons à D. Winnicott lorsqu'il parle de la **préoccupation maternelle primaire**.

La **relation mère-enfant** décrite par les patientes de notre échantillon est **facile, fluide** et **bonne**. Les nouvelles-mères de notre étude disent vivre un lien plus fort que ce qu'elles ont pu imaginer ou fantasmer. Cette connexion entre le premier enfant et sa mère quadragénaire serait ainsi **plus puissante** d'après les dires des femmes. Ceci s'explique par le fait que ces femmes vivent plus intensément la relation. Aussi, l'hypothèse que leur âge – rencontrant des limites biologiques à la reproduction et donc à la venue d'un second enfant dans le foyer – soit un atout dans la relation a été vérifié. En effet, la très grande majorité s'accorde à penser qu'elles n'auront pas de deuxième enfant. Ceci pourrait donc expliquer la plus grande disponibilité psychique dont ces femmes font preuve avec leur nouveau-né.

De plus, le rapport au temps vu précédemment permet également la douce mais forte construction de la relation. L'**apprentissage maternel** commence tôt avec les observations que fait la petite fille en regardant la façon dont une mère prend soin de son bébé. Avec les années qui sont passées, les quadragénaires ont eu le temps d'**observer** et d'**enrichir leur savoir d'expériences** par les diverses relations rencontrées, entre une mère et son enfant.

L'effet du temps aurait aussi un aspect négatif : après tout événement longuement anticipé est souvent décrite une **phase dépressive** qui s'en suit. La naissance d'un enfant depuis longtemps souhaitée ne ferait pas exception.

Les complications psychiatriques sont plus nombreuses dans le post-partum que pendant la grossesse. La grande majorité des **troubles psychiques du post-partum** survient dans les 2 premiers mois après l'accouchement voire même dans les 2 premières semaines. De nombreuses études épidémiologiques montrent que les troubles psychiques de la puerpéralité sont statistiquement corrélés à des facteurs de risque. Bien que l'incidence de la parité sur le risque morbide soit variable, il est cependant admis que la **vulnérabilité de la primipare** est un facteur prédisposant au blues du post-partum. La **primipare âgée** est, quant à elle, un facteur de risque de dépression du post-partum (DPP) – ce qui renvoie à la venue d'un évènement longuement réfléchi (35).

Nous distinguerons le blues du post-partum de la dépression du post-partum. Le blues du post-partum survient classiquement entre le 2^{ème} et le 5^{ème} jour après l'accouchement. Il s'agit de manifestations psychiques et somatiques mineures, concomitantes à la montée laiteuse, observées dans 50 à 80 % des cas, et en principe transitoires. D'après *l'American Psychiatric Association*, la DPP est définie par la présence de signes de tristesse, culpabilité, perte de confiance en soi, fatigue, désespoir, apathie, désintérêt, troubles du sommeil, difficultés de concentration ayant débuté dans les 4 semaines suivant une naissance et durant au moins 2 semaines (36,37). Ces différents signes sont regroupés dans des grilles tests, dont les plus utilisés dans la littérature sont *l'Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (37–39), et le *Beck Depression Inventory* (40). Dans notre étude, nous avons repéré une grande part de **fragilité** chez les primipares âgées. Ceci vérifierait l'hypothèse que la primiparité âgée serait un facteur de risque de dépression du post-partum (35,41). En effet, 8 d'entre elles ont décrit des états et sentiments faisant référence aux **dépansions « mineures » du post-partum**. La symptomatologie fait parfois suite à celle du blues du post-partum ou peut être du même type mais plus intense et durable. Elle associe, à un degré plus ou moins important, les signes classiques de la dépression à des sentiments d'incapacité, des auto-accusations en relation avec les soins apportés à l'enfant et à des manifestations somatiques : asthénie, céphalées, défaut de concentration, impression d'épuisement, insomnie (35,42,43).

Un quart des patientes présentant des **signes de vulnérabilité psychique** – soit 20% de notre population –, nous ont véritablement donné le sentiment d’être dans un **état dépressif** se prolongeant dans le temps, manifestant un défaut de concentration, un épuisement avéré et répété à plusieurs reprises au cours de l’entretien. La prévalence de la DPP reste variable, selon les auteurs, car souvent mal dépistée. Par contre, les états dépressifs du post-partum sont en constante augmentation (15 à 20 %) et représentent à l’heure actuelle un véritable problème de santé publique (35,43). Afin que ces épisodes dépressifs ne se pérennisent dans le temps, il est important de donner l’occasion à ces femmes de reconnaître leur souffrance, de voir qu’elle est entendue, de la verbaliser sans accroître leur sentiment de culpabilité. D’autant plus que chez la mère, il existe un risque de dépression prolongée, voire un risque suicidaire ou de violence envers l’enfant dans les formes sévères. Si la qualité de la relation mère-enfant est altérée cela peut entraîner chez l’enfant une augmentation du risque de troubles mentaux et du comportement précoces (anxiété, rejet maternel), dans la petite enfance ou plus tardivement (42). Mais nous sommes en droit de nous dire que si les femmes parlent plus aisément des difficultés qu’elles peuvent rencontrer c’est aussi parce que, du fait de leur plus grande maturité, elles arrivent plus facilement à exprimer et à mettre en mots leurs ressentis.

Ainsi, comme nous venons de le voir, les primomaternités tardives seraient plus à risque de développer des signes de dépression mineure du post-partum, elle-même pouvant nuire au développement du nourrisson. Or, l’âge est repris par ces nouveaux parents comme une donnée positive en faisant valoir leur expérience personnelle et une plus grande disponibilité psychique et matérielle à offrir à leur enfant (44).

2. d) L’image du corps qui change

Des **idéaux corporels**, spécifiques à un environnement social et culturel, définissent ce que doivent être corporellement les femmes pour être considérées

comme **féminines**. Le corps régit à son tour des positions et normes sociales. D'une manière générale, le corps de la femme est un corps pensé comme un « objet esthétique » **soumis au regard**. De plus, l'idéal corporel associé à la féminité d'aujourd'hui détermine un standard de la beauté lié à la minceur. Selon Grogan et Wainwright en 1996, les fillettes avant 8 ans avaient déjà conscience de cet idéal (45). De nos jours, la majorité des individus a tendance à comparer l'image corporelle que les personnes ont d'elles-mêmes, à un idéal corporel construit à partir des **idéaux socialement valorisés**. De plus, les femmes sont davantage insatisfaites par leur image corporelle que les hommes. Néanmoins, l'image corporelle change avec les différentes crises identitaires traversées par l'individu au cours de sa vie. Dans le contexte de donner la vie, la femme a fait face à l'image de son ventre s'arrondissant, à sa poitrine augmentant de volume, à la pigmentation de sa peau changeante, et avec une attention particulière au poids pris pendant cette période notamment pour les trentenaires ou vingtenaires. Ces remaniements physiques rapides mettent à l'épreuve la future mère et encore plus la primipare (46). De plus, après l'accouchement, suit la période d'ajustement au sentiment de vide dans le ventre auparavant comblé par le bébé. L'image corporelle doit encore changer afin que la mère se sente entière et non vide. Cette préoccupation n'a pas été relevée par les quadragénaires de notre étude. Notre population a un vécu de l'image corporelle qui est positive, ne sachant pas si leur « corps d'avant reviendra ou ne reviendra pas ». Certaines portent uniquement une attention sur leur corps **sans jugement**, alors que d'autres marquent un **désintérêt de l'image** qu'il leur renvoie. Ceci serait en partie due au deuil du corps et de son image comblant les idéaux sociaux.

Nous ressentons une **tranquillité** dans le vécu corporel de ces femmes. Or, l'image que l'individu a de son corps, les perceptions qu'il porte sur ce dernier influencent **l'estime** qu'il a de lui-même. L'estime que ces femmes ont d'elle-même est également positive.

3. a) Être bien préparée et investir la grossesse

Comme nous l'avons vu, ces grossesses ont été très bien suivies et bien vécues de par un encadrement des professionnels de la périnatalité très **sécuritaire**. De plus, afin de porter à la connaissance des femmes ce qu'il se passe dans leur corps lors de l'accouchement et les préparer physiquement, des **séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)** ont été développées durant la grossesse. Ces séances ont évolué au cours du temps, et s'orientent majoritairement vers un accompagnement plus global de la femme et du couple (47). Les femmes de notre échantillon avaient toutes le souhait de réaliser cette préparation, avides de connaissances et de compréhension des mécanismes de la naissance. Les préparations classiques ou **en couple** ont été celles suivies par notre échantillon. Nous noterons la part grandissante des séances de PNP à réaliser à deux avec la **complicité du père**. L'intérêt que porte le partenaire sur la grossesse a également été marqué par sa présence aux diverses consultations du suivi de la grossesse. C'est la façon pour le partenaire de se préparer lui aussi à la venue de son enfant. Outre l'anticipation du jour de la naissance que permettent ces séances, elles ont permis aux couples d'établir un **lien** et un **contact** plus fort avec leur bébé au cours de la grossesse.

Le **rôle contenant** et parfois **maternant** des professionnels de santé à l'égard de ces femmes pendant leur grossesse et au moment de donner la vie, a également été apprécié durant le séjour en maternité.

3. b) Le séjour en maternité accompagné, pour un retour à la maison serein

En France, la durée du séjour maternité est de 3 jours pour un accouchement par voie basse et 5 jours pour une naissance par césarienne. Les sorties dites « précoces » intéressent préférentiellement les multipares, désireuses de rentrer à domicile dès 48 heures de vie de leur nouveau-né. Selon l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016, les séjours en maternité sont raccourcis par rapport à la dernière enquête de 2010 et les sorties « précoces » sont plus fréquentes (32,48). L'accompagnement et la surveillance par des professionnels de la périnatalité restent

essentielles pour aider ces femmes à bien démarrer leur primomaternité. Notre population a bénéficié pour la quasi-totalité d'un **séjour plus long** que la normale. Cette aménagement de la durée du séjour est l'un des principaux effets de la primiparité.

Afin de répondre à une situation difficile dans les maternités, le Ministre de la Santé, annonçait en 2003 la création de « **maisons périnatales** ». Depuis, dans le cadre du plan de périnatalité (49), de nombreuses centres périnataux ont été ouverts en France. Dans ces lieux, sont réunis différents professionnels de santé pouvant répondre à des besoins spécifiques. Sont présents des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes dans le cadre de consultation de grossesses, du suivi gynécologique des femmes et des séances de PNP ; ainsi que des auxiliaires de puéricultures, pédiatres et psychologues pour accompagner les femmes en suite de couches. En plus des consultations, ces centres proposent un suivi pré et postnatal personnalisé ainsi que des soins adaptés au bien-être physique et psychique de la mère et de l'enfant (ateliers portage, massage etc). Ainsi, ces maisons périnatales sont donc une **alternative au séjour à la maternité**, tout en offrant sécurité et suivi pour les parents et pour l'enfant. Les deux patientes de notre échantillon qui ont émis le souhait de venir à la maison périnatale de Tournon-sur-Rhône et qui ont pu en bénéficier ont remarqué une réelle implication de la part du **binôme sage-femme/auxiliaire de puériculture**. Le rôle de **soutien** et de **conseil** a été très apprécié et relevé par ces deux patientes.

Globalement, les primipares quadragénaires interrogées disent être **plus sereines** pour quitter la maternité et rentrer à la maison, bien que pour certaines la **fatigue** se fait toujours ressentir. Cette **sérénité** allait de pair avec la continuité d'un suivi qu'elles bénéficieraient au retour à la maison.

3. c) Le suivi au retour à la maison jugé nécessaire par les femmes

Le « **programme d'accompagnement au retour à domicile** » ou « PRADO » permet aux femmes ayant accouché sans complication de quitter la maternité tout en bénéficiant d'une à trois visites à domicile par une sage-femme libérale, dans les

12 premiers jours de vie de l'enfant (50–52). Le PRADO représente une première réponse pour faire face au retour à domicile à un moment clé du post-partum (montée de lait et période du baby-blues). Bien que ces visites à domicile soient planifiées selon l'appréciation de la sage-femme, il est fréquent de remarquer une demande croissante de leur venue par les couples. Ceci s'explique d'une part par la diffusion massive en maternité des informations concernant ce dispositif, et d'autre part, par la **confiance** grandissante des couples envers les sages-femmes. En effet, les patientes ayant réalisé un suivi pré-natal avec une sage-femme, ont pu réaliser leur suivi post-natal avec cette même sage-femme. Ceci est bénéfique pour le professionnel de santé mais également et principalement pour les patientes. L'accompagnement à domicile permet aux couples de **se rassurer** dans les gestes et soins qu'ils réalisent au quotidien pour leur enfant (prise de poids, soins du cordon). Comme l'évoquaient certaines patientes, **l'écoute bienveillante** de la sage-femme libérale et sa **disponibilité** ont permis aux couples de garder un lien avec son cabinet libéral. En cas de doutes ou de questions concernant leur enfant, les mères se tournent de préférence vers le petit cabinet de sages-femmes libérales plutôt que de se rendre en structure hospitalière.

L'hospitalisation à domicile ou « HAD » est moins répandue de nos jours pour ce qui est de la suite du suivi à domicile. Elle se consacre principalement sur l'anté- et le post-natal dit « pathologique », ainsi que sur les sorties précoces. La circulaire DHOS/O n°2004-44 du 4 février 2004 définit dans sa partie II, le rôle de l'HAD en périnatalité et ses missions en obstétrique. « *Elle [l'HAD] s'adresse ainsi aux femmes et à leurs enfants, qui requièrent des soins coordonnés et un suivi pouvant justifier de l'intervention d'une sage-femme, [...] et de tout autre intervenant* ». D'une façon générale, l'état de santé de la mère fonde l'admission en HAD, mais la relation mère-enfant est une dimension qui peut justifier d'une prise en charge en HAD, notamment lorsque la situation sociale et/ou psychologique le justifie (53). Composée d'un réseau de sages-femmes libérales, l'admission en HAD est faite sur certains critères (54). La durée de la prise en charge est également à l'appréciation du professionnel de santé réalisant une visite à domicile quotidienne. Les trois quadragénaires bénéficiant de ce type d'accompagnement ont apprécié le cadre sécurisant et

rassurant d'une **continuité de soins médicaux** s'inscrivant dans le **lieu paisible** qu'est leur domicile.

Aussi, bien que les femmes et plus encore aujourd'hui, les couples soient très suivis médicalement du début de la grossesse jusqu'au séjour en maternité, nous notons une **part grandissante du suivi à domicile** qui permet d'inscrire les couples dans une continuité de soins et d'accompagnement, visant ainsi à pallier aux angoisses et inquiétudes souvent ressenties au retour à la maison (18).

3. d) Le conjoint comme pilier

Tout d'abord, du point de vue des normes sociales, la conception tardive semble moins poser question quand il s'agit du versant paternel. Ceci peut d'une part s'expliquer par le fait que les enfants étaient plus souvent tardifs par la mère que par le père jusqu'en 1980, et la tendance s'inverse ensuite, ce qui indique des logiques temporelles différentes (2). Toutefois, les auteurs rappellent qu'en raison de la persistance d'une « logique » d'écart d'âge entre les hommes et les femmes au sein du couple, les mères âgées sont en couple avec des pères encore **plus âgés**. Notre population est représentée par **9 pères**. Leur moyenne d'âge reflète ce qu'expriment M. Bessin et H. Levilain dans leur livre *Parents après 40 ans* (44). Nous avons vu que les raisons des maternités tardives pouvaient être d'ordre professionnel. Les paternités tardives peuvent l'être tout aussi. En effet, il existe un **désinvestissement** de la sphère professionnelle par les hommes au-delà de 45-50 ans, ainsi que plus de **secondes unions** conduisant à la naissance d'un enfant. De plus, avec l'évolution des sociétés, le fait que les deux parents travaillent a amené une **redistribution des rôles** et des **tâches quotidiennes** dans le couple vers un fonctionnement plus égalitaire. Parfois, il arrive même que la carrière professionnelle au moment de l'arrivée de l'enfant tardif soit plutôt derrière les parents (2). Aussi, le temps du **congé de naissance** – 3 jours – peut se cumuler au **congé paternité**. Ainsi, le conjoint peut disposer de 14 jours avec son enfant, suite à sa naissance. Cet allongement récent est une forme de **reconnaissance sociale** de son rôle dans l'accueil du bébé. De plus, nous avons remarqué que les pères ont préféré poser des jours de congés après le

congé paternité afin aider leur femme, et voir les premières semaines de vie de leur enfant de plus près.

Par ailleurs, les pères sont maintenant de plus en plus présents, et de plus en plus tôt auprès des bébés. Les situations dyadiques père-bébé et triadiques, père-mère-bébé, se multiplient dès la naissance. Nous remarquons que le rôle éducatif n'est plus qu'exclusivement réservé aux mères. La tendance à une **paternité plus active** s'étend aujourd'hui. Pour bénéficier d'un soutien, les quadragénaires de notre échantillon se sont majoritairement tournées vers leur **partenaire**. Tout d'abord l'homme est représenté comme **protecteur**, permettant de par la **fonction paternelle d'appui**, un soutien pour la mère. Il rend possible l'expression des peurs et des angoisses de la relation mère-bébé, mais également sa construction. Certains travaux parlent, sur le même modèle que celui présenté par D. Winnicott, de la « préoccupation paternelle primaire ». Or, il serait préférable de parler de « **paternité primaire** », parce que les pères montrent qu'ils sont aptes à être suffisamment bons en termes de soins, qu'ils constituent une **figure d'attachement** au même titre que la mère (55). De plus, la fonction de **pare-excitation** qu'il partage avec la mère permet la protection du lien mère-enfant des agressions extérieures. Plus encore que ce soutien, les femmes décrivent **l'implication** de leur partenaire dans leur rôle de père, nous pourrions accorder cela à la **fonction paternelle de pont** rendant possible l'introduction de la triade père-mère-bébé. Mis à la même hauteur que la mère dans la prise en charge du nouveau-né, les pères de notre échantillon sont définis comme formant, avec leur compagne, une **équipe** au quotidien. De par ce mot surgit l'idée d'entre-aide mutuelle l'un envers l'autre pour aider chacun à s'épanouir dans son nouveau rôle de père et mère. La prise en charge conjointe des pleurs par chacun des membres du couple en fait un exemple idéal dans notre étude, tout comme le **relai** entre les parents permettant un temps d'adaptation et de transition pour organiser les rythmes à la maison.

La construction de la paternité s'est vue plus active dans notre population. Ce sentiment a été ressenti en raison de **l'implication des pères** lors des divers entretiens, et surtout de leur présence pour épauler la mère au quotidien avec leur enfant. Une psychanalyste, M. Szejer explique que lorsque les parents ont attendu

longtemps leur enfant, ils ne veulent rater aucun moment, ils sont très centrés sur l'enfant et font le maximum pour son bien-être. (56)

3. e) Une place importante pour le corps médical, au détriment de l'entourage

Au retour à la maison, les primipares font le plus souvent appel au **soutien familial** pour les aider en cas de doutes. Elles se tournent préférentiellement vers la femme qui les a mises au monde et élevées, comme source de réponses aux diverses interrogations des nouvelles-mères. Le mémoire de C. Thoubey traitant des *craintes des primipares face au retour à domicile* illustre ce propos (19). En effet, il a été montré que la **mère** de la nouvelle accouchée était autant, voire même plus sollicitée que les professionnels de santé dans cette période du post-partum. Cette « matrone » détient l'expérience et le savoir précieux que les jeunes mères envient dans cette période de grands bouleversements. Néanmoins, dans le cadre des grossesses tardives, les mères quadragénaires se trouvent déjà dans **l'âge adulte** et la demande de soutien de la part de leur mère est de moins en moins formulée. Il a également été constaté, le plus souvent, que les parents des couples quadragénaires étaient plus proches de l'âge de la retraite à moins qu'ils n'y soient déjà ou qu'ils ne fassent déjà partie des retraités. Ceci sous-tend l'idée que **leurs parents sont âgés**, donc que leurs conseils ne seraient plus dans l'ère du temps. En effet les recommandations et façons de faire en matière de nouveau-nés ne sont plus les mêmes qu'il y a 40 ans.

De plus, du fait de leurs situations professionnelles, les couples ont pu obtenir des opportunités professionnelles les obligeant à engendrer un **éloignement géographique de leur famille**. Cette donnée a été exprimée par la moitié des patientes de notre étude. Pour les femmes qui ont verbalisé une distanciation géographique de leur famille – ou belle-famille –, cela signifie qu'elle se trouvait suffisamment éloignée pour ne pouvoir faire appel à eux. Certaines parlaient de plus d'une heure de route, alors que pour d'autres leurs proches vivaient dans une autre région ou un autre pays.

Aussi, nous venons de le voir, les primipares jeunes se retournent davantage vers leur entourage familial proche, notamment vers les femmes de leur famille pour obtenir des conseils, ce qui crée un lien de plus grande dépendance de ces nouvelles

mères. Or, les femmes que nous avons pu rencontrer à 40 ans, ou plus, se sentent certainement plus **libres**, et donc probablement **moins dépendantes des conseils de leur mère**, de par également leur **construction identitaire** dans leur vie de femme. Ceci permet de percevoir cet éloignement familial de façon **positive**. Ainsi, les femmes de plus de 40 ans se sentiraient moins dépendantes de leur entourage familial et seraient ainsi plus en accord avec la manière d'élever leur enfant et de répondre à ses besoins.

Ensuite, nous remarquons que la primipare de plus de 40 ans est **moins entourée physiquement par sa famille ou des amis**. Mais, lié à son fort besoin de connaissances, rencontré dans un premier temps avec la grossesse, la mère va plus facilement se tourner vers des structures regroupant des **professionnels de santé** afin d'obtenir des réponses. En lien avec des connaissances actualisées sur la façon de faire et les bons gestes à adopter pour permettre à leur enfant de se développer, les couples consultent majoritairement les professionnels de la périnatalité et de la petite enfance.

Au cours de nos entretiens, il a été mis en avant que **les 3 temps du suivi** établi par les professionnels ont été sécurisants. En effet, il y a tout d'abord un suivi englobant durant la grossesse, puis un accompagnement rassurant et particulier durant l'accouchement et le post-partum de ces femmes de plus de 40 ans, ainsi qu'un suivi jugé nécessaire au retour à la maison. Le fait que ces trois moments clefs importants aient été accompagnés médicalement a permis, à ces femmes, un vécu de leur maternité incontestablement **plus sécuritaire et plus tranquille**. Or, en 2020, le milieu médical est investi d'une charge de réassurance importante. Et ces femmes ont été apaisées puisqu'elles ont été suivies par un accompagnement médical et un regard de la part des professionnels de santé. Or, ce regard médical est associé dans nos sociétés actuelles, au pouvoir de vie comme si la médecine avait tout pouvoir, en raison notamment de ces connaissances scientifiques. Autrement dit, le ressenti positif du vécu de ces femmes-là est aussi associé à la représentation et à la symbolique que le soin médical est **garant de la bonne santé**.

3. f) Une plus grande confiance en soi

Nous venons de le voir, l'âge de ces nouveaux parents représente un facteur d'éloignement à un soutien qui aurait été important si la conception d'un enfant avait eu lieu 10 ou 15 ans plus tôt. Néanmoins, les expériences de vie rencontrées par notre population a permis aux femmes d'acquérir une **plus grande confiance en elles**. Globalement si au retour à la maison les quadragénaires se débrouillent bien avec leur bébé c'est en grande partie grâce à leur confiance en elles. C'est pourquoi le discours tenu de la part des professionnels de santé se veut le plus souvent rassurant : « la meilleure façon de faire, c'est la vôtre ». Ceci a pour but de (ré)conforter les femmes dans l'idée qu'elles sont de bonnes mères pour leur enfant bien qu'elles reçoivent de plus en plus de conseils dans nos sociétés modernes via les forums sur internet ou les réseaux sociaux.

Le **regard social** évolue en ce qui concerne la perception de la grossesse tardive et de ce qui concerne la maternité tardive. En effet, pour ces femmes quadragénaires la question d'une grossesse hasardeuse se poserait rarement. A la différence d'une grossesse jeune où le regard de la société serait sévère et spéculateur, celui d'une maternité tardive serait bienveillant voire légitime. Comme si les femmes plus âgées seraient **plus mûres**, donc bénéficiant de **plus de légitimité** à élever un enfant. Les femmes qui vivent une primomaternité tardive perçoivent bien cette légitimité liée à leur maturité. De plus, des **compétences maternelles** semblent être accordées par la société aux femmes de plus âgées. En revanche, il est commun de remarquer que les femmes plus jeunes ne bénéficient pas de telles compétences. L'âge devient ainsi un **atout** pour ces femmes, bien qu'accédant pour la première fois à la maternité. Une étude américaine citée par M. Tournaire explique que les parents attendant leur enfant sur le tard étaient plus motivées, les femmes plus confiantes, acceptant plus facilement les conseils venus de l'extérieur, prenant les situations délicates avec plus de philosophie et étant plus patientes (57).

Conclusion

Cette étude menée auprès de dix primipares plus de 40 ans nous ont permis de comprendre comment ces nouvelles-mères vivent leur retour à domicile. Nous avons pu mettre en évidence que le retour à la maison de ces femmes est vécu de façon positive.

Conformément à notre hypothèse initiale, les primipares de plus de 40 ans rencontrent des difficultés proches de celles rencontrées par toutes – nouvelles – mamans. Celles-ci restent de l'ordre de la préoccupation maternelle. On distingue notamment des inquiétudes face aux pleurs, à l'allaitement mixte ou artificiel, au manque de sommeil et à l'organisation au quotidien. Des signes de dépressions mineures du post-partum sont également présents chez ces femmes-là.

Néanmoins leur âge semble être une composante les préservant davantage des difficultés que peuvent rencontrer les primipares plus jeunes à domicile. Cet âge catalyse le rapport au temps singulier de notre population, l'expérience de vie, le désir profond et l'investissement de la grossesse hors des normes sociétales, la relation mère-enfant privilégiée, ainsi que le corps dans lequel ces femmes se sentent bien.

De plus, la plus place importante laissée au conjoint au retour à la maison et son investissement ont permis la bonne construction du lien mère-enfant assoyant une plus grande confiance de ces femmes en leurs capacités. Le suivi médical de la grossesse, de l'accouchement et jusqu'au retour à domicile, par des professionnels de santé, a aussi permis à ces femmes de vivre pleinement leur grossesse de façon sécurisée, d'accueillir leur nouveau-né paisiblement et d'aborder les premiers temps à la maison sereinement.

Par ailleurs, une grossesse tardive reste soumise au facteur de risque médical que représente l'âge élevé de la femme. Mais l'accompagnement et le suivi par une sage-femme restent possible pour ces femmes-là. La sage-femme trouve tout à fait sa place dans la prise en charge de ces primomaternités tardives. Grâce à ses connaissances et ses compétences humaines, elle saura valoriser l'estime des femmes, leurs compétences et œuvrer dans la construction d'un lien de confiance vis-à-vis des professionnels de santé.

Ainsi, les grossesses qui surviennent sur le tard auraient donc une saveur particulière, matinée d'une plus grande sagesse, d'un recul appréciable sur la vie. La confiance en elle, la maturité liée à leur âge et l'aptitude psychique à accueillir un enfant ont été autant de ressources que les quadragénaires ont puisées en elles pour vivre de façon sereine les premiers temps à la maison.

Enfin, concevoir un enfant tardivement qui était à l'origine soumis à une pression sociale négative devient un atout et un avantage au moment le plus important : celui de devenir parent et de vivre avec son enfant.

Références bibliographiques

1. INSEE. Tableaux de l'économie française, natalité, fécondité [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676604?sommaire=3696937>
2. Bessin M, Levilain H. La parentalité tardive : logiques biographiques et pratiques éducatives. 2005 p. 128.
3. Volant S. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974. INSEE PREMIERE. (1642).
4. Naissances vivantes selon l'âge de la mère et l'ordre de naissance [Internet]. Eurostat. Disponible sur : <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>
5. Martin A, Maillet R. Les grossesses après 40 ans. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. sept 2005 ; 34(5):513.
6. Billari FC, Goisis A, Liefbroer AC, Settersten RA, Aassve A, Hagestad G, et al. Social age deadlines for the childbearing of women and men. Hum Reprod. 1 mars 2011 ; 26(3):616-22.
7. Quel est l'âge limite pour devenir maman ? [Internet]. IVI France. 2017. Disponible sur : <https://ivi-fertilite.fr/blog/age-limite-pour-devenir-maman/>
8. INSEE. Âge moyen de la mère à l'accouchement [Internet]. insee.fr. 2020. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390>
9. Qu'est-ce que la sociologie ? [Internet]. Département de sociologie - Université de Montréal. Disponible sur: <https://socio.umontreal.ca/departement/quest-ce-que-la-sociologie/>
10. La baisse de la fertilité avec l'âge [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/baisse-fertilite-age/>
11. La maison des maternelles - Un bébé à 45 ans : et pourquoi pas ? [Internet]. Disponible sur : <https://www.france.tv/france-5/la-maison-des-maternelles/saison-2/359237-un-bebe-a-45-ans-et-pourquoi-pas.html>
12. Moguérou L, Bajos N, Ferrand M, Leridon H. Les maternités dites tardives en France : enjeu de santé publique ou dissidence sociale ? Nouvelles Questions Feministes. 2011; Vol. 30(1):12-27.
13. INSEE. En 2015, un nouveau-né sur vingt a une mère de 40 ans ou plus, comme en 1948 - 64 [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121626>
14. Meyer A. Une première maternité à 40 ans : l'impact médical sur la grossesse et l'accouchement. :84.
15. Code de la santé publique.

16. HAS. Fiche technique sur le suivi des femmes enceintes : Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse. 2007.
17. Pletty J. Le retour à domicile : quelles difficultés et quel vécu pour les primipares ? [Mémoire] : Bibliothèque Lyon 1; 2013.
18. Marjollet A. Le vécu du retour à domicile des primipares hors cadre PRADO (PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile). [Mémoire] : Bibliothèque Lyon 1 ; 2018.
19. Thoubey C. Craintes des primipares face au retour à domicile : leurs attentes vis-à-vis d'une sage-femme de la maternité [Mémoire]. Université de Poitiers; 2015.
20. CIANE. Sortie de maternité et bien-être des femmes [Internet]. 2012. Disponible sur : <http://ciane.net/wordpress/wpcontent/uploads/2012/11/DossierSortieMaterniteNov2012.pdf>
21. Saita L. Retour à la maison : informer pour rassurer [Mémoire]. Faculté de médecine et de maïeutique Lyon sud - Charles Mérieux; 2017.
22. Claude. Enquête périnatale 2016 : les chiffres de l'allaitement [Internet]. Disponible sur : <https://www.illfrance.org/vous-informer/actualites/1929-enquete-perinatale-2016-les-chiffres-de-l-allaitement>
23. DREES. Deux nouveaux-nés sur trois sont allaités à la naissance. 2016 avr p. 6.
24. Bydlowski M, Golse B. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. Le Carnet PSY. 2001; n° 63(3):30-3.
25. Donald Winnicott : Qu'est-ce que la préoccupation maternelle primaire ? [Internet]. Cabinet Psy-enfant. 2009. Disponible sur : <http://psy-enfant.fr/donald-winnicott-la-preoccupation-maternelle-primaire/>
26. Gremmo-Feger G. Un autre regard sur les pleurs du nourrisson. 15^{ème} Congrès National de Pédiatrie Ambulatoire. Saint Malo. juin 2007;
27. Taillez J. Prise en charge des troubles du sommeil chez la femme enceinte à l'issue d'une demande spontanée : intérêt du conseil officinal [Mémoire]. Nov 2013. p:137.
28. Bydlowski M. Les dépressions maternelles en question. Le Carnet PSY. 2008; n° 129(7):38-44.
29. Cloherty M, Alexander J, Holloway I. Supplementing breast-fed babies in the UK to protect their mothers from tiredness or distress. Midwifery. juin 2004;20(2):194-204.
30. Callahan S, Séjourné N, Denis A. Fatigue and breastfeeding: an inevitable partnership ? J Hum Lact. mai 2006;22(2):182-7.
31. Saidi L, Godbout P. Étude de deux indicateurs de difficulté de mise en place de l'allaitement maternel : la fatigue maternelle et le comportement non optimal du bébé au sein. Recherche en soins infirmiers. 2016;N° 125(2):32.

32. HAS. Synthèse de la recommandation de bonne pratique : sortie de maternité après accouchement. Mars 2014. p:4
33. Bydlowski M. La transparence psychique de la grossesse. 1991; Etudes freudiennes:32.
34. Winnicott D. La mère suffisamment bonne. 2006. 128 p. (Petite Bibliothèque Payot).
35. Danion-Grilliat A, Sibertin-Blanc D, Moro M-R, Zimmermann M-A. Enseignement : module 2 - objectif 19 : les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum.
36. Martinez-Schallmoser L, Telleen S, MacMullen NJ. The effect of social support and acculturation on postpartum depression in Mexican American women. *J Transcult Nurs*. oct 2003 ; 14(4):329-38.
37. HAS. Recommandation de bonne pratique : situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours du l'ante et post-partum. 2011.
38. Ueda M, Yamashita H, Yoshida K. Impact of infant health problems on postnatal depression: pilot study to evaluate a health visiting system. *Psychiatry Clin Neurosci*. avr 2006;60(2):182-9.
39. Gao L-L, Chan SW, Mao Q. Depression, perceived stress, and social support among first-time Chinese mothers and fathers in the postpartum period. *Res Nurs Health*. févr 2009;32(1):50-8.
40. van Doesum KTM, Riksen-Walraven JM, Hosman CMH, Hoefnagels C. A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Dev*. juin 2008;79(3):547-61.
41. Bydlowski S. Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : recommandations. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. déc 2015 ;44(10):115.
42. Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper P. The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Dev*. oct 1996 ;67(5):2512-26.
43. CNGOF. Item 19 : Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. 2011 ;12.
44. Thévenot A. Parents après 40 ans. *Recherches familiales*. 19 mai 2014; n° 11(1):177 - 179.
45. Grogan S, Wainwright N. Growing up in the culture of slenderness. Girls experiences of body dissatisfaction. 1996. (Women's studies international forum; vol. 19).
46. Aulagnier A. L'image corporelle et les changements de comportement alimentaire pendant la grossesse [Mémoire]. Faculté de médecine et de maïeutique Lyon sud - Charles Mérieux; 2016.
47. HAS. Recommandations professionnelles : préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). 2005.
48. INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale 2016. oct 2017;

49. Puech F. Plan de périnatalité 2005 - 2007 : L'organisation autour de la grossesse et de la naissance. *adsp.* déc 2007;(61/62):11.
50. Dorel G. Le recours au PRADO par les usagères de la maternité : étude descriptive recherchant la fréquence d'adhésion au PRADO ainsi que les caractéristiques des femmes y participant, ou non. [Lyon] : Bibliothèque Lyon 1; 2016.
51. Prado, le service de retour à domicile [Internet]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>
52. Briday C. Le PRADO : programme d'accompagnement du retour à domicile. [Mémoire] : Bibliothèque Lyon 1; 2015.
53. Circulaire DHOS/O n° 2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile - APHP DAJ [Internet]. Disponible sur : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso-n-2004-44-du-4-fevrier-2004-relative-a-lhospitalisation-a-domicile/>
54. HAS. Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD. Nov 2017 :148.
55. Reuillard P. La préoccupation paternelle... primaire du père suffisamment bon. *Le Journal des psychologues.* 2008;n° 263(10):51-4.
56. Être enceinte à 40 ans, un rare bonheur [Internet]. Disponible sur : <https://www.la-croix.com/Famille/Parents-et-enfants/Etre-enceinte-40-ans-rare-bonheur-2019-03-26-1201011525>
57. Tournaire M. Le bonheur d'être mère : La grossesse après 35 ans. Odile Jacob. Paris ; 2005. 297 p.

Annexes

Annexe I : tableaux

Nombre de naissances vivantes (en 2017)	40 – 44 ans	45 – 49 ans	Total
1 ^{er} enfant	8 355	804	9 159
2 ^{ème} enfant	8 507	447	8 954
3 ^{ème} enfant	7 452	410	7 862
4 ^{ème} enfant ou suivants	7 435	439	7 874
Total	31 749	2 100	33 849

Tableau 1 : Nombre de naissances vivantes en fonction de la tranche d'âge de la mère et de l'ordre de naissance (4)

Lieu d'accouchement	Patientes recrutées	Mode de recrutement	Modalités du retour à domicile
Centre Hospitalier de Fleyriat – Viriat (Ain – 01)	Mme F	Service de maternité	Prado
	Mme H		Prado
	Mme I		Prado
Centre Hospitalier de Valence (Drôme – 26)	Mme C	Service de maternité	Prado
	Mme D	Sage-femme de l'HAD	HAD
	Mme E		HAD
	Mme G		HAD
Hôpitaux Privé Drôme Nord – Clinique Pasteur (Ardèche – 07)	Mme B	Sage-femme libérale	Maison périnatale puis prado
	Mme J	Service de maternité	Maison périnatale puis prado
Centre Hospitalier de Givors (Rhône – 69)	Mme A	Sage-femme libérale	Prado

Tableau 2 : Répartition du recrutement

Annexe II : Formulaire d'informations et de recueil du consentement

Je m'appelle Olivia FOUR, je suis étudiante en dernière année de formation à l'école de sages-femmes de Bourg-en-Bresse et je réalise mon mémoire de fin d'étude, en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, sur le vécu du retour à domicile chez les primipares (1^{er} enfant) âgées de plus de 40 ans.

Ce mémoire a pour intérêt d'évaluer votre retour à domicile et de prévenir les éventuelles difficultés que vous pourriez rencontrer. Je recherche des femmes volontaires, nouvellement mère et ayant plus de 40 ans afin d'effectuer des entretiens dans le mois qui suit la naissance de l'enfant.

Si vous êtes d'accord de participer à mon étude, alors pour analyser correctement vos réponses, je vais avoir besoin d'enregistrer l'entretien, ceci dans le but, de recueillir le plus fidèlement possible vos propos, j'aurai donc besoin de votre autorisation. Par ailleurs, toutes les informations recueillies dans le cadre de cet entretien resteront confidentielles et anonymes.

- Je ne souhaite pas participer à cette étude
- J'accepte de participer à cette étude

Afin que je puisse vous recontacter pour fixer un rendez-vous, merci de me laisser vos coordonnées :

Date d'accouchement :

NOM Prénom :

Numéro de téléphone :

Ou adresse e-mail :

Adresse postale :

Je préfère être recontactée par (entourez) : mail / SMS / Appel

Vous pouvez également me contacter via mes coordonnées :

06.58.27.00.13 ou ofour07@gmail.com

Je vous remercie pour l'attention portée à mon étude et pour votre participation.

Olivia FOUR

Annexe III : Trame d'entretien

Présentation de l'étude :

Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien. Je suis en 5^{ème} année à l'école de sage-femme de Bourg-en-Bresse. Cette enquête est réalisée dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, qui porte sur les menstruations.

Afin de permettre des échanges plus libres, plus fluides et de rester la plus fidèle à vos propos lors de la retranscription, je souhaiterais enregistrer notre échange si vous le permettez. Cet entretien est anonyme et sera détruit à l'issue de mon travail de mémoire.

L'objectif est d'avoir une conversation, il n'y a pas de réponses attendues même si je vous guiderai avec quelques questions.

Préambule

- Âge de la mère :
- Situation familiale et âge du couple :
- Âge du père :
- Antécédents obstétricaux :

« Comment avez-vous vécu le retour à domicile ? »

1/ Raisons de cette grossesse tardive ?

- ✓ Grossesse désirée
 - Travail, études, rencontre tardive du père, difficultés de conception ?
 - Grossesse spontanée ou médicalement assistée ?
- ✓ Grossesse inopinée

2/ Déroulé de la grossesse ?

- ✓ Professionnel ayant établi le suivi de la grossesse
- ✓ Pathologies au cours de la grossesse
- ✓ Explications des risques d'une grossesse tardive
- ✓ Réalisation de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP)

3/ Séjour en maternité ?

- ✓ Lieu et mode d'accouchement
- ✓ Durée du séjour
- ✓ Etat d'esprit à la sortie de la maternité

4/ Autour de bébé ?

- ✓ Concernant le sommeil, les pleurs
- ✓ Concernant l'alimentation
- ✓ Concernant la prise de poids et les troubles digestifs
- ✓ Quels sentiments quant à la relation mère-enfant (fatigant, déception, frustration, plaisir)

5/ Autour de maman ?

- ✓ Modalités du retour à domicile : Prado / HAD / autre
- ✓ Organisation à la maison
- ✓ Rapport au corps/image du corps

6/ Place de l'entourage ?

- ✓ Présence du père
- ✓ Présence de la famille, amis
- ✓ Structures et interlocuteurs

7/ Etat psychologique et avenir ?

- ✓ Dépistage de la dépression du post-partum (solitude, isolement, angoisse, diminution de l'appétit et de la qualité du sommeil, déprime, hypervigilance, inquiétude, sentiment d'être débordée, de ne pas avoir le temps...)
- ✓ Questions autour de la différence d'âge avec l'enfant
- ✓ Définir l'état d'esprit au cours du premier mois passé avec leur enfant

8/ Auto-évaluation sur le ressenti du niveau de difficulté rencontré

- ✓ Dans la prise en charge de l'enfant au cours du retour à la maison
- ✓ Dans la gestion de l'alimentation de l'enfant
- ✓ Dans la gestion du sommeil de l'enfant et de ses rythmes
- ✓ Dans la gestion de votre relation avec l'enfant



9/ Citer trois sources majeurs d'anxiété/angoisse rencontrées au retour à domicile.

Question d'ouverture :

Qu'est-ce qui, selon vous, aurez pu vous aider davantage dans le retour à domicile ?

Annexe IV : Synopsis validé



PROTOCOLE DE RECHERCHE
Résultat de l'enquête exploratoire
Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Faculté de médecine et de maïeutique Charles Mérieux
Site Bourg en Bresse



Auteur : Olivia FOUR
Directeur de recherche : Céline MOYENIN
Titre provisoire : Retour à domicile après une grossesse tardive (> 40 ans) chez une primipare, quel ressenti et prise en charge ?
CONSTAT / JUSTIFICATION / CONTEXTE <p>La grossesse après 40 ans est associée à un excès de risque des complications obstétricales (diabète gestationnel, prééclampsie, hypertension gravidique, mort fœtale in utero) et des désordres vasculaires dont l'incidence attendue augmente avec l'âge (hypertension artérielle chronique). Le risque de mort fœtale in utero augmente significativement avec l'âge, ainsi que le taux d'anomalies chromosomiques fœtales. [...] Le déroulement du travail expose également à plus de situations à risque, entraînant des taux élevés de césariennes en cours du travail et d'extractions instrumentales.</p> <p>Au vu du sur-risque de complications au cours de la grossesse chez les femmes âgées de plus de 40 ans et d'un travail pouvant entraîner plus de situations à risques, l'état psychologique des mères peut être davantage fragile dans le post-partum et des vulnérabilités peuvent être engendrées au retour à domicile.</p>
OBJECTIFS Principal : <ul style="list-style-type: none">• Déterminer les difficultés majeures rencontrées dans le vécu du retour à domicile par les primipares de plus de 40 ans Secondaires : <ul style="list-style-type: none">• Déterminer les spécificités de prise en charge chez les primipares de plus de 40 ans qui permettent de les aider au RAD• Axes d'amélioration de cette PEC
METHODOLOGIE / SCHEMA DE LA RECHERCHE Recherche qualitative : entretiens semi-directifs à domicile ou par téléphone avec des femmes âgées de 40 ans ou plus au moment de leur accouchement. « Comment vous avez vécu votre retour à domicile ? »
CRITERES DE JUGEMENT Femme ayant accouché après 40 ans d'un enfant unique
POPULATION CIBLE Uniquement des primipares âgées de plus de 40 ans au moment de leur accouchement
CRITERES D'INCLUSION : <ul style="list-style-type: none">- > 40 ans- Primipare

<ul style="list-style-type: none"> - AVB ou césarienne - RAD - Suites de couches sans particularité : non séparation mère-bébé
<p><u>CRITERES DE NON INCLUSION</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Barrière de la langue
<p><u>CRITERES DE SORTIE D'ETUDE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Perdues de vues - RAD sans l'enfant (hospitalisation)
<p><u>NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES</u></p> <p>Recherche qualitative : autant de sujets que nécessaire</p>
<p><u>LIEU DE LA RECHERCHE</u></p> <p>Recueil des volontaires sur la base d'un questionnaire en maternité puis réalisation d'entretiens semi-directifs dans le lieu de leur choix</p>
<p><u>RETOMBES ATTENDUES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment prévenir en PEC les difficultés liées au RAD des primipares de plus de 40 ans ? - Difficultés rencontrées par ces femmes dans le premier mois de vie de l'enfant - Axes d'amélioration de la PEC des femmes au retour à domicile
<p><u>ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Principe d'anonymat - Secret professionnel
<p><u>MOTS CLES</u> : Retour à domicile, grossesse tardive, primipare, difficultés maternelles</p>

Auteur : FOUR Olivia	Diplôme d'Etat de sage-femme
Titre : Vécu du retour à domicile des primipares de plus de 40 ans : des difficultés dépassées aux ressources internes trouvées	
<p>Résumé :</p> <p><u>Introduction</u> – Les primomaternités « tardives » survenant après 40 ans prennent une part grandissante dans nos sociétés modernes. Elles sont décrites comme étant un problème de santé publique et l'âge élevé justifie le qualificatif de « grossesse à risque » du point de vue médical. Ainsi, une grossesse tardive, plus éprouvante, pourrait induire des vulnérabilités au retour à la maison.</p> <p><u>Objectif</u> – Mettre en lumière la façon dont les primipares de plus de 40 ans vivent leur retour à domicile et déterminer les spécificités de prise en charge et axes d'amélioration.</p> <p><u>Méthode</u> – Etude qualitative composée de 10 entretiens semi-directifs réalisés à environ un mois de l'accouchement. Les patientes incluses sont des femmes ayant donné naissance à leur premier enfant après 40 ans.</p> <p><u>Résultats & Discussion</u> – Nous avons mis en évidence que les difficultés que rencontraient notre population sont communes à celles de toute nouvelle mère. Les primipares âgées puisent en elles davantage de ressources, acquises au cours de leur vie, pour faire face à ces difficultés : confiance en elles, maturité psychique, tranquillité dans leur corps, sentiment de légitimité sociétale. Le conjoint est davantage impliqué et aide dans la construction apaisée du lien mère-enfant. Enfin, les professionnels de santé, de par leur encadrement durant la grossesse jusqu'au retour à domicile, restent un soutien capital pour les couples.</p> <p><u>Conclusion</u> – Les primipares âgées disposent de ressources internes pour vivre sereinement leur retour à la maison. L'accompagnement et la prise en charge par les professionnels de santé restent primordiaux pour permettre à ces femmes de développer une confiance en elles suffisante les aidant à vivre en toute quiétude leur retour à domicile.</p>	
Mots clés : primipare – grossesse tardive – vécu – difficultés – retour à domicile	

Title : Lived of the home coming of first-time mother over 40 years : from surpassed difficulties to internal resources found	
<p>Abstract :</p> <p><u>Introduction</u> – “Late” first maternities occurring after the age of 40 are becoming increasingly important in modern societies. They are described as a public health problem and the high age of the child justifies the term "risky pregnancy" from a medical point of view. A later pregnancy, more stressful, could induce vulnerabilities when returning home.</p> <p><u>Objective</u> – To shed light on how first-time mothers over the age of 40 live their home coming and to determine the specificities of management and areas for improvement.</p> <p><u>Methods</u> – Qualitative study composed of 10 semi-structured interviews carried out about one month after delivery. The patients included are women who gave birth to their first child after 40 years old.</p> <p><u>Results & Discussion</u> – We have highlighted that the difficulties facing our population are common to those of any new mother. Older first-time mothers draw from them more resources acquired during their lives to cope with these difficulties : self-confidence, psychic maturity, tranquillity in their bodies, social legitimacy. The spouse is more involved and helps in the peaceful construction of the mother-child bond. Finally, health professionals, through their supervision during pregnancy until return home, remain a vital support for couples.</p> <p><u>Conclusion</u> – Older first-time mothers have internal resources to live peacefully when they return home. Support and care by health professionals remain essential to allow these women to develop sufficient self-confidence helping them to live in peace when they return home.</p>	
Key words : first-time mother – late pregnancy – lived – difficulties – home coming	

