



Université Abderrahmane Mira-Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département de Psychologie et Orthophonie

Mémoire de fin de Cycle
En vue de l'obtention du diplôme de Master en
Psychologie Clinique

Thème

**Etude Clinique Des Femmes En Période
De Grossesse Selon La Perspective De
La Psychologie Périnatale Etude Auprès
De 04 Cas
Chez Dr Dris Epse Barris Gynécologue
Obstétricien El Kseur**

Réalisé par:

Nait Amara Boudjemaa

Encadré par:

Dr.Mammeri Ouiza

2025/ 2024

Dédicace

Je dédie ce travail, avec une émotion profonde mêlée de joie, à mes deux parents.

À mon père, qui m'a toujours encouragé à reprendre mes études et à aller au bout de cette dernière étape.

À ma mère, pour sa patience, sa tendresse et sa présence constante à mes côtés.

Je dédie également ce mémoire à mes frères : missipsa , Iman, Adem et Ayoub, qui ont été pour moi une source de motivation et de réconfort tout au long de ce parcours.

Une pensée toute particulière à ma tante Nabila, dont le soutien et l'affection m'ont porté dans les moments de doute.

Enfin, je dédie ce mémoire à tous mes amis et camarades , pour leur bienveillance, leur écoute et leurs encouragements durant toute l'élaboration de ce travail.

Remerciements

À la fin de ce travail, je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

Je souhaite tout d'abord adresser mes remerciements les plus sincères à ma promotrice, Madame Mammeri ouiza, pour son accompagnement constant, sa bienveillance, sa patience, et sa capacité à m'encourager à reprendre confiance en ce projet de recherche que j'avais momentanément abandonné. Son soutien moral et scientifique a été déterminant dans l'aboutissement de ce travail.

Je remercie également Madame Barris, gynécologue, pour m'avoir permis de mener mes entretiens dans son cabinet avec toute la souplesse et la confiance nécessaires. Un grand merci également à son assistante, Sabah, pour sa disponibilité, sa gentillesse et son aide précieuse dans l'établissement du premier contact avec les patientes.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance aux femmes participantes, qui ont accepté d'échanger avec sincérité sur leur vécu, et sans qui cette recherche n'aurait pas pu prendre forme.

Enfin, mes remerciements s'adressent à l'Université Abdelhamid Mira de Béjaïa, qui m'a offert la possibilité de réintégrer mon parcours après une période d'interruption. Cette seconde chance m'a permis de poursuivre mes études, de finaliser ce mémoire, et de m'inscrire dans une dynamique de réalisation personnelle et académique.

Merci à toutes et à tous.

Sommaire :

| Titre | Page |
|--|-------|
| Dédicace | 4 |
| Remerciements | 5 |
| Introduction générale | 6 |
| Partie théorique – chapitre 1 | 8-9 |
| 1.1 Problématique | 10 |
| 1.2 Cadre conceptuel : Psychologie prénatale et périnatale | 13 |
| 1.3 Références théoriques : modèles de Janus, Lederman, Missonnier, Ferrarello | 15 |
| 2.1 Dimensions psychologiques pendant la grossesse | 18 |
| 2.2 La grossesse non planifiée | 22 |
| 2.3 Le vécu maternel : symbolique, affectif, subjectif | 26 |
| 2.4 Approches méthodologiques (Janus) | 29 |
| Partie méthodologique | 34 |
| 3.1 Justification de la méthode clinique | 36 |
| 3.2 Description de l'échantillon | 38 |
| 3.3 Outils utilisés (guide d'entretien, questionnaire Lederman adapté) | 40 |
| 3.4 Procédures d'analyse | 42 |
| Partie empirique – Analyse des cas | 48 |
| 4.1 Présentation des cas (Mme Anissa, Hayet, Houda, Karima) | 50–61 |
| 4.2 Analyse thématique par dimensions (questionnaire en 5 dimensions) | 62–71 |
| Chapitre 5 – Analyse et discussion des hypothèses | 73 |
| 5.1 Présentation synthétique de l'analyse (hypothèse 1 à 3) | 74–85 |
| 5.2 Discussion générale et confrontation avec le modèle de Lederman | 86–88 |
| Conclusion générale | 89 |
| Bibliographie | 90–91 |

Introduction

Introduction :

Comprendre la grossesse ne se limite ni à l'analyse de ses aspects médicaux, ni à la simple observation de son déroulement physiologique. Elle engage l'ensemble de la personne dans ses dimensions psychiques, sociales, culturelles, affectives, mais aussi historiques et existentielles. Ce mémoire s'inscrit dans une volonté d'explorer cette expérience humaine dans sa complexité, à travers une posture clinique rigoureuse et une démarche interdisciplinaire.

Le choix de la psychologie périnatale comme cadre théorique répond à un besoin : celui de reconnaître que la grossesse est un moment de remaniement profond, où le corps, le psychisme et le lien à l'autre se transforment. Cette discipline, encore méconnue dans certains contextes de formation, propose une lecture fine et nuancée des enjeux subjectifs de la grossesse, tout en tenant compte des apports de la médecine, des neurosciences et des sciences sociales.

Ce travail s'appuie sur une recherche de terrain, au plus proche de la parole de femmes enceintes. Il s'agit d'une étude cliniquement ancrée, menée à partir de quatre cas singuliers, rencontrés dans un cadre gynécologique. L'objectif n'était pas de produire des vérités générales, mais de comprendre comment ces femmes vivent, ressentent et pensent leur grossesse, chacune selon son histoire, ses représentations, ses ressources et ses difficultés.

La méthodologie mobilisée combine une approche qualitative descriptive et interprétative, l'étude de cas, ainsi que l'usage d'outils cliniques comme l'entretien semi-directif et un questionnaire adapté. Cette démarche vise à recueillir un savoir situé, qui valorise la subjectivité sans l'idéaliser, et qui permet de mettre en lumière les articulations entre le psychique, le corporel et le social.

Au fil des pages, le lecteur découvrira une articulation entre les apports théoriques de la psychologie périnatale, les observations de terrain, et les analyses cliniques issues des entretiens. Ce mémoire est une tentative de rendre compte de la richesse et de la complexité du vécu gravidique, avec une attention particulière portée à la manière dont la femme construit du sens autour de cette période charnière de sa vie.

Loin d'une approche normative ou pathologisante, il s'agit d'offrir une lecture nuancée, à la fois respectueuse de la singularité des récits et appuyée sur une rigueur clinique. Ce mémoire est aussi, en filigrane, une réflexion sur la posture du psychologue face à la vulnérabilité, l'intime, et l'invisible qui s'exprime dans les plis de la grossesse.

La partie théorique

Chapitre 1 : cadre général de problématique

Préambule :

Ce travail de recherche est né d'un intérêt profond pour l'expérience de la grossesse, non seulement dans sa dimension biologique, mais surtout dans ce qu'elle engage sur le plan psychologique, affectif et relationnel. Il s'agit d'une période de transformation, de remise en question, et parfois de fragilité, que chaque femme traverse à sa manière. Cette diversité de vécus mérite d'être entendue, décrite et comprise avec sérieux

1.1 La problématique :

La formalisation d'une théorie psychologique qui voudrait comprendre et expliquer le phénomène de la grossesse devrait impérativement inclure la femme dans sa complexité en prenant en considération tous les facteurs qui forment son identité car celle-ci va subir une transition un état nouveau à travers la grossesse et qui est en même temps une étape naturelle dans son développement.

Avant de passer à l'éclaircissement de la notion de la grossesse je souhaite tout d'abord la mise en avant des approches qui ont tenté d'appréhender le phénomène de grossesse et de la femme enceinte sur un axe psychologique mais aussi en prenant en considération tous les résultats des disciplines qui orbitent à travers ce phénomène.

Une tentative d'appréhension de la grossesse pourrait être définie de la sorte : « Comprendre l'expérience, le comportement et les conséquences de la grossesse et de l'accouchement pour les femmes et leurs familles repose sur diverses théories. Celles-ci incluent des théories des croyances en matière de santé, du comportement de santé, de la mesure, des interventions et de leur mise en œuvre. Les théories liées à la santé vont de cadres généraux pour comprendre la santé tels que le modèle biopsychosocial ou le modèle diathèse-stress à des théories spécifiques concernant les phénomènes comportementaux et psychologiques » (Ayers, 2019, p. 571)

L'approche biopsychosociale suggère que les issues de la grossesse sont influencées par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et macro-culturels (Ayers, 2019, p. 571)

Aussi un travail en amont des deux psychologues britanniques Harriet Gross et Helen Pattison en incluant leurs propres études sur la cognition, le travail, l'alimentation et l'exercice pour illustrer comment les constructions sociales influencent et sont influencées par la recherche, laquelle peut à la fois renforcer et contester les mythes entourant la grossesse.

L'illustration majeure qui m'a conduit à l'élaboration de ce travail de recherche est la lecture du premier chapitre du manuel de psychologie pré et périnatal (Janus et al., 2021) qui est référence pour le côté théorique que je présenterai dans le chapitre qui sera réservé à la présentation de psychologie prénatal et les ressorts méthodologiques propres à elle à fin d'aborder la grossesse dans sa complexité

le développement psychosocial des femmes enceintes, qu'il s'agisse de primigestes (enceintes pour la première fois) ou de multigestes (ayant déjà été enceintes), issues tant de populations civiles et l'adaptation psychosociale maternelle pendant la grossesse devrait être mise en avant à titre préventif car la disposition d'une femme et de son partenaire à connaître les dimensions psychosociales qui influencent la femme en période de grossesse favorise la gestion de la grossesse et les risques qui peuvent advenir (Lederman et Weis, 2020)

Ce corpus théorique à travers ces chercheurs représentent le socle de cette thèse dans la volonté à comprendre la grossesse et l'expérience vécue des femmes durant cette période dans une dimension psychologique mais aussi accompagné par le travail du gynécologue et ses conclusions qui aideront à recontextualiser l'expérience femmes enceintes d'un point de vue psychophysiologique et psychosocial

multidisciplinarité de psychologie prénatal et la collaboration entre les professionnels de santé dans le traitement de la grossesse la raison même de l'existence de cette discipline.

La grossesse est une composante normale et même fondamentale de la vie quotidienne. C'est un phénomène biologique naturel : un processus physiologique complexe. C'est également un événement psychologique et une transition personnelle, dont la signification est influencée par les contextes sociaux et culturels. Enfin, il est temporellement limité. (Gross et Pattison, 2007)

La grossesse comme phénomène physiologique naturel qui n'est pas dissociable de l'environnement des parents de l'enfant à devenir car cette dernière provoque des bouleversements psychologique de la mère comme du car tout d'abord pour le père voit le ventre de sa compagne comme un mystère inaccessible à sa condition de mâle car le future père vit la grossesse de l'extérieur. (Lansac.2018. P18)

La compréhension de la grossesse doit réunir deux axes importants qui sont les modifications anatomique et physiologique induites par les sécrétions hormonales et les transformations psychosociales , ce dernier représente l'axe important de cette étude pour m'expliquer je prends une posture éthique à l'égard des femmes qui seront interroger et observer et la meilleur façon de parler de la grossesse placée dans l'environnement des femmes porteuses d'enfant est la prévention et la mise en avant des comportements à connotation positive à fin d'avoir un bon déroulement de la grossesse et un équilibre entre le physiologique et le psychologique .

Ce qui m'amène à des questionnements sur la grossesse et le vécu psychologique de la femme dans une perspective multiple du personnel au professionnel en passant par le conjugale et le famille

-Comment la grossesse non planifiée influe-t-elle sur le vécu psychologique de la femme ?

-Quel est l'impact du vécu psychologique de la femme en situation de grossesse non planifiée sur la vie conjugale ?

-Quel est l'impact du vécu psychologique de la femme en situation de grossesse non planifiée sur sa vie de famille ?

1.2-Hypothèses :

La grossesse non planifiée laisse les femmes ressentir de l'anxiété, de la peur, de la détresse...

La grossesse non planifiée affecte la vie conjugale de la femme par des tensions, des disputes et des malentendus.

La grossesse non planifiée affecte la vie familiale de la femme par des jugements, des pressions ou un manque de soutien.

1.3-Choix du sujet

Le choix du sujet de ce mémoire s'inscrit à la croisée de plusieurs intérêts : personnels, cliniques et épistémologiques. La grossesse, et plus particulièrement la grossesse non planifiée, constitue un moment de bouleversements profonds dans la trajectoire de vie d'une femme, tant sur le plan corporel que psychique et social. Mon expérience de terrain et les échanges avec des femmes en situation de grossesse non programmée ont éveillé en moi une curiosité particulière quant à leur vécu émotionnel, à la dynamique conjugale affectée, ainsi qu'au retentissement familial de cet événement.

Ce choix est également soutenu par une volonté de contribution à un champ encore peu exploré dans le contexte local : la psychologie prénatale, et plus spécifiquement, la manière dont une grossesse non désirée peut devenir un levier de remaniement identitaire, d'angoisse existentielle ou de détresse relationnelle

1.4-Importance de l'étude :

Sur le plan académique :

Cette recherche vise à enrichir la littérature en psychologie clinique et prénatale par une étude de cas située, en ancrant ses analyses dans une méthodologie qualitative rigoureuse. Elle s'inscrit dans la perspective des travaux de Ludwig Janus (2021), qui insiste sur l'importance de prendre en compte les niveaux subjectif, empathique et culturel dans l'approche de la grossesse. Elle met aussi en lumière les limites des modèles standardisés lorsqu'il s'agit de comprendre des vécus psychiques aussi singuliers et ambivalents.

En croisant théorie et pratique, ce mémoire ambitionne de poser des bases pour d'éventuels travaux futurs sur la santé mentale périnatale, tout en valorisant une approche intégrative.

Pour les praticiens :

Sur le plan clinique, cette étude ouvre des perspectives utiles pour les psychologues, gynécologues, sages-femmes et travailleurs sociaux. Comprendre les effets psychologiques d'une grossesse non planifiée, notamment en lien avec l'anxiété, les tensions conjugales ou le manque de soutien familial, permet d'envisager un accompagnement plus ajusté, respectueux de la temporalité et de la subjectivité des patientes.

Ce travail renforce également l'appel à une meilleure collaboration interdisciplinaire, dans la lignée de ce que propose la psychologie prénatale : conjuguer le regard médical, psychologique et social pour mieux soutenir la femme enceinte dans toutes les dimensions de

son être.

1.5-Objectif du choix du thème.

L'objectif principal de ce mémoire s'est imposé dès l'ouverture du travail, à la fois par un intérêt personnel pour la grossesse en tant qu'expérience humaine profonde, et par une volonté de compréhension clinique, née des lectures théoriques et de ma confrontation directe au terrain.

À travers les entretiens menés avec des femmes en situation de grossesse non planifiée, j'ai été sensible à la manière dont ce contexte particulier influençait non seulement leur équilibre psychologique, mais aussi leur vie conjugale, familiale et relationnelle. Ces rencontres ont éveillé en moi le besoin d'approfondir une thématique encore peu abordée : la planification de la grossesse et ses répercussions sur la vie psychique et sociale des femmes.

Ce travail cherche donc à :

Observer comment la grossesse non planifiée influe sur la vie intérieure de la femme, à travers l'apparition possible d'anxiété, de peur ou de détresse.

Comprendre l'impact de ce vécu psychologique sur la relation de couple, notamment à travers les tensions, les malentendus ou le retrait affectif.

Examiner le retentissement dans la sphère familiale, en tenant compte des jugements, des pressions ou du manque de soutien de l'entourage.

1.6-l'opérationnalisation des concepts :

-La psychologie prénatal : Est l'exploration de l'interaction entre la mère et le fœtus dès la conception .cette branche de la psychologie s'intéresse aux expériences émotionnelles ,psychologique et relationnelles vécues par la femme en période de la grossesse .

-La périnatalité : La prenatalité désigne l'ensemble des processus biologiques ,psychologique et relationnel qui s'étendent de la conception jusqu'à la naissance (Janus.1991)

-la grossesse :La grossesse constitue une période de remaniements psychique majeurs, où la femme revisite ses propres expériences infantiles , ajouter à ça les représentations de la maternité avec une construction d'un lien d'attachement avec l'enfant à venir (Bydlowski.1997)

1.7-Études antérieures utilisées

Ce mémoire s'appuie sur un corpus théorique varié, dont les références majeures sont :

Ludwig Janus (2021), qui offre une vision méthodologique fine et intégrative de la psychologie prénatale, en insistant sur les cinq niveaux (quantitatif, qualitatif, empathique, pratique, culturel).

Lederman & Weis (2020), qui modélisent l'adaptation psychosociale maternelle en prenant en compte les dimensions conjugales, familiales et personnelles.

Gross & Pattison (2006), qui déconstruisent les mythes cognitifs entourant la grossesse (« pregnancy brain ») et démontrent l'effet des représentations sociales sur le vécu subjectif des femmes.

Bottemanne & Joly (2022), qui actualisent les connaissances en neurosciences périnatales et montrent comment la grossesse modifie la neuroplasticité, avec des implications émotionnelles et psychopathologiques.

Ces références permettent une articulation entre des perspectives psychanalytiques, neurobiologiques, cliniques et culturelles, dans le souci de comprendre la grossesse comme un phénomène multidimensionnel

Synthèse

En somme, cette première partie a permis d'identifier la problématique centrale : comment une grossesse non planifiée affecte-t-elle la femme sur les plans psychologique, conjugal et familial ?

À travers la revue des approches théoriques, en particulier les travaux de Janus et de Lederman, nous avons posé les fondements d'une compréhension multidimensionnelle de la grossesse : à la fois crise développementale, remaniement identitaire et moment de vulnérabilité subjective.

L'accent a été mis sur l'importance d'un cadre méthodologique pluriel, combinant les niveaux qualitatif, empathique et clinique, afin de restituer la richesse et la complexité des vécus étudiés. Les hypothèses formulées trouvent leur cohérence à la lumière de ces fondements, et orientent la recherche vers une exploration fine des tensions entre projet de maternité, soutien de l'environnement, et dynamique psychique personnelle

Chapitre 2 :

La psychologie prénatale

Préambule :

L'émergence d'une nouvelle branche de la psychologie qui s'intéresse à la grossesse à permit l'exploration plus approfondie de la psychologie des femmes enceintes et leurs rapports au monde dans ces différentes dimensions allant du macro au micro en intriguant en même temps toutes les données des disciplines qui orbitent autour de la thématiques de la grossesse et de la naissance

Dans ce présent chapitre j'essaierai de présenter la perspective de la psychologie prénatale en m'appuyant sur les travaux du spécialiste en la matière qui Ludwig Janus et tout ceux qui ont exploré la psychologie de la grossesse de manière multidimensionnelle et intégrative.

2.1-Définition :

La psychologie prénatale est un domaine de la psychologie clinique qui s'intéresse aux aspects psychiques liés à la grossesse, à la naissance et à l'accueil du nouveau-né. Elle étudie les transformations psychologiques qui traversent les femmes, les couples et les familles dans cette période, et les liens précoces qui se nouent avec l'enfant, parfois dès sa vie intra-utérine.

Missonnier écrit que la psychologie prénatale est « centrée sur les multiples avatars psychologiques et psychopathologiques de la rencontre du naître humain, du devenir parent, et de l'être soignant » (Missonnier, 2012, p. 20).

2.2-Aperçu historique de la psychologie prénatale :

Aperçu historique de la psychologie prénatale La psychologie prénatale, dans la perspective de Ludwig Janus, se construit historiquement comme une discipline nouvelle

visant à intégrer les dimensions précoces de la vie psychique dans la compréhension de l'humain. Janus situe les origines de cette approche dans l'évolution des sciences psychologiques et médicales du XX^e siècle. Il montre comment, progressivement, les observations cliniques portant sur la période de la naissance, les régressions observées en psychanalyse et les apports des thérapies corporelles ont mis en lumière l'existence de contenus psychiques remontant à la vie intra-utérine. La création de l'International Society for Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine (ISPPM) marque un tournant majeur dans la reconnaissance de cette approche comme champ de recherche autonome. Janus démontre que les avancées en obstétrique, en neurosciences fœtales et en psychologie du développement ont permis de valider l'idée que le fœtus est un être réceptif, sensible, et porteur de mémoires. Le développement de la psychologie prénatale répond ainsi à un double mouvement : l'élargissement des données empiriques et la mutation culturelle du regard sur la grossesse. Loin d'être un simple processus biologique, la grossesse devient un temps fondateur pour l'identité psychique, une phase où se cristallisent déjà les premiers noyaux du moi. Ce renversement anthropologique, où l'avant-naissance devient un objet d'investigation et de soin, constitue la grande nouveauté de la psychologie prénatale (Janus, 2021, pp. 3-6).

2.3-Les conséquences pratiques du développement de la psychologie prénatale :

Le champ de la psychothérapie, autrefois divisé en écoles et méthodes distinctes, tend aujourd'hui vers une intégration croissante. La recherche empirique, la neurophysiologie et la psycho-traumatologie reçoivent désormais l'attention qu'elles méritent. Les domaines de rencontre et de coopération se développent entre les différentes approches issues de la psychologie des profondeurs, telles que la psychothérapie corporelle, la psychothérapie d'orientation psycho-dynamique et la psychanalyse. Le nouveau cadre de référence pour ce champ ouvert est celui de la « psychothérapie psycho-dynamique », au sein duquel l'approche de la psychologie prénatale peut également trouver sa place. (Janus, 2021, pp. 6).

Cette approche intégrative et interdisciplinaire a été introduite en psychologie prénatale notamment par le président de longue date de l'ISPPM, Peter Fedor-Freybergh (1987) ainsi que par Fedor-Freybergh et Vogel (1989). Cela a permis de créer un cadre stable

dans lequel il est possible d'articuler les données issues de l'expérience intérieure, de la biologie du développement, de la recherche sur la socialisation, de la psycho-traumatologie et des neurosciences.,

La psychologie prénatale a ainsi trouvé un cadre interdisciplinaire à partir duquel elle peut partager ses observations et découvertes exigeantes avec les autres domaines scientifiques thérapeutiques : psychothérapie, médecine, travail social, sciences culturelles, etc.

Sur le plan pratique, des sages-femmes, accompagnantes à la naissance et obstétriciens engagés ont permis, ces dernières années, un changement de paradigme : on est passé d'un accompagnement purement médical à un soutien relationnel de la grossesse et de l'accouchement (Klaus et al., 1993, 2000 ; Janus, 1995, 2005a, b, entre autres). Cela signifie également que les professionnels impliqués dans l'obstétrique et la préparation à la naissance doivent eux-mêmes réfléchir à leur propre début de vie. (Janus, 2021, pp. 7).

Aujourd'hui, sages-femmes et psychothérapeutes ont la possibilité d'acquérir une compétence thérapeutique prénatale et périnatale

Une conséquence centrale des découvertes portant sur la signification biographique de la vie prénatale et de la naissance est la promotion de la compétence parentale, un chantier amorcé ces dernières années, mais qui mérite d'être mis en œuvre de manière bien plus décisive

La promotion de la compétence parentale (Armbruster, 2006 ; Franz, 2009 ; Janus, 2006), notamment dans les milieux sociaux les plus défavorisés, revêt une importance sanitaire et sociopolitique bien plus grande qu'on ne l'a longtemps supposé (Grille, 2005). Il existe là une opportunité décisive pour développer les capacités à gérer les conflits, à favoriser la paix, et à instaurer une atmosphère plus humaine dans la société. (Janus, 2021, pp. 7).

2.4-Les niveaux méthodologiques de la psychologie prénatale :

Plusieurs niveaux méthodologiques doivent généralement être pris en compte et équilibrés selon leur importance respective. Ces niveaux ont été nommés et développés au cours des dernières années, notamment lors de congrès spécialisés de la **Société Internationale de Psychologie et Médecine Pré- et Périnatale (ISPPM)**, par exemple en 2007 à Heidelberg.

Cinq niveaux méthodologiques sont considérés comme essentiels :

1. Le niveau quantitatif
2. Le niveau qualitatif
3. Le niveau de compréhension empathique
4. Le niveau de savoir pratique des groupes professionnels
5. Le niveau de comparaison psychologique culturelle (Janus, 2021, pp. 9-10).

Une approche incluant l'ensemble de ces différents niveaux est vitale pour un traitement adéquat de la grossesse et de la naissance, car les actions thérapeutiques ou préventives doivent couvrir tous les aspects de la situation — d'autant plus que l'enfant en développement n'a pas encore les moyens de participer activement aux décisions.

Ludwig Janus présente une réflexion très fine sur les fondations méthodologiques qui structurent la psychologie prénatale. Son approche, à la fois rigoureuse et nuancée, s'inscrit dans une volonté d'honorer la complexité du sujet humain en gestation, en refusant toute réduction à un modèle unique.

Il distingue cinq niveaux méthodologiques, que l'on pourrait considérer comme autant de « portes d'entrée » vers la compréhension du vécu prénatal, chacune avec sa légitimité et ses limites.

Le niveau quantitatif vise la mesure, la comparaison, l'objectivation. Il s'agit ici des enquêtes statistiques, des études neurobiologiques, des observations médicales systématisées. Janus souligne l'utilité de ces données, mais aussi leur incapacité à capter l'épaisseur

subjective de l'expérience (p. 9).

Le niveau qualitatif explore les récits, les représentations, les vécus singuliers. Il mobilise des entretiens cliniques, des analyses de cas, des récits de femmes enceintes. Ce niveau permet de restituer l'intimité du ressenti, mais peut parfois manquer de validité généralisable (pp. 9–10).

Le niveau empathique est plus délicat à définir. Il repose sur une posture de présence, d'accueil, de résonance. Le clinicien mobilise ici sa propre sensibilité pour « ressentir » ce que vit l'autre. Ce niveau exige maturité, réflexivité et formation, car il peut dériver vers des projections personnelles s'il est mal encadré (p. 10).

Le niveau d'expérience pratique repose sur l'observation clinique répétée, sur le « savoir de terrain » que développent les praticiens (sages-femmes, obstétriciens, psychothérapeutes) au fil de leurs accompagnements. Ce savoir expérientiel est souvent implicite, mais d'une valeur considérable lorsqu'il est mis en dialogue avec les autres niveaux (p. 10).

Enfin, le niveau culturel rappelle que la grossesse n'est jamais neutre : elle est toujours traversée par des représentations collectives, des imaginaires, des normes symboliques. Ce niveau invite à replacer chaque grossesse dans son contexte historique, familial et social, afin de ne pas universaliser abusivement une expérience toujours située (p. 10).

Ce que propose Janus, ce n'est pas de choisir entre ces niveaux, mais bien de les articuler dans une approche ouverte, souple, consciente de ses propres angles morts. Il défend un équilibre méthodologique, où l'on navigue entre rigueur scientifique, écoute clinique et sensibilité humaine. Une psychologie prénatale fidèle à cette vision est une discipline à la fois exigeante et profondément respectueuse de la complexité du vivant.

2.5-Les niveaux méthodologiques en psychologie prénatale : une mise en pratique personnelle

Dans le cadre de mon stage et de mes observations sur le terrain, j'ai pu comprendre que la psychologie prénatale ne se limite pas à une seule méthode d'approche. Elle demande, au contraire, une pluralité de regards. C'est en ce sens que les travaux de Janus m'ont aidé à penser mon positionnement : il évoque l'idée que la psychologie prénatale repose sur plusieurs niveaux méthodologiques, qu'il ne faut pas opposer mais plutôt articuler.

Pour ma part, j'ai principalement mobilisé trois niveaux dans ma démarche :

Un niveau qualitatif, d'abord, dans le recueil de la parole des femmes, à travers des entretiens semi-directifs ouverts à la subjectivité. Ce niveau m'a permis de m'approcher de leur vécu, de leur manière propre de traverser la grossesse, sans imposer de grille rigide d'interprétation.

Ensuite, un niveau empathique, où je me mettais dans une posture d'écoute sensible, attentive, respectueuse du rythme et des silences. Ce niveau est, selon moi, fondamental en psychologie prénatale, car il permet de capter ce qui ne se dit pas directement, ce qui passe par le regard, le corps, l'émotion.

Enfin, un niveau d'expérience partagée, plus clinique, où j'échangeais régulièrement avec ma maîtresse de stage, gynécologue, à travers des briefings après les consultations. Ces moments m'ont permis d'avoir un éclairage croisé : d'un côté, les données médicales et gynécologiques précises ; de l'autre, mon écoute du récit affectif et émotionnel de la patiente. Ensemble, ces informations m'ont permis de mieux comprendre les situations, en tenant compte à la fois de l'histoire personnelle, conjugale et corporelle des femmes rencontrées.

Janus insiste justement sur cette nécessité de lier les approches : psychologique, biologique, émotionnelle et clinique. Il ne s'agit pas de juxtaposer des savoirs, mais de les enchevêtrer, de façon à construire une compréhension plus complète de la grossesse dans sa profondeur.

Cette approche méthodologique intégrée m'a été précieuse pour ne pas me perdre dans une seule dimension. Elle m'a permis d'être plus juste, plus nuancé, et surtout plus humain dans ma manière de m'adresser à ces femmes en situation de grossesse.

2.6-Aspects pratiques des niveaux méthodologiques en obstétrique et en psychothérapie

L'utilisation intégrée des approches obstétricales et psychothérapeutiques permet de mobiliser conjointement les cinq niveaux méthodologiques. Dans ce contexte, les facteurs économiques et juridiques revêtent également une importance supplémentaire. La complexité particulière des situations d'examen et de traitement en gynécologie exige une observation constante des différents niveaux méthodologiques, ainsi que leur intégration et leur équilibre.

- Dans ce processus, un niveau peut prendre plus d'importance à certains moments, comme par exemple : qualitatif pour l'analyse des caractéristiques personnelles et relationnelles,

- le niveau empathique pour explorer les dynamiques psychologiques de conflit,
- le niveau pratique pour intégrer le savoir-faire obstétrical,
- le niveau de comparaison culturelle lorsqu'il s'agit de patients issus d'autres cultures.

La situation de consultation obstétricale

- le niveau quantitatif pour l'évaluation des données obstétricales,

, lorsqu'elle inclut une dimension psychothérapeutique, présente une complexité unique à laquelle le médecin doit faire face dans l'exercice de ses responsabilités thérapeutiques. C'est précisément la conjonction des objets de soin la femme enceinte, l'enfant à naître et le futur père qui impose une vision d'ensemble intégrative de ces trois dimensions.

Cela doit, en particulier en cas de morbidité potentielle, inclure l'environnement, la vie intérieure subjective, ainsi que l'histoire personnelle des personnes concernées. Dans ce contexte, la conscience de soi et la réflexivité du médecin et du thérapeute sont d'une importance capitale, surtout pour les patientes présentant des pathologies imminentes. (janus, 2021,pp10)

2.7-Comment maintenir l'équilibre entre les niveaux méthodologique :

Des conditions préalables importantes à la curiosité et à l'ouverture d'esprit nécessaires sont ici :

- l'assurance,
- la confiance en soi,
- ainsi que l'exploration intérieure dialogique des thérapeutes.

De nouvelles évaluations et développements ultérieurs peuvent émerger de la réflexion sur soi. Une connaissance de soi approfondie est une condition essentielle pour faire preuve d'empathie impartiale envers les patientes.

La biographie du patient peut être comprise conformément au principe dialogique. L'accès aux différents niveaux peut émerger spontanément au fil du temps, à mesure que l'assurance se renforce et qu'elle permet la possibilité d'une réflexion consciente.

Des thèmes spécifiques ont émergé, tels que :

- la question de la documentation de la communication non verbale,
- et la constatation que des modes d'accès différenciés selon le genre sont possibles. (janus, 2021, pp10-11)

2.8-Maladies physiques pendant la grossesse avec des aspects psychosomatiques :

Au cours de mon stage et à travers les différents entretiens que j'ai menés avec les femmes enceintes, j'ai été confronté à plusieurs manifestations physiques récurrentes qui m'ont interpellé. Parmi elles, les nausées matinales, fréquentes en début de grossesse, revenaient souvent dans les récits. Bien qu'elles soient connues comme des symptômes courants, j'ai parfois eu le sentiment, en les écoutant, que ces nausées pouvaient aussi traduire une tension intérieure, une difficulté d'adaptation ou d'acceptation inconsciente de la grossesse.

Un autre point marquant a été la présence de menaces de fausse couche chez certaines patientes, et plus encore, des cas de fausses couches à répétition. Ces vécus, souvent douloureux et sensibles, laissaient entrevoir un lien possible entre le corps et l'histoire personnelle de ces femmes, une sorte de mémoire silencieuse qui se jouait dans le corps. Même lorsque le langage faisait défaut, le corps, lui, semblait parler.

Mon maître de stage m'a également partagé certaines remarques à ce sujet, insistant sur le fait que certains symptômes physiques, bien qu'identifiés médicalement, peuvent être renforcés par des conflits émotionnels ou des peurs anciennes. Il évoquait cette frontière délicate entre ce que le corps manifeste et ce que le psychisme contient en silence.

Un épisode m'a particulièrement marqué : celui d'un accouchement prématuré, où une femme, après des complications, a été conduite à prendre un traitement pour provoquer l'éjection du fœtus. Ce moment m'a confronté de façon brutale à la dimension tragique et limite de certaines situations prénatales, et à la charge émotionnelle extrême que cela peut représenter, autant pour la femme que pour les soignants présents.

Toutes ces observations m'ont amené à considérer que le corps de la femme enceinte est traversé par une parole souvent implicite, et que certains troubles physiques peuvent aussi être le reflet d'une souffrance psychique plus profonde. La grossesse, dans sa dimension à la fois biologique et existentielle, réactive des zones sensibles, parfois anciennes, qui méritent d'être écoutées avec attention et humanité.

Dans les problématiques psychosomatiques suivantes, les aspects psychologiques jouent un rôle plus ou moins important selon les cas. Il est nécessaire de les clarifier individuellement afin d'évaluer les possibilités d'un traitement psychothérapeutique/psychosomatique :

1. Menace de fausse couche
2. Antécédents de fausses couches à répétition
3. Nausées matinales
4. Contractions prématurées / accouchement prématuré
5. Pré éclampsie
6. Syndrome HELLP
7. « Relâchement symphysaire » et douleurs pelviennes
8. Présentation en siège
9. Gestion du dépassement de terme
10. Après l'accouchement : mastite (janus, 2021,pp20)

2.9-Attitude perceptive dans la pratique gynécologique :

La psychologie prénatale nous a appris combien la période préverbale précoce est importante. L'expérience préverbale peut s'exprimer par des rêves, émotions, humeurs, sensations corporelles et ressentis, ainsi que par des mises en scène. J'inclus ici explicitement les associations et les réactivations. Nous savons, grâce à l'expérience des groupes Balint, que le contexte d'une situation problématique peut se révéler au sein du groupe. Et ce sont

précisément ces aspects — parfois perçus comme chaotiques ou difficiles à intégrer — qui revêtent une importance psychodynamique. Ils constituent donc un instrument diagnostique essentiel. (janus, 2021,pp11)

Cela peut également être observé dans les vignettes cliniques suivantes. Il n'y a pas toujours de réponses immédiates et justes ; certaines questions restent ouvertes. Parfois, il est impossible de tout catégoriser. C'est pourquoi l'ouverture, l'acceptation de ne pas savoir, et les consultations répétées sont si importantes. Ce qui semble flou lors d'une séance peut devenir plus clair ultérieurement. Ce qui n'est pas encore possible peut advenir de lui-même plus tard. L'action gynécologique ne peut naître que d'une compréhension globale de la situation, fondée sur l'interaction des relations dans la consultation.

Le cadre fondamental de la pratique gynécologique est ici analogue à l'attention flottante libre de la psychanalyse, où le patient apporte en séance la totalité de sa situation existentielle concrète à travers des associations libres sur différents niveaux de communication et de comportement, y compris les expressions corporelles. En raison de la grande responsabilité qu'implique la compréhension et l'intervention, une intensité particulière se développe dans la situation diagnostique et thérapeutique. Elle dépasse les limites de la situation psychothérapeutique classique et exige du gynécologue une grande présence et une réévaluation permanente des perceptions et expériences.

Les histoires de cas concernent des thérapies en cours, car cela permet de décrire de manière plus vivante et authentique les interconnexions. Je tiens à souligner que je dois présenter la complexité des cas tels qu'ils sont, afin de montrer comment il devient possible de distinguer les aspects dynamiquement les plus actifs qui permettront une intervention cohérente.

Cela se produit selon un processus circulaire : lorsqu'un aspect devient compréhensible, le thérapeute peut proposer un stimulus lié, créant ainsi une nouvelle situation qui ouvre de nouvelles possibilités de compréhension, ce qui active à son tour un nouveau niveau. Ce processus se répète plusieurs fois. Ce déroulement présente des analogies avec les mécanismes d'un processus psychothérapeutique, mais tous les niveaux de réalité y sont présents. On pourrait presque dire que la structure de ce processus ressemble à la dialectique hégélienne, avec la progression de la thèse à l'antithèse, puis à la synthèse,

laquelle devient à son tour le point de départ d'un nouveau triple pas dialectique. (Janus, 2021, pp11)

2.10-L'attitude perceptive dans la pratique gynécologique : une référence dans ma démarche de stage

Pendant mon stage, l'un des repères essentiels qui a guidé ma manière de me positionner face aux patientes a été ce que Ludwig Janus appelle l'attitude perceptive. Cette attitude m'a servi de référence clinique et éthique, à la fois dans la manière d'écouter les femmes, et dans la façon d'aborder leur vécu, leur histoire, et leur souffrance parfois invisible.

L'attitude perceptive, telle que je l'ai comprise et mise en pratique, ne se limite pas à une écoute des mots dits. Elle engage une forme d'attention plus large, qui prend en compte le corps, les silences, les hésitations, les gestes, et parfois ce qui ne se dit pas directement. C'est une posture qui m'a permis d'aborder chaque femme dans sa singularité, en considérant à la fois son vécu corporel, ses antécédents médicaux, mais aussi son histoire personnelle et émotionnelle, souvent complexe.

Cette attitude m'a conduit à explorer des éléments plus enfouis, parfois inconscients, qui n'apparaissent pas dans un récit structuré. Par exemple, certaines femmes ne parlaient pas directement de leurs angoisses, mais celles-ci se manifestaient dans leur manière de raconter, dans leur difficulté à nommer certaines choses, ou dans des douleurs corporelles récurrentes. En adoptant cette posture, j'ai compris qu'il fallait parfois lire au-delà du discours, en respectant toujours le rythme et les limites de chacune.

Une situation m'a particulièrement marqué : celle d'un cas de déni de grossesse dans l'histoire antérieure d'une patiente, qui a émergé non pas par une confession claire, mais par fragments, par expressions floues, par tensions dans le récit. Sans l'attitude perceptive, je serais peut-être passé à côté. Cette expérience m'a rappelé que certaines problématiques non résolues, parfois anciennes, continuent d'agir en silence dans le présent, et qu'un espace d'écoute adapté peut permettre de les faire émerger, doucement.

Dans cette démarche, l'attitude perceptive devient plus qu'une technique : c'est une manière d'être avec l'autre, une disponibilité qui permet d'éclairer ce qui est ignoré ou mis de côté, et de créer les conditions d'une rencontre authentique, respectueuse de la complexité psychique de chaque femme enceinte.

Histoire de cas I : Le déni de grossesse dans l'histoire antérieure et ses répercussions

Madame A., dans la seconde moitié de la vingtaine, vivait avec son compagnon. Elle est venue me consulter à la 24^e semaine de grossesse pour des nausées sévères nécessitant un arrêt maladie. Elle était en troisième année de formation en soins infirmiers. Il est vite apparu qu'elle avait également un problème de consommation de drogues, notamment du cannabis. Elle a fait une remarque spontanée : « J'ai toujours eu du mal à terminer les choses. » Cette phrase allait prendre tout son sens plus tard dans sa biographie.

Je lui ai d'abord prescrit un arrêt de travail pour alléger la pression. Elle n'a jamais réussi à arrêter de fumer pendant toute la grossesse. Nous en avons parlé à plusieurs reprises : parfois, elle semblait avoir arrêté, mais ce n'était pas le cas. Heureusement, l'enfant se développait bien, sans anomalie échographique. Je lui ai remis un questionnaire d'anamnèse biographique, incluant :

1. Des particularités pendant la grossesse de votre mère ?
2. Comment s'est déroulée votre naissance ?
3. Et les mois qui ont suivi ?
4. Que savez-vous de la relation entre vos parents à cette époque ?

Son histoire est particulière : elle a été conçue lors d'une rencontre fortuite, sa mère ayant déjà eu un enfant à 17 ans. Elle a nié sa grossesse, bien qu'elle ait déjà été enceinte et ait dû sentir les mouvements fœtaux. Personne dans son entourage n'avait rien remarqué. En fin de compte, elle a accouché à l'hôpital après avoir été admise pour suspicion d'appendicite. Cette naissance cachée est celle de la patiente actuelle. Ainsi, sa phrase « *Je ne parviens pas à conclure les choses* » prend tout son sens du point de vue transgénérationnel.

Par la suite, elle a développé un diabète gestationnel sévère. Elle ne consultait pas régulièrement le diabétologue, ne respectait pas toujours les rendez-vous, invoquant des excuses telles que l'indisponibilité de sa mère ou de son amie pour la conduire. Elle oubliait souvent ses feuilles de glycémie, mais finit par s'améliorer.

Elle hésitait longtemps entre un accouchement à domicile ou non. Finalement, le diabète et la nécessité de surveillance rapprochée ont conduit à un accouchement en clinique.

L'accouchement a bien eu lieu, avec un résultat positif. Il n'a pas été possible d'aborder de façon critique sa relation avec sa mère, en raison de sa forte dépendance à son égard. Je l'ai néanmoins évoquée avec délicatesse.

Il est important de souligner que le déni de grossesse vécu par la mère a influencé la prise en charge de la grossesse actuelle. Connaître cette histoire a permis un accompagnement plus adapté, évitant des interventions unilatérales pouvant entraîner des réactions en chaîne préjudiciables. (janus, 2021, pp12)

Remarques conclusives

Une observation importante en analyse du lien prénatal est que les charges présentes dans l'histoire personnelle de la future mère et de sa propre mère ont une signification bien plus grande dans la situation actuelle que ce que suppose la vision habituelle des soins maternels, laquelle reste souvent limitée à la situation présente.

Cette observation est pleinement confirmée du point de vue de la pratique gynécologique psychothérapeutique et psychosomatique ; seule cette dernière révèle une complexité encore plus grande quant aux conséquences des fardeaux issus de l'histoire personnelle de la patiente elle-même, ainsi que de celle de sa mère, notamment dans la corporéité actuelle.

Il est évident que ces charges précoces façonnent l'ensemble de la situation de vie de la femme enceinte ainsi que l'organisation de ses relations. La prise de conscience de la profondeur transgénérationnelle de la situation permet au gynécologue de prendre en compte les différents niveaux existentiels et méthodologiques, et ainsi de trouver un nouvel équilibre entre ces niveaux.

C'est précisément ce qui rend possible une compréhension holistique de la réalité complexe de la patiente, et donc, une action thérapeutique adaptée. (janus, 2021, pp14)

La psychologie prénatale s'intéresse à l'influence des expériences vécues avant la naissance sur le développement psychique de l'être humain. Elle repose sur l'idée que le bébé, dès sa vie intra-utérine, n'est pas un être vide ou passif, mais au contraire, un être déjà

sensible, réceptif à ce qui l'entoure. Ce champ de recherche, encore relativement récent, s'est construit sur la base de nombreuses observations cliniques et d'évolutions en neurosciences, en psychanalyse et en médecine périnatale.

Synthèse :

Selon Ludwig Janus, un des auteurs majeurs de cette discipline, la grossesse constitue un moment fondateur dans la structuration de la vie psychique. Il montre que le fœtus perçoit les variations émotionnelles de la mère, et que ces perceptions laissent des empreintes, parfois durables, dans l'inconscient. Ces vécus prénataux peuvent influencer plus tard la manière dont une personne réagit aux séparations, au stress, à l'attente, ou à la relation à l'autre.

Janus insiste sur le fait que les troubles de l'adulte trouvent parfois leur origine dans des vécus précoces, parfois dès la période intra-utérine, non verbalisés, mais inscrits dans la mémoire du corps ou dans l'imaginaire profond. La grossesse est donc une période à la fois physiologique et psychique, où la mère transmet non seulement des éléments biologiques, mais aussi émotionnels et symboliques.

Dans cette perspective, la psychologie prénatale ne cherche pas à culpabiliser la mère, mais à comprendre comment l'histoire psychique du bébé commence bien avant sa naissance, et comment cette histoire s'enracine dans celle de ses parents. Elle ouvre ainsi un nouveau regard sur la grossesse : non plus comme un simple passage vers la naissance, mais comme une véritable phase de vie, marquée par des échanges invisibles mais essentiels.

Chapitre 3 :

La grossesse

AXE 1 : la physiologie de la
grossesse

Préambule :

La volonté de comprendre le phénomène de la grossesse dans sa complexité incarné dans le corps de la femme comme élément physique et psychologique ajoutant à cela les différentes représentations sociales qui accompagne la femme durant cette période de 9 mois .

Dans ce présent chapitre j'essaierai de présenter différents éléments qui constituent la grossesse en les divisent en deux axes principaux le physiologique et le psychologique en passant par la mise en avant des remarques personnelles sur les éléments que j'ai pu observer et recueilli durant ma confrontation aux différents profils de femmes enceintes .

3.0-La grossesse

3.1-La définition de grossesse :

En gynécologie-obstétrique , la grossesse est définie de manière médicale et biologique comme : L'état physiologique résultant de la fécondation d'un ovocyte par un spermatozoïde , suivie de la nidation de l'œuf fécondé dans l'utérus et se poursuivant par le développement embryonnaire ,puis fœtal jusqu'à l'accouchement

Selon la perspective de la psychologie la grossesse peut-être défini en une période de remaniement intenses (corporel ,psychiques et relationels) qui ,bien qu'ils puissent être déstabilisants , ne dépassent pas les capacités d'adaptation de la femme enceinte

dans le ce qui va suivre la définition de la grossesse sera le premier axe qui expliquera la grossesse de manière physiologique

3.2-la compréhension de la grossesse dite normal :

La grossesse entraîne des modifications anatomiques et physiologiques chez la mère qui sont induites par les sécrétions hormonales. Tous les systèmes sont atteints mais les modifications les plus importantes sont métaboliques, respiratoires et cardiovasculaires. La connaissance des modifications est importante pour la surveillance de la grossesse normale et des pathologies de la grossesse. Pour les grossesses sans situation à risque ou relevant d'un faible niveau de risque la prise en charge est médicale, psychosociale avec une démarche de dépistage et de prévention où le professionnel de santé devra mettre en œuvre des consultations , des examens complémentaires biologiques obligatoires ou recommandés, proposer le diagnostic prénatal, le génotypage des fœtus de mères rhésus négatif et la préparation à la naissance et à la parentalité. La surveillance de la grossesse vise tout au long de la grossesse à évaluer le risque fœtal et maternel afin de prévenir, dépister, faire le diagnostic et prendre en charge par des équipes spécialisées les situations anormales détectées. La preuve de la normalité doit être apportée à chaque étape de la surveillance lors des examens cliniques et paracliniques qui ont pour but de dépister une anomalie ou un risque et de permettre à tout moment l'orientation vers une prise en charge plus spécialisée. (CNGOF . 2018 . p. 287)

3.3-les modifications physiologiques au cours de la grossesse

:

les modification pendant la grossesse touchent l'ensemble des systèmes physiologiques de la femme encinete

ce qui suivra sera la présentation des modification principales qui on pu être observer et mesurer

A. Modifications respiratoires

1. Modifications anatomiques pulmonaires Sous l'effet de la croissance utérine, il existe un élargissement de la cage thoracique, une élévation du diaphragme et une augmentation du diamètre transversal des poumons.

2. Modification des volumes respiratoires Il existe une augmentation de la ventilation (sous l'effet de la progestérone - exercice 80 L/min) et une augmentation de la consommation en O₂ pour répondre à la consommation fœtale. Les modifications des volumes concernent une augmentation de la capacité vitale et du volume courant, et une diminution de la réserve expiratoire, ce qui induit une élévation de la capacité inspiratoire et une réduction du volume résiduel. (CNGOF . 2018)

B. Modifications cardiovasculaires Les modifications hormonales participent aux modifications cardiovasculaires.

- les œstrogènes agissent sur la fréquence cardiaque, et les débits cardiaques et circulatoires;

- la progestérone favorise le relâchement veineux et la rétention hydrique ;

- dans le système rénine – angiotensine – aldostérone, il existe une élévation de la rénine (rein, placenta), de la prorénine (rein fœtal) et de l'aldostérone plasmatique.

Au total, il existe une augmentation du débit sanguin rénal, de la filtration glomérulaire et du débit cardiaque, en particulier au cours de l'accouchement et une baisse des pressions intra vasculaires artérielles. Cependant, l'évolution des pressions artérielles est variable en fonction du trimestre de grossesse. Elles chutent au 1er trimestre puis restent stables au 2e avant un retour aux valeurs de base au 3e trimestre. Les pressions veineuses sont influencées par la compression utérine de la veine cave. Les pressions dans l'oreillette droite ne sont pas modifiées. Elles augmentent au niveau des membres inférieurs, ce qui peut générer une gêne au retour veineux par compression cave. C'est l'effet Poseiro en position allongée, c'est-à-dire un ralentissement du rythme cardiaque fœtal et une sensation de malaise maternel. Enfin, il existe au cours de la grossesse une hypervolémie qui vise à limiter les conséquences de l'hémorragie lors de l'accouchement. (CNGOF . 2018)

C. Modifications de l'appareil urinaire

Une dilatation urétérale peut apparaître physiologiquement (dès 6 SA). Elle est prédominante à droite. L'augmentation du flux plasmatique et de la filtration glomérulaire rénale entraîne une diminution de l'urée et de la créatinine, une glycosurie et une excrétion des acides aminés. (CNGOF . 2018)

D. Modifications de l'appareil digestif et du système endocrinien

Ce sont les suivantes :

- œsophage : diminution du tonus du sphincter œsophagien inférieur;
- estomac : diminution de la tonicité et du péristaltisme;
- foie :
 - augmentation de la synthèse de protéines = albumine +++,
 - augmentation des triglycérides (3 N) et cholestérol (2 N),
 - augmentation des phosphatases alcalines (origine placentaire);
- vésicule biliaire : atone et vidange ralentie ;

-
- grêle : mobilité réduite ;
 - côlon : augmentation de la réabsorption de l'eau et du Na ;
 - système endocrinien :
 - hypophyse modifiée +++ avec :
 - hyper vascularisation et hyperplasie,
 - ocytocine, – hypercorticisme physiologique et adaptatif,
 - accroissement du fonctionnement de la thyroïde avec :
 - hypertrophie (diminution de l'iode organique plasmatique),
 - T3 et T4 normales,
 - TSH légèrement diminuée, en particulier au 1er trimestre,
 - parathyroïdes : variations discutées. Globalement, il existe une baisse de la calcémie

E. Modifications du métabolisme

- La grossesse nécessite une augmentation de 15 à 30 % du métabolisme basal.
- La prise de poids est physiologique avec :

- accumulation de liquide interstitiel et d'eau extracellulaire ;
- + réserves graisseuses;
- + fœtus, placenta et liquide amniotique.
- La prise de poids dépend de la corpulence avant la grossesse

F. Modifications des autres systèmes

- Le système nerveux central subit les modifications suivantes au cours de la grossesse :
 - sécrétion accrue d'endorphines et d'enképhalines;
 - modification de l'attention et de la concentration;
 - insomnie;
 - «post-partum blues».
- Les yeux sont sujets à :
 - une augmentation de la pression intraoculaire ;
 - un œdème cornéen.

-
- Le système musculosquelettique subit : – une mobilité des articulations bassin;
– une lordose.
 - Au niveau de la peau peuvent survenir :
 - vergetures;
 - ligne brune ;
 - masque de grossesse ;
 - érythrose palmaire.
 - Les seins subissent une augmentation de volume, et une modification des aréoles et des mamelons.
- Pendant la grossesse, la mammogénèse est influencée par les hormones placentaires :
- les œstrogènes ont une action sur le développement des canaux galactophores;
 - la progestérone permet l'accroissement des acini et l'hypertrophie des cellules sécrétoires et myoépithéliales. Ainsi, deux phénomènes se produisent pendant la gestation :
 - la mammogénèse, qui correspond à la croissance du tissu, en principe aux 1er et 2e trimestres;
 - la lactogénèse, correspondant à la différenciation cellulaire en fin de grossesse.(CNGOF . 2018 . p. 288-191)

3.4-Principales complications de la grossesse

pendant la grossesse la femme enceinte peut-être sous le risque de complication qui peuvent attenter a sa santé et provoque aussi des ambivalences sur la situation sa grossesse par un développement d'une peur et d'angoisse sur sa santé et la celle de bébé

- les complications sont les suivantes :
- -Hémorragies génitales du 1er trimestre
- -Hémorragies génitales du 3e trimestre
- -Hypertension artérielle gravidique

-
- -Menace d'accouchement prématuré
 - -Fièvre pendant la grossesse
 - -Douleur abdominale aiguë

l'une des complications que j'ai pu observer durant ma période de stage est le risque de développer du diabète chez une femme porteuse d'un gros bébé et la femme en question a présenté une plainte majeure durant mon entretien avec elle

pour comprendre :La prévalence d'un diabète préalable associé à la grossesse est de 0,5 à 1 %. Un tiers est représenté par des diabètes de type 1, deux tiers sont des diabètes de type 2, dont la prévalence augmente du fait de la progression de l'obésité. Il s'agit d'une pathologie maternelle qui peut entraîner des complications graves chez la mère et l'enfant, bien plus que le diabète gestationnel. L'amélioration du pronostic des grossesses chez des femmes diabétiques passe avant tout par une programmation préconceptionnelle, une collaboration multidisciplinaire et une adhésion de la femme elle-même. (CNGOF . 2018 . p. 527)

3.4.1-Définition du diabète gestationnel:

Le diabète gestationnel est défini comme un trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quels que soient le traitement nécessaire et l'évolution dans le post-partum.

Cette définition englobe en fait trois entités différentes qu'il convient de distinguer :

- un diabète méconnu, le plus souvent de type 2, préexistant à la grossesse et découvert seulement à l'occasion de celle-ci, et qui persistera après l'accouchement. La fréquence des DT2 antérieurement méconnus découverts en début de grossesse est estimée à 0,5 à 3 % des grossesses;

- un DG découvert entre 24 et 28 SA avec une anomalie de la tolérance glucidique induite par la grossesse, réellement apparue au 2^e trimestre de la grossesse et due à l'insulinorésistance de la femme enceinte, et disparaissant, au moins temporairement, en post-partum;

- un DG découvert dès le 1er trimestre qui correspond à une hyperglycémie modérée probablement préexistante à la grossesse, pour laquelle le pronostic et l'impact du traitement sont moins connus(CNGOF . 2018 . p. 536)

3.5-Grossesse normale. Besoins nutritionnels d'une femme enceinte

la nutrition doit être du domaine de la prévention et de la recommandation des milieux de santé afin de garantir et de protéger la bonne santé des femmes en période de grossesse

le besoin nutritionnel doit être encadré par des professionnels de la santé pour prévenir des pathologies comme le diabète gestationnel qui sont fréquentes durant la grossesse

une illustration du fonctionnement de la nutrition durant la grossesse

Le «coût» énergétique de la grossesse est en moyenne de 150 kcal/j au 1er trimestre, puis de 350 kcal/j aux 2e et 3e trimestres; il n'y a donc pas, dans la majorité des cas, de nécessité d'augmenter volontairement les apports nutritionnels chez la femme enceinte. En pratique, il faut respecter les proportions de :

- 50–55 % de glucides en favorisant les sucres lents;
- 15–20 % de protéides (idéalement maigre, viande blanche, poissons, etc.);
- moins de 30 % de lipides en favorisant les acides gras essentiels. L'alimentation habituelle des pays occidentaux couvre largement l'augmentation des besoins induite par la grossesse.

Dans nos pays, les principaux risques liés à l'alimentation sont :

- une prise de poids excessive, facteur de risque de diabète gestationnel et de surcharge pondérale persistante à distance ;
- les effets de l'alcool;

-
- l'ingestion d'aliments contaminés par *Listeria monocytogenes* ou le toxoplasme;
 - une anémie ferriprive, plus fréquente en cas de milieu social défavorisé, de régime végétarien, de grossesses rapprochées. Il faut surveiller la NFS en début de grossesse et au besoin compléter en fer). Suivant l'origine géographique, il ne faut pas hésiter à demander une électrophorèse de l'hémoglobine en complément;
 - des carences vitaminiques ciblées dans certains groupes à risque :
 - carence en acide folique (risque de spina-bifida) chez les femmes épileptiques traitées par anticonvulsivants, chez celles qui ont eu précédemment une grossesse avec fœtus présentant une anomalie de fermeture du tube neural (spina-bifida, anencéphalie, etc.), mais aussi chez les patientes présentant un IMC élevé ($>28 \text{ kg/m}^2$),
 - carence en iode d'autant plus dans les régions éloignées de la mer,
 - carence en vitamine K (risque d'hémorragie intracrânienne néonatale) en cas de prise de médicaments qui modifient le métabolisme de la vitamine K (anticonvulsivants, antituberculeux, colestyramine)

3.6-Recommandations alimentaires :

A. Apports hydriques Les conseils suivants doivent être donnés à la patiente :

- boire au moins 1,5 L d'eau/j;
- ne pas consommer de boisson gazeuse ni de soda; • éviter les boissons riches en sels;

-
- supprimer complètement la prise d'alcool (contre-indication absolue) et limiter les excitants (café, thé).

B. Alimentation

- : • Elle doit être variée, riche en produits laitiers (calcium) et en fruits et légumes frais (vitamines), fractionnée, répartie en 3 vrais repas et 2 collations.
- Il est conseillé de consommer du poisson 3 fois/semaine en évitant les poissons prédateurs (espadon, maquereau), en raison du risque lié aux métaux lourds stockés dans leur chair, et le saumon d'élevage.
- Vitamines et sels minéraux

Quatre supplémentations sont recommandées

- l'acide folique en période périconceptionnelle, à la dose de 0,4 mg/j chez toutes les femmes, et une posologie plus élevée surtout chez les femmes épileptiques, en surpoids ou avec des antécédents de dysraphie (la dose est alors de 4 à 5 mg/j et l'adjonction de vitamines B6 et B12 est souhaitable);
- la vitamine D au 3e trimestre (une dose unique de 100000 UI en ampoule à boire) en toute saison; • la vitamine K en fin de grossesse chez les femmes prenant des médicaments qui modifient le métabolisme de la vitamine K;
- l'iode à la dose de 150 µg/j en cas de carence iodée (Île-de-France, région de Toulouse, etc.). En l'absence de dysthyroïdie maternelle, en raison de la fréquence élevée de la carence en iode dans la population générale, la supplémentation iodée systématique est discutée, si possible dès la période préconceptionnelle et à la dose de 150 µg/j.

Aucune autre supplémentation n'est systématiquement légitime, y compris pour le fer, le calcium, le fluor et les préparations polyvitaminées. Certaines de ces préparations n'ont pas de bénéfice démontré et pourraient avoir des effets indésirables sérieux. En particulier, la supplémentation en fer n'est légitime qu'en cas de facteurs de risque significatifs ou d'anémie documentée avec une hémoglobine inférieure à 11 g/dL.

C. Hygiène Les mesures suivantes sont recommandées :

- se laver les mains avant chaque repas;

-
- en prévention de la listériose, éviter les fromages non pasteurisés et supprimer les produits lactés crus, les charcuteries artisanales, la viande et les poissons crus ou fumés;
 - en l'absence d'immunité contre la toxoplasmose :
 - consommer la viande bien cuite ou après plusieurs jours au congélateur,
 - laver soigneusement les fruits et légumes souillés de terre,
 - éviter les contacts avec les chats et leurs excréments;
 - dans tous les cas :
 - laver régulièrement le réfrigérateur et ne pas mélanger les aliments,
 - idéalement, suivre un régime type «nourrisson». (CNGOF . 2018)

AXE 2 : la psychologie de la grossesse

Dans axe cette j'essaierai de montrer les changements et les remaniements psychologiques qui peuvent advenir chez la femme pendant la période de la grossesse par les différentes théories qu'elles soient psychanalytiques, cognitives, neuroscientifiques , psychosomatiques et social à travers ces prismes différents mais qui se rejoignent tous sur le fait que la période de la grossesse a son lot de changements qui peuvent être observés et décrits selon le contexte et la biographie de chaque sujet femme qui vit une grossesse, qu'elle soit normale ou atypique, et la fin j'ajouterai un point complémentaire de la phénoménologie de la grossesse

« La grossesse normale implique des remaniements identitaires, des régressions passagères et une transparence psychique, sans pour autant entraîner de rupture du lien à la réalité ou d'effondrement psychique. Elle correspond à une crise évolutive, comparable à l'adolescence, mais globalement contenue. » (alvarez et cayol .2015)

3.7-Cognition et grossesse : entre vécu subjectif et réalité scientifique:

La grossesse est couramment associée à un fléchissement des performances mentales, souvent désigné sous les appellations populaires de "baby brain" ou "pregnancy brain". Cette idée reçue, largement relayée par les médias et parfois par les professionnels de santé, alimente une représentation culturelle selon laquelle la femme enceinte serait cognitivement diminuée. Pourtant, la validité scientifique de cette représentation est loin d'être établie.

Selon Gross et Pattison (2006), la perception de déficits cognitifs durant la grossesse repose en grande partie sur des auto-évaluations subjectives. De nombreuses femmes enceintes déclarent vivre des troubles de l'attention, des oublis ou des épisodes de confusion — comme ranger une serviette au congélateur ou oublier un mot courant. Toutefois, lorsqu'on soumet ces femmes à des tests cognitifs standardisés, les résultats ne confirment pas systématiquement un déclin mesurable. Les études sont souvent incohérentes ou contradictoires : certaines relèvent de légères baisses de performances, principalement au troisième trimestre, tandis que d'autres ne détectent aucune différence significative entre femmes enceintes et non enceintes (Gross & Pattison, 2006, pp. 26–31).

Sur le plan biologique, les auteurs soulignent que les fluctuations hormonales, notamment les variations de la progestérone, des œstrogènes et du cortisol, pourraient affecter certaines fonctions cognitives, en particulier la mémoire verbale et la concentration (p. 25). Toutefois, ces effets biologiques ne suffisent pas à expliquer l'ampleur du phénomène tel qu'il est ressenti et rapporté par les femmes.

C'est précisément dans la dimension psychosociale que réside l'une des contributions les plus importantes de ce chapitre. Les autrices mettent en évidence un effet d'attente auto-réalisatrice : les femmes anticipent des troubles cognitifs parce qu'ils sont socialement attendus et validés, ce qui peut induire un effet placebo (pp. 32–36). Cette pression sociale s'inscrit dans un contrôle cognitif genré, où la performance mentale des femmes enceintes est constamment scrutée, jugée, et comparée à une norme masculine ou pré-grossesse (p. 40). Cette surveillance cognitive peut renforcer l'anxiété, la culpabilité ou la perte de confiance

chez la femme enceinte.

Ainsi, Gross et Pattison (2006) plaident pour une approche intégrative du phénomène, tenant compte à la fois des facteurs biologiques, émotionnels, et sociétaux. Le "pregnancy brain" ne devrait pas être perçu comme un simple déclin de performance, mais comme un phénomène multidimensionnel, situé à l'intersection de la physiologie, de la psychologie, et des normes culturelles imposées à la maternité.

3.8-Le cerveau maternel : transformations, perception et neuroplasticité:

La grossesse s'accompagne de transformations profondes du cerveau maternel, bien au-delà des seules modifications hormonales. Les auteurs Bottemanne et Joly (2022) proposent une lecture contemporaine de ces bouleversements à travers les neurosciences périnatales, en articulant trois dimensions clés : le cerveau comme machine prédictive, la perception du corps par l'intéroception, et les modifications neurobiologiques spécifiques à la grossesse.

a-Le cerveau, une machine prédictive

Le cerveau humain fonctionne comme un organe prédictif : il anticipe en permanence les stimuli externes et internes à partir de croyances probabilistes encodées dans les réseaux neuronaux. Ce fonctionnement repose sur le modèle du cerveau bayésien, dans lequel la perception ne reflète pas une réalité objective, mais une estimation influencée par les attentes internes. Ainsi, toute expérience sensorielle est le produit d'un équilibre entre prédiction et erreur de prédiction. Pendant la grossesse, cette machine prédictive est confrontée à des transformations corporelles profondes, générant un besoin accru d'ajustement des croyances internes (Bottemanne & Joly, 2022, pp. 47–61).

b-L'intéroception, un œil sur le corps

L'intéroception désigne la perception des signaux internes du corps (ex. : rythme cardiaque, tension viscérale, température). Pendant la grossesse, cette modalité sensorielle devient centrale : les signaux provenant de l'utérus, des viscères, des hormones et du système nerveux autonome modifient la manière dont le cerveau perçoit le corps. Cette "harmonisation intéroceptive" progressive permet à la mère d'intégrer le fœtus comme une extension d'elle-même, favorisant un sentiment d'unité corporelle. Ces adaptations sont essentielles pour le développement du lien prénatal et la construction de l'attachement maternel (pp. 75–92).

c-Comment la grossesse transforme le cerveau

Les auteurs décrivent une période de neuroplasticité périnatale, marquée par des modifications structurales (réduction temporaire de la taille cérébrale), fonctionnelles (réactivité émotionnelle accrue, attention renforcée aux signaux infantiles), et neuroendocriniennes (influence des œstrogènes, progestérone, cortisol). Le phénomène de "Mommy Brain" (ou mamnésie) se manifeste par des troubles cognitifs transitoires, tels que baisse de mémoire ou de concentration, souvent rapportés par les femmes au troisième trimestre. Ces effets sont compensés par une hypersensibilité aux signaux sociaux et affectifs, notamment les pleurs et sourires de l'enfant, soutenant les comportements parentaux dès la naissance. Des études ont aussi révélé l'influence du microchimérisme fœtal, soit la migration de cellules du fœtus vers le cerveau maternel, qui pourrait participer à la programmation des réponses maternelles (pp. 93–132).

3.9-Implications cliniques et psychopathologiques des transformations cérébrales pendant la grossesse:

Les transformations cérébrales qui surviennent durant la grossesse ne sont pas de simples adaptations biologiques passives. Elles constituent une véritable réorganisation des circuits cognitifs, émotionnels et sociaux, visant à préparer la femme à la maternité. Toutefois, ces changements, bien qu'adaptatifs dans leur fonction première, peuvent également générer une vulnérabilité accrue à certaines pathologies psychiatriques, en particulier dans les structures psychiques fragilisées.

Les données neurobiologiques récentes indiquent une réduction transitoire du volume cérébral dans les régions impliquées dans la mémoire, la cognition sociale et la régulation des émotions. Cette plasticité cérébrale, observée dès le troisième trimestre, est associée à une sensibilité accrue aux signaux émis par le nourrisson et à un renforcement du système de récompense lié à l'interaction mère-enfant (Bottemanne & Joly, 2022, pp. 93–110). En contrepartie, cette réorganisation peut s'accompagner d'une instabilité émotionnelle, d'une diminution des fonctions exécutives (concentration, planification, mémoire de travail) et d'un repli sur soi favorisant l'auto-observation anxieuse.

Le concept d'intéroception — la capacité à percevoir les signaux corporels internes — joue un rôle central dans ce processus. Durant la grossesse, les fluctuations physiologiques

majeures modifient le traitement des signaux internes par le cerveau. Lorsque cette perception est perturbée ou amplifiée, elle peut entraîner des réactions émotionnelles disproportionnées, notamment dans les cas d'hyper vigilance anxieuse, de trouble panique ou de vulnérabilité à la dépression (Bottemanne & Joly, 2022, pp. 61–92).

La grossesse est également une période à haut risque de réactivation de conflits psychiques anciens ou de troubles latents. Les femmes présentant des antécédents de dépression, des troubles de l'attachement ou des traumatismes précoces sont plus exposées à la décompensation périnatale. Les altérations hormonales et neurobiologiques associées à cette période peuvent agir comme des facteurs déclenchant de troubles affectifs ou anxieux, et parfois révéler un état dépressif jusque-là compensé (Bottemanne & Joly, 2022, pp. 112–140).

Sur le plan clinique, ces données soulignent l'importance d'une approche globale, alliant accompagnement psychologique, surveillance médicale, et prise en compte du vécu subjectif de la grossesse. Le soutien périnatal ne doit pas seulement viser la santé physique de la mère et du fœtus, mais intégrer les composantes émotionnelles, relationnelles et psychocognitives de cette période de transition.

Ainsi, la grossesse se présente comme une phase de remaniement cérébral et psychique profond, porteuse d'un potentiel adaptatif majeur mais aussi de fragilités qu'il convient de repérer, comprendre et accompagner.

3.10-Transformations psychologiques observables chez la femme durant la grossesse:

La grossesse est une période de transformations profondes, tant sur le plan biologique que psychologique. La femme enceinte vit une reconfiguration identitaire, cognitive, affective et relationnelle. Le manuel de Klaus Evertz et al. (2021) met en lumière plusieurs aspects de ces bouleversements à travers une approche intégrative qui englobe la psychologie

développementale, les neurosciences, et la psychanalyse prénatale.

1. Transformation identitaire et émergence du « Moi maternel »

Dès les premières semaines de grossesse, la femme entre dans une dynamique de redéfinition de soi, marquée par la constitution progressive d'une identité maternelle. Cette transformation s'articule autour d'un dialogue intérieur entre le soi antérieur et le futur rôle de mère, influencé par les représentations inconscientes, les expériences précoces et la relation avec sa propre mère (Evertz et al., 2021, p. 13).

2. Réactivation des conflits infantiles et des mémoires prénatales

La grossesse réactive des vécus infantiles, voire des souvenirs prénataux chez certaines femmes. Cette « régression prénatale » permet une relecture des expériences passées dans une perspective de réparation psychique, et favorise l'établissement du lien avec le fœtus à travers des processus projectifs inconscients (Evertz et al., 2021, pp. 47–49).

3. Intensification de la sensibilité émotionnelle et intuition accrue

Durant la grossesse, les femmes rapportent une augmentation de leur sensibilité émotionnelle, une plus grande capacité d'introspection et une forme d'intuition renforcée. Ces changements sont considérés comme des adaptations nécessaires au futur rôle maternel, facilitant la réceptivité aux besoins du bébé à naître (Evertz et al., 2021, p. 29).

4. Altérations cognitives et « baby brain »

Bien que souvent discutée dans la littérature scientifique, la notion de diminution des capacités cognitives chez la femme enceinte – parfois appelée « baby brain » – demeure controversée. Ce manuel met en évidence que les altérations légères de l'attention ou de la mémoire pourraient être dues à la surcharge émotionnelle et non à une dégénérescence cognitive, et qu'elles varient selon le contexte psychologique de la femme (Evertz et al., 2021, p. 66).

5. Communication intra-psychique et avec le fœtus

Les auteurs insistent sur la nature dialogique de la grossesse : un échange subtil s'instaure entre la mère et son enfant à naître. Cette communication repose sur des messages physiologiques, émotionnels et symboliques. Par exemple, la mère peut ressentir le besoin de s'allonger, de parler au bébé, ou de modifier ses comportements alimentaires selon des signaux perçus comme venant de l'enfant (Evertz et al., 2021, p. 478).

6. Évolution des représentations maternelles

La grossesse entraîne un réaménagement des représentations inconscientes du bébé : de l'enfant imaginaire idéalisé à une représentation plus réaliste, parfois ambivalente. Cette transition, soutenue par des processus psychodynamiques, est essentielle pour l'établissement d'un lien d'attachement sain après la naissance (Evertz et al., 2021, pp. 135–137).

7. Importance du soutien psychique et de la sécurité émotionnelle

L'environnement affectif joue un rôle central dans la modulation des expériences psychologiques de la grossesse. Le manuel souligne que les femmes bénéficiant d'un soutien émotionnel stable sont moins sujettes à l'anxiété et à la dépression, et vivent des transformations psychologiques plus intégrées (Evertz et al., 2021, pp. 149–150).

3.11-Le vécu psychologique de la femme durant les trois trimestres de la grossesse:

La grossesse représente une véritable crise évolutive psychique chez la femme, marquée par des bouleversements émotionnels, identitaires et corporels qui varient selon les trimestres.

Premier trimestre : entre incrédulité et ambivalence

Durant les premières semaines, la femme peut éprouver un sentiment d'irréalité, voire une incrédulité face à la confirmation de la grossesse. Ce trimestre est souvent traversé par des sentiments ambivalents mêlant joie, angoisse, culpabilité et doute. L'expérience est intensément introspective : la fatigue et les premiers malaises ramènent la femme vers son monde intérieur, ce qui fait émerger des réminiscences infantiles et des fantasmes inconscients. Le lien à la féminité est également revisité à travers l'expérience corporelle de la gestation. L'échographie du premier trimestre agit comme une confrontation concrète avec la matérialité du fœtus, suscitant parfois une prise de conscience brutale de la réalité de la grossesse (Alvarez & Cayol, 2015, pp. 201–210)

Deuxième trimestre : entre épanouissement et ambivalence persistante

Ce trimestre marque l'entrée dans une phase plus visible de la grossesse. Le corps change davantage, les mouvements du bébé deviennent perceptibles, ce qui intensifie le lien émotionnel avec lui. Cependant, cette matérialisation du fœtus peut aussi être source d'angoisse corporelle : pour certaines femmes, elle confronte à des sentiments de perte de contrôle sur leur corps, voire de morcellement corporel. L'échographie morphologique,

moment clef de ce trimestre, impose une identification sexuée à l'enfant et peut ainsi bouleverser les représentations parentales fantasmées. Sur le plan professionnel, le stress, le surmenage ou encore les jugements de l'entourage peuvent accentuer les tensions psychiques de la femme enceinte. Le manque d'anticipation et de soutien peut favoriser un terrain vulnérable pour les troubles psychiques ultérieurs (Alvarez & Cayol, 2015, pp. 211–225)

Troisième trimestre : préparation psychique à la naissance

À l'approche de l'accouchement, les modifications corporelles s'intensifient, accentuant parfois un sentiment de dépossession du corps. Ce trimestre est dominé par l'anticipation de la naissance et de la rencontre avec l'enfant, souvent vécue comme une période de tension émotionnelle croissante, marquée par l'angoisse de l'inconnu, la peur de l'accouchement et des doutes sur la parentalité à venir. L'image corporelle est mise à rude épreuve, surtout chez celles ayant une représentation de soi fragile. L'ambivalence se manifeste à travers des sentiments contradictoires envers la grossesse, le bébé et le rôle de future mère. La préoccupation maternelle primaire commence à s'installer, préparant psychiquement à l'accueil du nouveau-né (Alvarez & Cayol, 2015, pp. 227–241)

3.12-L'adaptation psychosociale à la grossesse : cadre conceptuel et application de terrain:

La grossesse ne constitue pas uniquement un phénomène biologique ; elle engage également des processus psychiques, affectifs et relationnels complexes. L'adaptation psychosociale à la grossesse désigne ainsi l'ensemble des ajustements que la femme opère face aux transformations corporelles, à l'émergence du rôle maternel, ainsi qu'aux nouvelles dynamiques familiales et sociales qui s'annoncent. Pour aborder cette réalité multidimensionnelle, je me suis appuyée sur le cadre théorique proposé par Regina P. Lederman et Karen L. Weis dans leur ouvrage intitulé *Psychosocial Adaptation to Pregnancy: Seven Dimensions of Maternal Development* (2020). Ce modèle constitue une référence incontournable dans la compréhension du vécu psychologique de la femme enceinte.

C'est dans cette optique que j'ai structuré mon travail de terrain, mené au cours de mon stage, en intégrant les sept dimensions d'adaptation psychosociale identifiées par les autrices. Ces dimensions ont servi de base à la construction de mon outil principal d'enquête — un questionnaire — et ont orienté mes entretiens qualitatifs auprès de femmes enceintes. Chaque dimension a permis de cerner une facette spécifique du vécu maternel, contribuant ainsi à une analyse fine de l'expérience subjective de la grossesse.

a) L'acceptation de la grossesse

L'acceptation de la grossesse constitue l'une des dimensions centrales de l'adaptation psychosociale prénatale. Elle renvoie à la capacité de la femme enceinte à intégrer l'état de grossesse dans son vécu psychologique, corporel et identitaire. Cette acceptation influence la préparation à la maternité, la santé mentale, ainsi que les résultats obstétricaux.

Dans les premiers chapitres, il est souligné que la planification et le désir de grossesse sont des facteurs déterminants dans l'acceptation (pp. 53-54). Si certaines femmes déclarent une grande joie à la confirmation de leur grossesse, d'autres, notamment celles approchant la trentaine, manifestent une volonté intense d'avoir un enfant par peur de dépasser l'âge optimal pour la maternité. Cependant, une grossesse planifiée ne garantit pas toujours un réel désir de maternité, ce qui peut affecter la qualité de l'adaptation psychologique.

La relation entre bonheur et dépression pendant la grossesse est également discutée (pp. 54–59). Les femmes ayant accepté leur grossesse expriment souvent un sentiment de bien-être, malgré les inconforts physiques. À l'inverse, celles qui ressentent de la culpabilité, un isolement social ou une perte de statut personnel peuvent vivre des états dépressifs plus marqués, surtout au troisième trimestre.

Le vécu corporel représente un autre enjeu majeur. Les transformations physiques peuvent générer des sentiments de dévalorisation, en particulier chez les femmes avec une faible estime de soi (pp. 61–63). Certaines femmes développent une image corporelle négative, perçue comme un frein à l'attachement maternel. Toutefois, une perception positive du corps contribue à réduire les symptômes dépressifs.

Un aspect fondamental de l'acceptation est l'ambivalence (pp. 63–67). Même chez les femmes qui ont souhaité la grossesse, une ambivalence peut persister, traduisant les conflits liés aux responsabilités futures ou aux changements de mode de vie. Si elle persiste intensément au troisième trimestre, cette ambivalence peut signaler des conflits non résolus, susceptibles de compromettre l'attachement mère-enfant ou d'annoncer des troubles postnataux.

Enfin, la synthèse du chapitre indique que l'acceptation de la grossesse est généralement corrélée à des sentiments positifs, une tolérance aux inconforts physiques, une humeur stable et une confiance en soi (p. 67). À l'inverse, une faible acceptation est souvent liée à des grossesses non planifiées, à des conflits, à de l'ambivalence, à des symptômes dépressifs et à des difficultés dans l'identification au rôle maternel.

b) Identification au rôle maternel :

Le processus d'identification au rôle maternel constitue une transformation psychologique majeure pendant la grossesse. Ce passage de la femme sans enfant à celle qui se projette en tant que mère implique une réorganisation progressive de l'identité. Il s'agit d'une « transition développementale », marquée par un éloignement du soi individuel vers un soi fusionné avec l'enfant à venir, puis vers la reconnaissance de l'individualité du bébé (Lederman & Weis, 2020, p. 73).

1. Motivation pour la maternité

La motivation d'une femme à endosser le rôle maternel varie selon son histoire de vie, ses représentations culturelles, et ses désirs personnels. Les conflits internes, comme une motivation ambiguë ou conflictuelle à devenir mère, peuvent entraîner des complications psychologiques et physiques durant la grossesse, l'accouchement, et le post-partum (p. 74–75). Les motivations peuvent inclure le désir d'accomplissement féminin, la volonté de transmettre une expérience familiale heureuse, ou encore la peur de perdre sa liberté (p. 75).

2. Préparation au rôle maternel

L'identification avec le rôle de mère nécessite une phase de préparation psychologique. Cela inclut la projection de soi en tant que mère, l'anticipation des changements de vie, et la définition des qualités souhaitées dans ce nouveau rôle (p. 77–83). Les femmes qui ont eu des modèles maternels positifs dans leur enfance développent plus facilement une vision concrète et stable de la maternité. À l'inverse, l'absence de modèle ou des expériences maternelles négatives engendrent des craintes et des résistances (p. 93).

3. Résolution de conflits

La progression dans l'identification au rôle maternel peut être freinée par des conflits non résolus liés à la grossesse ou à l'image de la maternité. Cela se manifeste par des pensées hostiles envers le fœtus, un manque de projection dans le rôle de mère, ou une anticipation négative du lien mère-enfant (p. 93–94).

4. Attachement materno-fœtal

Un indicateur clé du développement de l'identité maternelle est l'attachement au fœtus. Celui-ci se manifeste à travers des comportements tels que parler au bébé, le caresser à travers le ventre, ou lui donner un prénom affectueux. Ces comportements prédisent l'adaptation postnatale et renforcent le sentiment de compétence maternelle (p. 96–97).

5. Processus développemental

L'identification avec le rôle maternel est un processus dynamique, souvent décrit comme « deux pas en avant, un pas en arrière ». Les sentiments d'ambivalence, d'incertitude, ou même de rejet sont normaux et s'atténuent avec le temps à mesure que la femme intègre son nouveau rôle (p. 99–100). Cette évolution dépend également de facteurs contextuels comme la présence d'un conjoint soutenant ou de réseaux sociaux favorables.

6. Résistance au rôle maternel

Certaines femmes rencontrent des difficultés à adopter le rôle maternel, en raison de conflits de rôle (carrière/maternité), d'une faible estime de soi, ou d'un narcissisme élevé. Elles peuvent ressentir de l'hostilité envers l'enfant à naître ou redouter la perte de liberté, ce qui entrave l'adaptation (p. 100–101).

7. Élaboration d'une philosophie de la maternité

La formulation d'une philosophie personnelle sur ce que signifie être mère marque une avancée importante dans le processus d'identification. Toutefois, elle doit être suivie par des actions concrètes, telles que s'imaginer avec son enfant, se préparer mentalement aux soins, et chercher à développer des qualités spécifiques telles que la patience, l'écoute et l'amour (p. 100–101).

c) La relation avec la mère durant la grossesse

La relation de la femme enceinte avec sa propre mère constitue une dimension centrale dans l'adaptation psychosociale à la grossesse. Ce lien intergénérationnel joue un rôle fondamental dans la manière dont la future mère s'approprie son rôle maternel, gère ses conflits internes et anticipe les défis de la maternité.

La grossesse représente un moment unique dans lequel la femme incarne symboliquement trois générations : sa propre mère, elle-même et son enfant à naître. Cette période offre une opportunité de redéfinir ou de réconcilier la relation mère-fille. Des études ont montré que la qualité de cette relation prédit non seulement l'adaptation psychologique à la grossesse, mais influence aussi des indicateurs physiologiques comme le progrès du travail lors de l'accouchement

Quatre dimensions fondamentales ont été identifiées dans l'évaluation de cette relation :

- La disponibilité émotionnelle de la mère, passée et présente, influence la perception

qu'a la femme enceinte de sa propre capacité à devenir mère (pp. 106-108).

-Les réactions de la mère à la grossesse, en particulier l'acceptation du futur petit-enfant et la reconnaissance de sa fille en tant que future mère, renforcent l'identité maternelle de la femme enceinte (p. 106).

-Le respect de l'autonomie de la fille par la mère, c'est-à-dire traiter la fille comme une adulte, renforce l'assurance et la maturité de la future mère (pp. 106-107).

-La capacité de la mère à partager ses propres souvenirs de grossesse et de maternité, ce qui favorise un sentiment de continuité générationnelle (p. 107).

L'adaptation positive dépend aussi de la capacité de la future mère à faire preuve d'empathie envers les expériences parentales de sa propre mère, y compris les difficultés qu'elle a pu rencontrer dans son passage au rôle de grand-mère

Les recherches indiquent également que même si la mère a été absente émotionnellement pendant l'enfance, sa disponibilité pendant la grossesse peut améliorer la relation et contribuer au développement du rôle maternel de la fille

. Toutefois, des relations conflictuelles ou critiques peuvent engendrer de l'ambivalence, du stress et une faible identification au rôle maternel. Dans de tels cas, la femme enceinte peut tenter une réconciliation ou chercher une figure maternelle de substitution, bien que cette dernière option soit moins bénéfique en termes de développement de soi et de sécurité affective (pp. 117-120)

Il apparaît que la capacité à comprendre, tolérer ou réinterpréter les comportements de sa propre mère est facilitée par l'entrée dans la maternité. Les femmes, notamment les multigravides, tendent à faire preuve de plus de tolérance et d'empathie envers leurs mères, ce qui participe à une meilleure intégration du rôle maternel (pp. 274-275)

Enfin, les résultats montrent que la relation avec la mère est corrélée avec la confiance dans le rôle maternel, la satisfaction postnatale, et même la durée du travail lors de l'accouchement. Ce lien reste relativement stable durant les trois trimestres de la grossesse, bien que sa qualité puisse être modifiée par des interventions ciblées en soins prénataux (p. 120)

- **La relation avec le mari ou le partenaire pendant la grossesse:**

La relation conjugale constitue l'un des facteurs les plus déterminants dans l'adaptation psychosociale de la femme enceinte. Selon Lederman et Weis (2020), cette

relation influence directement la qualité du vécu de la grossesse, l'engagement dans les soins prénataux et la santé psychique de la future mère. Une relation de soutien mutuel, marquée par la confiance, la communication et l'implication affective, tend à réduire l'anxiété prénatale, améliorer la préparation à l'accouchement, et favoriser un meilleur ajustement postnatal (p. 124–125).

Une distinction essentielle est faite entre interdépendance et dépendance excessive dans la dynamique conjugale. L'interdépendance, définie comme une interaction équilibrée entre deux individus autonomes, facilite un climat de soutien mutuel bénéfique pour l'adaptation à la maternité. À l'inverse, une dépendance excessive, souvent liée à une faible estime de soi et à une autonomie réduite, est corrélée à des comportements d'attachement évitant ou anxieux chez les femmes enceintes, ce qui nuit à la qualité de la relation de couple et à leur bien-être émotionnel (p. 126–127).

Les chercheurs identifient quatre domaines d'analyse de la relation conjugale pendant la grossesse :

- (1) l'attention du mari aux besoins de sa femme enceinte (empathie, coopération, disponibilité, fiabilité),
- (2) l'attention de la femme aux besoins de son mari,
- (3) l'effet de la grossesse sur la proximité ou les conflits conjugaux, et
- (4) l'ajustement du mari à son futur rôle de père (p. 127).

Les résultats de plusieurs études révèlent que la qualité de la relation avec le partenaire est un prédicteur significatif du moment de la première consultation prénatale et de la durée de la gestation. Un mauvais climat conjugal est associé à une admission plus précoce en salle de travail, à l'administration de sédatifs pour calmer l'anxiété, ainsi qu'à une durée prolongée du travail (p. 124–125).

La grossesse agit souvent comme un révélateur des fragilités relationnelles, amplifiant les tensions déjà existantes. Dans certains cas, elle peut renforcer les liens conjugaux, particulièrement lorsque le partenaire s'implique activement. Cependant, elle peut également exacerber les conflits non résolus, générant de l'anxiété, des comportements d'évitement ou un désengagement émotionnel (p. 145–147).

De plus, l'identification du mari à son rôle paternel est essentielle. Les pères qui s'investissent dans l'expérience prénatale, participent aux cours de préparation à la naissance

et expriment de la fierté à devenir père tendent à développer une meilleure relation parentale après la naissance. À l'inverse, ceux qui manifestent de la réticence, de l'ambivalence ou de l'anxiété face aux responsabilités paternelles risquent d'adopter des comportements distants, voire de retrait (p. 150–151).

Enfin, la qualité du soutien perçu par la femme de la part de son partenaire est fortement liée à la réduction des symptômes dépressifs prénataux et postnataux. Une relation conjugale harmonieuse agit comme facteur protecteur contre les effets délétères du stress, tandis qu'une relation conflictuelle constitue un facteur de risque de dépression post-partum et de troubles du lien mère-enfant (p. 146–147, 157).

3.13-La phénoménologie de la grossesse :

Phénoménologie de la grossesse : une transformation existentielle incarnée

La grossesse, loin d'être un simple phénomène biologique, constitue un événement existentiel total, marquant une profonde transformation de l'identité, de la temporalité vécue et du rapport au corps. Dans son ouvrage, Susi Ferrarello (2024) développe une lecture phénoménologique de cette expérience, en mobilisant la philosophie du care, la phénoménologie husserlienne, la psychologie existentielle et des récits de femmes. Elle y analyse la grossesse comme un moment de fragmentation, de réappropriation de soi et de recomposition intersubjective, dépassant les cadres cliniques ou socioculturels habituels.

Dès les premiers instants, la grossesse modifie le rapport que la femme entretient avec son corps vécu (Leib) et son corps objectivé (Körper). Ferrarello évoque le vécu de dépersonnalisation et d'aliénation corporelle ressenti par certaines femmes durant le premier trimestre, en particulier en raison du silence social entourant cette période dite « invisible », mais déjà transformatrice. Ces expériences peuvent engendrer une perte de vitalité, une désincarnation temporaire, et même des états dépressifs précoces si elles ne sont pas reconnues (Ferrarello, 2024, pp. 36–50).

La grossesse est également traversée par une forme de double intentionnalité : la femme perçoit à la fois son propre corps et celui de l'enfant comme étant siens, mais aussi autres. Ce « vivre en deux » crée un nouveau mode d'être-au-monde, marqué par l'émergence d'une intersubjectivité incarnée (embodied intersubjectivity) : un dialogue muet mais

sensoriel entre la mère et l'enfant, où s'articulent empathie, anticipation et réceptivité (pp. 98–101).

Ferrarello souligne que cette transformation s'opère dans un contexte où les normes sociales et médicales tendent à objectiver la grossesse, à la dépouiller de son caractère subjectif. Le corps de la femme enceinte devient alors un terrain de surveillance médicale, morale et symbolique, contribuant parfois à renforcer le sentiment d'étrangeté à soi (pp. 61–66). Cette tension peut être apaisée par un travail de présence à soi, notamment par des pratiques de pleine conscience et de narration personnelle.

Un aspect fondamental de cette phénoménologie est la reconstruction identitaire. La grossesse met en crise les repères antérieurs et oblige la femme à se redéfinir dans un rôle qu'elle n'a jamais incarné, parfois au détriment de ses anciennes appartenances (professionnelles, sociales, amicales). Ferrarello évoque ce phénomène comme une forme de mort symbolique suivie d'une renaissance subjective, où certaines femmes disent « ne plus se reconnaître » ou même « se sentir absentes d'elles-mêmes » (pp. 3–5 ; 74–84).

Enfin, la grossesse est présentée comme une expérience de vulnérabilité créatrice, où la perte de repères peut ouvrir sur de nouvelles ressources existentielles. Dans les récits recueillis par l'auteure, nombreuses sont les femmes qui expriment, malgré les difficultés, un accès nouveau à leur monde intérieur, une intuition renouvelée de leur puissance et une reconnexion à une forme de savoir corporel ancestral (pp. 6–12 ; 130–140).

Synthèse :

psychologique et physiologique de la grossesse

Dans mon travail, j'ai voulu montrer que la grossesse n'est pas uniquement une transformation du corps, mais qu'elle touche aussi profondément le psychisme de la femme. Sur le plan physiologique, la grossesse s'accompagne de changements visibles : prise de poids, modifications hormonales, fatigue, douleurs, mais aussi une préparation naturelle du corps à l'accueil du bébé.

Sur le plan psychologique, cette période peut réveiller des émotions fortes, des souvenirs, parfois même des tensions anciennes. La femme se projette dans un nouveau rôle, celui de mère, et cela peut faire remonter des questions personnelles, des inquiétudes ou des blocages. Elle devient plus sensible, plus à l'écoute d'elle-même, parfois plus fragile, mais aussi plus ouverte à l'autre, au bébé à venir.

C'est cette double transformation, du corps et de l'esprit, que j'ai essayé de mettre en lumière à travers les entretiens, en respectant le vécu propre à chaque femme.

Partie pratique

Chapitre 4 :

Méthodologie de

recherche

Préambule

Toute recherche sérieuse repose sur une méthode claire, capable de lui donner une direction et de structurer chaque étape. Dans mon travail, j'ai choisi de m'appuyer sur une approche à la fois descriptive et interprétative, en adoptant la méthode de l'étude de cas. Ce choix m'a permis d'entrer en contact avec la réalité du terrain, en rencontrant des femmes enceintes dans des situations concrètes.

Pour cela, j'ai utilisé des entretiens semi-directifs ainsi qu'un questionnaire que j'ai moi-même conçu, en m'inspirant de réflexions issues des travaux de Lederman et Weis, datant de 2021. Ces outils m'ont aidé à mieux comprendre ce que vivent ces femmes, en prenant en compte leur parole et leur ressenti.

4.1-La pré-enquête

Au départ, vouloir travailler sur la grossesse en tant qu'homme, dans le contexte social et culturel qui est le mien, n'allait pas de soi. Bien que je sois dans une posture de psychologue, j'ai ressenti au début une certaine réticence, une impression que ce sujet, entre mes mains, pouvait paraître déplacé ou mal perçu. J'avais pourtant une vraie volonté d'explorer cette thématique, de la comprendre de l'intérieur, mais la démarche n'a pas été simple.

J'ai d'abord essayé de m'orienter vers une maternité, pensant que c'était l'endroit le plus évident pour observer, écouter, et poser des questions autour de cette période si particulière de la vie d'une femme. Mais très vite, je me suis retrouvé face à un refus. Peut-être que je n'ai pas su convaincre les responsables, peut-être que le fait d'être un homme jouait contre moi, ou que le sujet semblait trop sensible dans ce cadre. Quoi qu'il en soit, il m'a fallu chercher ailleurs.

Le démarrage de cette recherche s'inscrit dans un contexte où la position de chercheur masculin interrogeant la grossesse pose une tension à la fois culturelle et institutionnelle. Gagnon (2011) insiste sur l'importance de la négociation de l'accès au terrain dans ce type d'étude de cas, en particulier dans les milieux où des enjeux de genre peuvent influencer l'accueil du chercheur (p. 95).

J'ai alors pris contact avec plusieurs lieux en lien avec la gynécologie, la grossesse, et l'accompagnement de la naissance. C'est finalement à Elkseur que j'ai pu trouver une ouverture : un cabinet de gynécologie et d'obstétrique dirigé par Mme Barris. Je suis allé la

rencontrer, avec l'envie d'expliquer ma démarche, mon projet de fin d'études, centré sur la femme enceinte et sur la manière dont elle vit sa grossesse, à travers des points bien précis que j'avais préparés dans un questionnaire.

Mon souhait était aussi de créer un lien entre deux approches : celle du psychologue et celle de la gynécologue, en espérant que cette mise en relation fasse émerger des éclairages plus riches, plus profonds. Mme Barris s'est montrée à l'écoute et a accepté de m'accompagner dans ce projet. Elle m'a posé une question essentielle : comment allais-je choisir les cas à rencontrer ? Je lui ai simplement répondu que je comptais m'appuyer sur la disponibilité des femmes enceintes venant pour leurs consultations.

Elle m'a alors précisé que, dans son cabinet, ces femmes consultent en général à un rythme trimestriel. Elle m'a donc autorisé à être présent pendant certaines de ces consultations, à mener des entretiens libres avec les femmes qui accepteraient de participer, et à observer tout en respectant la confidentialité et l'intimité de chacune.

C'est ainsi que la pré-enquête a pu commencer, dans un cadre restreint mais humainement très riche.

4.2-Méthode de recherche

Dans le cadre de ce travail, la méthode qui m'a semblé la plus juste et la plus adaptée est celle de l'approche descriptive et interprétative. Ce choix s'est imposé naturellement, car il me permettait de me confronter directement au terrain, à des situations humaines réelles, sans chercher à enfermer les données dans des catégories rigides.

Je me suis trouvé face à un environnement que je ne connaissais pas de l'intérieur, un champ d'étude rarement exploré en profondeur par des psychologues, du moins dans le contexte qui est le mien. Bien sûr, certains aspects liés à la grossesse sont connus et parfois abordés, mais le croisement des disciplines, le chevauchement entre les sphères médicale, psychologique et sociale, reste souvent à la marge des investigations habituelles.

Ce que j'ai tenté ici, c'est d'entrer dans cet espace un peu flou, où les repères sont encore à construire, où la parole de la femme enceinte, dans toute sa complexité, est au centre. Ce n'est pas une démarche répandue, et c'est justement cela qui m'a motivé : aller dans un champ peu fréquenté, encore vaste, encore ouvert, et essayer d'y poser un regard, d'y tracer un chemin, à ma mesure.

4.2.1-Approche méthodologique adoptée

La méthode descriptive-interprétative que j'ai choisie s'est imposée à moi à la suite d'une lecture approfondie du manuel intitulé Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé, dirigé par Marc Corbière et Nadine La rivière. Un chapitre en particulier y est consacré à cette méthode, en insistant sur sa finalité, sa souplesse d'application et la liberté qu'elle offre au chercheur pour aller au plus près de la description et de l'interprétation d'un phénomène humain, à travers l'observation directe et le recueil du vécu.

Dans mon cas, le phénomène exploré est celui de la grossesse, dans ce qu'elle implique et transforme dans la vie d'une femme. Ma démarche a d'abord été guidée par la lecture, par une plongée dans de nombreux ouvrages et études en lien direct ou indirect avec cette période si particulière. J'ai pris le soin d'examiner des points de vue variés — psychanalytiques, psycho dynamiques, cognitifs, comportementalistes, neuroscientifiques, voire physicalistes — afin de croiser les regards et d'enrichir ma propre compréhension du sujet.

J'ai également éprouvé le besoin de m'initier, même de manière rudimentaire, à certains aspects de la gynécologie, pour ne pas me contenter d'une lecture strictement psychologique, mais pour inscrire ma démarche dans une approche globale, au plus proche de la réalité vécue par les femmes.

Au fil de ces lectures, un ouvrage a particulièrement retenu mon attention : celui de Lederman et Weiss, qui traite de l'adaptation psychosociale à la grossesse. Cet ouvrage a constitué pour moi une référence de base. Il y est question de dimensions précises permettant d'observer, de comprendre et d'interroger l'expérience de la grossesse à travers des prismes bien définis. Ces dimensions, je les ai réinterprétées à ma manière, en les reformulant dans un questionnaire conçu par moi-même. Ce travail d'adaptation m'a également permis de construire un guide d'entretien semi-directif, que j'ai utilisé tout au long de mon enquête de terrain.

Ce choix méthodologique m'a permis de me détacher de toute grille de codage rigide, et d'éviter une cotation chiffrée des réponses. Il s'agissait avant tout, pour moi, de considérer la parole de chaque femme comme une réalité singulière, une donnée vivante, précieuse, qu'il ne fallait pas enfermer dans des catégories préfabriquées. Ma démarche s'est donc construite dans une écoute ouverte, attentive à la subjectivité de chaque participante, et en dialogue

constant avec les repères proposés par Lederman et Weis, que j'ai utilisés comme miroir de réflexion, sans jamais en faire un carcan.

4.2.2-L'étude de cas comme appui de la méthode descriptive:

L'étude de cas, en tant que forme de recherche qualitative, permet de saisir la complexité des phénomènes humains dans leur contexte (Yin, 2018). Gagnon (2011) décrit l'étude de cas comme un outil de choix pour explorer les dynamiques individuelles de manière conceptualisée et approfondie (p.102). Dans cette recherche, elle est combinée à une démarche interprétative, ce qui permet de mettre

Dans le cadre de cette recherche, l'étude de cas s'est imposée comme un prolongement naturel de la méthode descriptive-interprétative que j'ai adoptée. Cette approche, largement utilisée dans la pratique clinique, permet une analyse en profondeur, au plus près de la singularité des situations. Elle autorise une observation fine, presque « sur mesure », de ce que vit une personne dans un moment de transformation psychique aussi particulier que celui de la grossesse.

Dans le thème que j'ai choisi d'explorer, chaque cas représente une histoire vivante, une trajectoire unique, traversée par des éléments personnels, sociaux, biologiques, émotionnels... Loin de toute généralisation, la grossesse apparaît ici comme une expérience phénoménale, au sens où elle est vécue, interprétée, intégrée différemment par chaque femme. Même si deux femmes sont enceintes au même moment, leurs vécus ne seront jamais identiques. Il ne peut y avoir de duplication d'expérience : ce qui se joue dans l'intimité du corps, dans le psychisme, dans le rapport à soi, à l'enfant, au monde, est profondément subjectif et singulier.

L'étude de cas me permet donc d'entrer dans cette épaisseur du vécu, dans cette subjectivité mouvante, en donnant toute sa place à ce qui se dit, à ce qui se ressent, mais aussi à ce qui se perçoit sans être dit. Car parfois, l'observation silencieuse d'une attitude, d'un geste, d'un regard en dit long sur ce que vit la femme enceinte. C'est cela aussi, pour moi, la méthode descriptive : une attention globale à la personne, une capacité à accueillir la complexité de son expérience sans vouloir la réduire.

Enfin, chaque femme rencontrée dans ce travail réagit à sa grossesse selon des facteurs multiples : génétiques, biologiques, physiques, mais aussi en fonction de son environnement social, culturel, familial. Ces différents éléments façonnent un contexte, un cadre de vie à l'intérieur duquel l'expérience de la grossesse prend sens. L'étude de cas permet justement de

mettre en lumière cette interaction dynamique entre l'individu et son contexte, et de comprendre comment chacun compose avec ce qui lui est propre.

C'est donc à travers cette méthode que j'ai tenté de respecter la profondeur du vécu, de faire place à l'humain, dans ce qu'il a de plus intime et de plus complexe.

4.3-Présentation du lieu de recherche

Le terrain de ma recherche est un cabinet privé de gynécologie-obstétrique, dirigé par Mme Baris, situé dans la commune d'EL KSEUR . Ce cabinet, qui semble avoir été aménagé à partir d'un ancien appartement, offre un cadre intimiste, à taille humaine. L'espace a été réorganisé pour répondre aux besoins des patientes tout en conservant une atmosphère discrète et accueillante.

Le lieu comprend deux salles d'attente, l'une destinée aux hommes, l'autre exclusivement réservée aux femmes. Une autre pièce est affectée au travail de l'assistante médicale, qui y effectue les premières étapes de la consultation : la prise de poids, la mesure de la tension artérielle, ainsi que la remise et la gestion des documents médicaux liés aux patientes.

C'est justement dans cette pièce, celle de l'assistante, que j'ai été autorisé à m'installer pendant la durée de l'enquête. Cet espace m'a été confié et j'y ai travaillé en toute liberté. Les femmes qui acceptaient de me rencontrer y entraient dans un climat calme, sans intrusion extérieure. Elles savaient qu'elles ne seraient entendues par personne d'autre que moi, ce qui favorisait un échange libre, souvent spontané. Dans cette atmosphère de confidentialité, j'ai pu instaurer un climat psychologique de sérénité, propice au dialogue. Mon objectif était de faire en sorte que la parole circule sans contrainte, dans un cadre respectueux, centré sur leur vécu et leur ressenti.

Le mode opératoire s'est organisé de manière claire et respectueuse du rythme des patientes : chaque femme passait d'abord par sa consultation avec la gynécologue. Ensuite, si elle se sentait disponible et volontaire, elle me consacrait un moment. Ce temps me permettait de reprendre avec elle certains éléments de sa consultation, mais aussi d'aborder de manière plus large ce qu'elle vivait dans sa grossesse, ses ressentis, ses changements, et ce que cela évoquait pour elle à ce moment de sa vie.

Tableau des caractéristiques du groupe de recherche

| Nom de la participante (anonymisé) | Âge de la participante | Commune de résidence | Nombre total de grossesses | Nombre de fausses couches antérieures | Niveau d'instruction atteint | Situation socio-économique actuelle | Mois de grossesse | Antécédents médicaux connus |
|------------------------------------|------------------------|----------------------|----------------------------|---------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------|-----------------------------|
| Mme Houda | 30 ans | El Kseur | 3 | 0 | Niveau moyen | Moyenne | 1 mois | Aucun |
| Mme Anissa | 32 ans | El Kseur | 2 | 0 | Universitaire | Moyenne à bonne | 8 mois | Aucun |
| Mme Karima | 31 ans | El Kseur | 3 | 1 | Universitaire | Moyenne à bonne | 9 mois | Maladie rénale héréditaire |
| Mme Hayet | 39 ans | Hors El Kseur | 3 | 1 | Universitaire | Moyenne à bonne | 8 mois | Aucun |

Les critères d'homogénéités retenus :

- expérience de grossesse et la tranche d'âge en 30 et 39 ans
- La situation économique et présence d'un niveau d'instruction

Les critères d'hétérogénéité retenus :

- Commune de résidence et Antécédents médicaux connus
- Expérience de fausses couches antérieures et Mois de grossesse

4.4-Présentation des participantes

Pour cette recherche, j'ai choisi de travailler avec un petit groupe composé de quatre femmes enceintes, âgées de 30 à 39 ans. Toutes résident dans la région de Béjaïa, et plus précisément dans la commune d'EL KSEUR, à l'exception d'une seule participante qui vit en dehors de cette zone. Ces femmes sont des patientes régulières du cabinet de gynécologie dans lequel j'ai été accueilli.

Un élément marquant qui réunit ces quatre cas est le fait que toutes ont déjà connu une ou plusieurs grossesses. Certaines ont même traversé l'épreuve d'une fausse couche, ce qui donne à leur récit une dimension particulière, faite à la fois de prudence, d'expérience, et parfois d'angoisse mêlée à l'espoir.

Sur le plan socio-économique, elles viennent d'un milieu plutôt stable, que l'on pourrait qualifier de moyen à bon. Trois d'entre elles ont fait des études universitaires, tandis

qu'une seule possède un niveau d'instruction inférieur. Concernant les antécédents médicaux, ils sont globalement rares, sauf pour une des participantes qui présente un suivi un peu plus spécifique.

Ce qui rend cet échantillon particulièrement intéressant à mes yeux, c'est la diversité des vécus. Ce sont quatre femmes, quatre histoires, avec des points communs qui les relient, mais aussi des différences nettes qui enrichissent la lecture des entretiens. Cette variabilité dans leur manière de vivre la grossesse m'a profondément interpellé. Elle m'a permis de mesurer à quel point la grossesse peut prendre des formes multiples, tant sur le plan émotionnel que symbolique, même chez des femmes ayant des parcours parfois comparables.

C'est justement cette pluralité d'expériences, cette richesse humaine, qui m'a donné envie d'approfondir encore davantage ma démarche. Cela m'a conforté dans l'idée que la grossesse, loin d'être un vécu uniforme, est au contraire un phénomène vivant, subjectif et changeant, à explorer dans toute sa complexité.

4.5-Les outils de recherche utilisés

L'entretien semi-directif est un outil adapté à la recherche clinique. Comme l'explique Blanchet et Gotman (2007), il permet d'organiser la parole tout en laissant émerger les éléments subjectifs pertinents pour la compréhension du vécu (p. 63). Le questionnaire utilisé a été conçu sur la base des dimensions théorisées par Lederman et Weiss (2021), en tenant compte de la réalité du terrain et des contraintes cliniques.

Pour mener à bien cette recherche, j'ai eu recours à plusieurs outils, choisis pour leur pertinence en lien avec ma posture clinique et avec l'objectif de capter au plus près le vécu subjectif des femmes rencontrées. Parmi ces outils, celui qui a occupé une place centrale est l'entretien clinique, et plus spécifiquement l'entretien semi-directif, parfois appelé interview semi-libre.

Ce type d'entretien m'a permis de créer un cadre souple, ouvert, mais structuré, dans lequel la patiente pouvait s'exprimer avec liberté, sans se sentir interrogée dans une logique de diagnostic ou de recherche d'une quelconque pathologie. Mon intention était de m'éloigner d'une approche pathologisante, pour favoriser une forme d'échange naturel, plus proche de la parole ordinaire, mais guidée par un canevas réfléchi.

L'idée était de permettre à chaque femme rencontrée de parler d'elle, de sa grossesse, de ses ressentis, dans un espace décontracté, sécurisant, où elle ne se sentirait ni jugée ni

analysée. Ce dispositif m'a aidé à recueillir des éléments riches, parfois inattendus, souvent très personnels, que seul un cadre d'écoute authentique pouvait faire émerger.

Le guide d'entretien que j'ai construit repose sur deux influences principales. D'un côté, les conseils pratiques et cliniques de ma maître de stage, gynécologue, qui m'a éclairé sur la manière d'aborder certaines dimensions sensibles du vécu obstétrical. De l'autre, mes lectures méthodologiques, tirées de manuels spécialisés dans la conduite d'entretien en recherche qualitative. Ces lectures m'ont permis de structurer les axes de l'entretien, sans pour autant figer la parole.

Ce guide d'entretien, que je vais présenter dans ce qui suit, a donc été pensé comme un fil conducteur, et non comme une grille rigide. Il m'a permis de rester à l'écoute de ce qui se dit, mais aussi de ce qui émerge entre les mots : les silences, les hésitations, les émotions discrètes. C'est dans cette finesse-là que se loge, selon moi, la véritable richesse de l'entretien clinique.

4.5.1-Présentation synthétique du guide d'entretien

Le guide d'entretien que j'ai construit repose sur une structure simple et organisée. Il débute par une série de données personnelles permettant de situer chaque participante dans son contexte global : âge, profession, niveau d'instruction, situation matrimoniale, antécédents médicaux ou psychologiques, âge du conjoint, et composition familiale.

Ensuite, l'entretien se divise en cinq axes principaux, chacun abordant un aspect essentiel du vécu de la grossesse :

- La grossesse en général

Cette première partie aborde les éléments factuels liés à la grossesse : nombre de grossesses précédentes, mois actuel, suivi gynécologique, alimentation, état de santé, perception des changements corporels et attentes vis-à-vis du bébé.

- L'aspect psychologique

On y explore les ressentis intérieurs : émotions, réactions face au sexe du bébé, changements d'humeur, capacité d'adaptation, et place du psychisme dans le vécu de la grossesse. Il s'agit ici de comprendre ce que cette période vient toucher en profondeur chez la femme.

- La dimension affective et relationnelle

Ce volet s'intéresse aux liens avec l'entourage : conjoint, enfants, famille, belle-famille, personnes de confiance. L'accent est mis sur la qualité des relations, les soutiens disponibles et les échanges autour de la grossesse.

- Les aspects socio-économiques et professionnels

Ici sont abordées la situation financière, la vie professionnelle de la femme et celle de son conjoint, les réactions dans le cadre du travail, et les changements dans les habitudes de vie liés à la grossesse.

- Les pratiques quotidiennes liées à la grossesse

Enfin, cet axe traite de la manière dont la femme s'informe, s'organise, utilise ou non des outils numériques, fait du sport ou adapte son quotidien en fonction de sa grossesse.

Ce guide, sans être rigide, m'a permis de garder une cohérence dans les entretiens, tout en laissant la parole se déployer librement selon ce que chaque femme souhaitait partager.

4.5.2-Présentation du questionnaire à cinq dimensions

Les cinq dimensions explorées — acceptation de la grossesse, identification au rôle de mère, gestion des conflits, relation avec la mère, et relation avec le partenaire — sont directement inspirées du modèle d'adaptation psychosociale de la grossesse développé par Lederman et Weiss (2020). Selon eux, ces axes permettent une lecture globale du processus psychique à l'œuvre chez la femme enceinte (p.45).

Dans le prolongement du guide d'entretien clinique, j'ai élaboré un questionnaire spécifique, que j'ai nommé « questionnaire à cinq dimensions ». Il constitue l'un des outils principaux de mon investigation et m'a accompagné tout au long de mes rencontres avec les femmes en situation de grossesse.

Ce questionnaire comprend 26 questions ouvertes, réparties en cinq grandes dimensions, qui correspondent aux grands axes d'exploration de mon travail. Ces dimensions sont les suivantes :

- L'acceptation de la grossesse

Cette partie aborde les premières réactions de la femme face à la découverte de sa grossesse, les émotions ressenties, les ambivalences possibles, et la manière dont elle perçoit les changements corporels.

L'identification au rôle de mère

Il s'agit ici d'interroger la représentation que la femme se fait de la maternité, ses attentes, sa disponibilité psychique à accueillir l'enfant, et la place qu'elle se projette occuper dans ce nouveau rôle.

La résolution des conflits pendant la grossesse

Cette dimension permet d'aborder les tensions vécues, qu'elles soient personnelles, familiales ou professionnelles, et la manière dont la femme les gère ou y fait face. On y explore aussi les ressources internes ou relationnelles mobilisées.

La relation avec la mère

Ce volet se concentre sur le lien que la patiente entretient avec sa propre mère, sa disponibilité, la nature du soutien reçu, et les éventuelles transformations dans cette relation à l'occasion de la grossesse.

La relation avec le mari ou le partenaire

Ici, l'accent est mis sur la qualité de la relation conjugale ou de couple pendant cette période : réactions du partenaire, implication, communication, soutien émotionnel et présence dans le processus de grossesse.

Ce questionnaire a été conçu à partir du modèle développé par Lederman et Weiss, sur l'adaptation psychosociale à la grossesse. Ce cadre théorique m'a servi de référence centrale, à partir de laquelle j'ai développé mes propres formulations, en les adaptant au terrain et au contexte spécifique dans lequel j'ai mené mes entretiens.

Mon intention n'était pas de reproduire mécaniquement leur outil, mais de m'en inspirer comme d'une base structurante, que j'ai reformulée de manière évolutive, au fil de mes observations et de ma sensibilité de clinicien. À travers les réponses recueillies, je prévois de mettre en miroir les données de terrain avec celles issues des travaux de Lederman, dans une logique comparative qui donne de la cohérence et de la profondeur à ma recherche.

Ce travail d'adaptation m'a permis de rester proche des femmes que j'ai rencontrées, sans rigidité, en laissant toujours place à leur subjectivité, tout en gardant une structure solide pour analyser les réponses dans un cadre méthodologique clair.

4.6-Déroulement des entrevues

Les entrevues se sont déroulées dans un cadre confidentiel, à l'abri de toute pression, en accord avec les principes de l'entretien clinique. Corbière et La rivière (2014) insistent sur la nécessité de créer un espace sûr, propice à l'expression authentique, sans finalité thérapeutique mais avec une écoute engagée (p. 20)

Les entrevues se déroulaient généralement juste après la consultation médicale des patientes. À ce moment-là, elles disposaient d'un peu de temps libre, ce qui rendait possible un échange dans de bonnes conditions. La durée des rencontres variait selon les personnes et le flux de parole, allant de 20 à 50 minutes. Ce temps m'a permis d'aborder, avec souplesse et respect du rythme de chacune, l'ensemble des questions prévues dans le guide d'entretien et le questionnaire que j'avais élaboré.

Je veillais à ce que chaque patiente se sente libre de s'exprimer naturellement, sans pression, ni contrainte, ni attente particulière. Mon objectif était de construire, avec elle, un espace de parole où elle puisse se sentir écoutée, accueillie, en confiance. Parfois, il m'arrivait de relancer ou de reformuler, pour aider à clarifier une idée ou approfondir un point. D'autres fois, je choisisais de laisser les silences faire leur place, ou encore d'accompagner l'émergence d'une émotion plus intime, comme la tristesse, sans chercher à la contenir ou à la détourner.

Au fil des rencontres, aucune forme de résistance ou de gêne n'a été observée. Bien au contraire, les patientes ont montré une disponibilité réelle à s'impliquer dans l'échange, et une volonté sincère de partager leur expérience. Les quatre femmes rencontrées ont donc participé activement, chacune à sa manière, à ce travail d'écoute et de parole.

Un point important à souligner dans cette phase d'enquête est le constat d'une absence totale de suivi psychologique antérieur chez ces femmes. Aucune d'elles ne semblait avoir été confrontée à une situation nécessitant l'intervention d'un psychologue, ce qui rendait ma démarche d'autant plus précieuse : elle offrait un premier espace de parole psychologique, sans que cela soit perçu comme une tentative de « prise en charge », mais simplement comme une attention portée à leur vécu subjectif pendant la grossesse.

Ma position n'était pas celle d'un thérapeute, mais d'un chercheur à l'écoute, qui tentait de mettre en lumière les aspects psychiques, cognitifs, émotionnels et comportementaux liés à cette période si particulière de la vie d'une femme. Cette posture s'inscrivait dans une vision globale, une approche holistique de la grossesse, où chaque dimension — physique, psychique, sociale, symbolique — a sa place. C'est cette conviction qui m'a guidé, dès le départ, dans la création du guide d'entretien et dans l'élaboration du questionnaire.

Synthèse

Le chapitre méthodologique a présenté l'approche choisie pour mener cette étude centrée sur le vécu psychologique des femmes en situation de grossesse non planifiée. Il s'agit d'une recherche qualitative, fondée sur l'étude de cas, afin de recueillir la parole singulière de quatre participantes rencontrées dans un cadre gynécologique.

Les outils utilisés incluent des entretiens semi-directifs et un questionnaire adapté, permettant une exploration en profondeur du vécu émotionnel, conjugal et familial. L'analyse s'est inscrite dans une posture clinique, où l'écoute, l'empathie et la sensibilité à la subjectivité de chaque femme ont été essentielles.

La méthodologie mobilisée s'inspire des niveaux proposés par Janus, notamment les niveaux qualitatif, empathique et expérientiel, pour construire une compréhension nuancée, à la croisée de l'intime et du social. Ce choix méthodologique vise à valoriser la complexité des vécus étudiés et à offrir un éclairage fidèle à la réalité des femmes interrogées

Chapitre 5 : Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Préambule :

dans cette partie il sera question d'analyse et d'interprétation des réponses reçues durant mes entretiens avec les femmes enceintes qui viennent faire leur consultation dans mon lieu de stage qui est un cabinet de gynécologie-obstétrique de madame barris situé dans la commune de El Kseur

Ma volonté d'explorer la thématique de la grossesse sur une base psychologique m'a guidé vers une recherche de référence et de modèle à suivre pour que je puisse aborder cette question de grossesse comme une expérience typiquement féminine qui ne pourrait point advenir dans ma situation d'homme

Dans ma période de stage et mes entretiens avec ces différentes femmes enceintes j'ai utilisé des outils qui sont l'entretien clinique semi-directif et un questionnaire élaboré par ma personne en m'inspirant majoritairement des travaux de Lederman & Weis (2020)

Je vais donc énumérer et présenter des cas avec lesquels j'ai pu mettre en pratique mes recherches et me référer avec une condition primordiale celle d'une accommodation de la posture que j'ai voulu tenir à un contexte socio-culturel typiquement algérien

5.1-Présentation et analyse des entretiens des cas :

Cas 01 : Madame Anissa

Identité et situation personnelle :

Madame Anissa est une femme de 32 ans, instruite, titulaire d'un diplôme universitaire. Elle exerce une activité professionnelle stable en tant que directrice de sa propre école spécialisée dans les cours de soutien. Elle est mariée à un commerçant.

Parcours obstétrical :

Actuellement enceinte de huit mois, Madame Anissa vit sa deuxième grossesse. Sa première fille est née en 2023. Cette nouvelle grossesse est également une grossesse de sexe féminin, ce qu'elle a confirmé au moment de l'entretien

Observation clinique initiale

Madame Anissa présente une attitude ouverte et une estime de soi élevée, ce qui lui a permis de répondre aux questions de manière posée et assurée, une fois le cadre de l'entretien et la démarche de recherche clairement expliqués. Il est important de noter qu'elle a explicitement mentionné n'avoir jamais été confrontée auparavant à un dispositif d'entretien psychologique ni à un environnement d'exploration de type clinique. Cette situation était donc nouvelle pour elle, ce qui n'a cependant pas entravé sa participation ni sa capacité de verbalisation.

Informations concernant la grossesse – Madame Anissa

Lors de l'entretien, Madame Anissa rapporte qu'elle est suivie par le même gynécologue depuis sa première grossesse, ce qui traduit une continuité dans le suivi médical et un rapport de confiance établi avec le professionnel de santé. Sur le plan physique, elle indique ne pas avoir observé de variation significative de son poids, mais elle porte une attention rigoureuse à son alimentation. Cette vigilance alimentaire est fondée à la fois sur les recommandations médicales, les recherches personnelles via Internet, et les échanges informels avec d'autres femmes de son entourage ayant vécu une grossesse.

La seule difficulté physiologique qu'elle mentionne est la présence d'une anémie, prise en charge dans le cadre de son suivi obstétrical. Cette donnée souligne une vigilance médicale appropriée, bien intégrée à ses habitudes de soin.

Cette approche globale témoigne d'un engagement actif dans son processus de maternité, avec une recherche d'informations diversifiées et un comportement d'anticipation responsable, caractéristiques d'un bon niveau d'adaptation à la grossesse sur le plan somatique et comportemental.

Aspect psychologique – Madame Anissa

Sur le plan psychologique, Madame Anissa rapporte ressentir une forme d'excitation à l'approche de l'accouchement, qu'elle associe à l'accueil imminent de son deuxième enfant. Elle n'évoque pas de changement d'humeur marqué, mais plutôt un état émotionnel positif lié à l'événement à venir.

Dans un souci d'adaptation à sa grossesse, elle explique avoir réorganisé son planning en tenant compte de sa charge de travail et de la nécessité de prendre soin d'elle-même et du bébé. Cette réorganisation semble faire partie d'une démarche consciente d'équilibre entre

responsabilités professionnelles et bien-être personnel.

Concernant la réaction du mari, elle indique que celui-ci a accueilli la nouvelle avec joie et de bonnes intentions. Même si le père exprimait au départ le souhait d'avoir un garçon, elle précise que la connaissance du sexe féminin de l'enfant n'a en rien altéré sa relation ni son implication durant la grossesse, ce qu'elle considère comme une acceptation sereine.

Elle utilise également une application mobile qui lui permet de suivre l'évolution de sa grossesse par semaine et par jour. Cet outil vient compléter les consultations qu'elle effectue régulièrement chez sa gynécologue.

Enfin, les principales appréhensions qu'elle exprime sont liées à la gestion des soins à apporter et à la charge de travail qu'elle doit assurer dans le cadre de son métier. Elle mentionne aussi une préoccupation plus générale concernant la santé du bébé. Lorsqu'elle observe l'échographie, elle décrit une sensation de proximité avec l'enfant et le sentiment de voir se former une présence réelle en elle.

Analyse du questionnaire de Mme Anissa

1. Acceptation de la grossesse

Madame Anissa a indiqué avoir planifié et attendu cette grossesse, ce qui montre une intentionnalité forte. À l'annonce de sa grossesse, elle l'a accueillie avec beaucoup de joie. Elle n'a exprimé aucune réserve à ce sujet.

Concernant les inconforts physiques, elle a cité un rhume, des nausées, ainsi que des difficultés à dormir, qu'elle a associées aux effets normaux de la grossesse. Elle n'a pas parlé d'un rejet ou d'un vécu douloureux de ces manifestations, ce qui semble indiquer une bonne tolérance à l'état de grossesse.

Sur le plan corporel, elle ressent les transformations, notamment à travers l'anémie dont elle souffre, mais elle ne les évoque pas comme un obstacle à l'acceptation. Elle semble en avoir conscience sans qu'un mal-être corporel profond n'ait été exprimé.

Concernant les sentiments d'ambivalence, elle a mentionné une inquiétude par rapport à sa santé et à ses répercussions possibles sur le bébé.

2. Identification au rôle de mère

Dans cette grossesse, l'identité maternelle de Madame Anissa est solidement construite à partir de son expérience précédente. Elle évoque la volonté d'agrandir la famille

dans un esprit d'équilibre, afin que sa première fille ne reste pas seule. Cette motivation repose sur une projection claire dans la fonction maternelle, nourrie par l'attachement qu'elle ressent déjà pour sa première fille.

Elle a prévu cette deuxième naissance en lien avec l'âge de sa fille, dans une logique de proximité relationnelle entre les deux sœurs. Elle parle aussi de la nécessité de préparer sa fille à devenir grande sœur, ce qui montre une réflexion active sur la dynamique familiale à venir.

Elle s'appuie sur les acquis de sa première expérience de maternité, notamment en matière d'allaitement et d'éveil, pour anticiper les besoins de la future enfant. Le changement qu'elle mentionne concerne principalement l'agrandissement de la famille et la nécessité d'organiser la vie quotidienne autour de deux enfants. Elle exprime une seule appréhension : que ses deux filles puissent ne pas bien s'entendre à l'avenir, ce qui révèle un souci de préserver l'harmonie au sein de la fratrie.

3. Résolution des conflits pendant la grossesse

Concernant les compétences maternelles, Madame Anissa exprime une attitude d'apprentissage permanent. Elle déclare qu'elle demande régulièrement conseil, en particulier auprès de sa mère, ce qui semble l'aider à prendre confiance dans sa fonction maternelle. Elle ne manifeste pas d'inquiétude excessive ni de doute paralysant, mais plutôt une ouverture à l'expérience et un recours à son entourage pour guider ses décisions.

Sur la question de la compatibilité entre maternité et carrière, elle précise que le fait d'être à la tête de sa propre entreprise lui offre une certaine flexibilité. Elle a pu aménager ses responsabilités, en déléguant certaines tâches à ses collègues, afin de se préparer progressivement à son accouchement et à la période postnatale. Elle semble ainsi avoir trouvé un équilibre fonctionnel entre vie professionnelle et grossesse.

Par ailleurs, aucun conflit d'ordre psychologique, personnel ou familial n'a été exprimé au cours de l'entretien. Elle n'a pas évoqué de tension particulière, ni sur le plan affectif, ni sur le plan social, ce qui laisse entendre un environnement relativement stable.

4. Relation avec la mère

La relation de Madame Anissa avec sa mère est décrite comme très proche et soutenante. Sa mère prend en charge sa première fille, ce qui représente une aide précieuse au quotidien. Elle constitue pour Madame Anissa un modèle maternel de référence, sur lequel

elle s'appuie pour sa propre construction dans la maternité.

Madame Anissa indique que sa mère est toujours disponible, même lorsqu'elle traverse des périodes de fatigue ou de maladie. Elle reçoit son soutien de façon constante et l'exprime sans ambiguïté. La grossesse semble renforcer le lien de proximité entre elles, sans générer de tension.

Elle accepte volontiers les conseils de sa mère, avec qui elle peut discuter des choix et décisions liés à la grossesse, sans opposition ni conflit. La communication paraît fluide et bienveillante, dans une dynamique de transmission intergénérationnelle.

5. Relation avec le mari

Madame Anissa décrit une relation conjugale stable et harmonieuse. Selon ses propos, son mari a accueilli favorablement la nouvelle de la grossesse et l'a accompagnée avec bienveillance tout au long de cette période. Elle parle d'une bonne entente entre eux, fondée sur une écoute mutuelle et un soutien émotionnel constant.

Elle précise que son mari est attentif à ses besoins, aussi bien sur le plan physique qu'émotionnel. Il se montre présent et impliqué, en l'accompagnant systématiquement à ses consultations gynécologiques. Elle souligne une complicité importante dans leurs échanges, ce qui lui permet de se sentir écoutée, soutenue et comprise.

Madame Anissa exprime également une grande confiance envers son mari, confiance qui semble s'être renforcée au fil de la grossesse. Elle n'évoque pas de tension ni de conflit majeur, mais précise qu'elle aurait souhaité être un peu plus aidée sur le plan domestique, notamment pendant les périodes de fatigue liées à la grossesse. Cette remarque est formulée de manière modérée, comme une attente d'ajustement plutôt qu'un reproche

Résultat :

Le cas de Mme Anissa est un exemple emblématique d'une grossesse planifiée réussie, à la fois sur le plan logistique, affectif et symbolique. Tous les éléments de son récit convergent vers une construction psychique sereine et proactive de la maternité. Elle répond aux critères formulés par Lederman sur l'acceptation intégrée, la préparation à l'accouchement, et l'identification au rôle maternel.

La planification, dans ce contexte, agit comme un facteur stabilisateur : elle structure les projections, donne du sens au vécu corporel, et soutient l'engagement affectif. Ce profil illustre comment une grossesse préparée dans un environnement conjugal et familial soutenant peut favoriser une adaptation psychosociale optimale.

Cas 02 : Madame Karima

1. Informations personnelles

Madame Karima est âgée de 31 ans. Elle est mariée à un artisan menuisier de 39 ans. Actuellement femme au foyer, elle est néanmoins diplômée d'un master obtenu en Angleterre, ce qui reflète un bon niveau d'instruction et d'ouverture.

2. Informations obstétricales

Madame Karima vit actuellement sa troisième grossesse.

Sa première grossesse, survenue entre 2022 et 2023, a donné naissance à un garçon.

En 2024, elle a connu une fausse couche, qu'elle évoque comme un souvenir amer.

La grossesse actuelle, en 2024–2025, est arrivée dans un contexte émotionnel marqué par cette précédente perte. Elle est actuellement dans son neuvième mois de grossesse, et attend une fille.

3. Informations concernant la grossesse

Madame Karima décrit cette grossesse de façon positive et sereine, notamment en apprenant qu'il s'agit d'une fille. Elle exprime une satisfaction personnelle à l'idée d'avoir un enfant de chaque sexe, ce qui constitue pour elle un équilibre familial. Elle ne rapporte pas de problème de santé majeur au moment de l'entretien, et l'ensemble du suivi semble se dérouler de manière régulière.

Madame Karima mentionne avoir constaté une prise de poids importante durant cette grossesse, qu'elle qualifie elle-même d'excessive. Elle en parle avec un certain recul critique, reconnaissant que cela a pu dépasser ce qu'elle avait anticipé.

En ce qui concerne son alimentation, elle indique qu'elle faisait très attention au début de la grossesse, mais que cette vigilance a eu tendance à diminuer au fil du temps, notamment lors des dernières semaines.

Sur le plan médical, elle a longuement hésité à évoquer un problème organique, qu'elle a finalement partagé au cours de l'entretien : il s'agit d'une insuffisance rénale héréditaire, dont elle a hérité de sa lignée familiale. Elle précise que plusieurs membres de sa fratrie souffrent de troubles similaires, ce qui constitue pour elle une préoccupation discrète mais bien présente. Cette information reste très confidentielle, connue uniquement de son mari, de sa gynécologue et désormais du professionnel menant l'entretien.

Elle souligne consulter la même gynécologue depuis sa première grossesse, témoignant ainsi d'un suivi médical constant et d'un lien de confiance établi avec cette professionnelle.

4. Aspect psychologique

Madame Karima indique qu'elle n'a jamais été confrontée à une démarche psychologique ou à un entretien clinique de ce type. Elle précise toutefois qu'au cours de ses études universitaires, elle a été introduite à certains aspects de la psychologie, sans pour autant les avoir expérimentés dans un cadre personnel ou thérapeutique.

Elle ne signale pas de changements notables dans son humeur ou sa personnalité au cours de la grossesse actuelle. Toutefois, elle évoque une crainte persistante liée à son expérience antérieure : la peur de revivre une fausse couche. Cette appréhension revient régulièrement dans son discours, bien qu'elle ne se manifeste pas sous forme de symptômes anxieux marqués.

La réaction de son mari face à cette grossesse a été favorable et rassurante. Il partage néanmoins la même crainte qu'elle à propos d'une possible répétition de l'expérience traumatisante. Cela n'a toutefois pas nui à leur accueil du nouvel enfant.

Concernant le sexe du bébé, aucune préférence n'a été exprimée de manière explicite. Madame Karima souligne que l'arrivée d'une fille vient équilibrer leur composition familiale, après la naissance d'un garçon. Ce fait est exprimé avec satisfaction et sérénité.

Lors des consultations gynécologiques, son attention se porte avant tout sur la santé du bébé, en raison de sa condition médicale (l'insuffisance rénale). Elle précise que la priorité est de s'assurer que le fœtus ne présente aucune anomalie, et que sa propre santé passe en second plan dans ses préoccupations.

À la vue de l'échographie, lorsque la gynécologue confirme que tout est normal, elle décrit un sentiment de soulagement, un apaisement profond, ainsi qu'un confort émotionnel

qui semble jouer un rôle central dans sa régulation affective pendant la grossesse.

5. Aspect affectif et relationnel

Madame Karima indique être accompagnée systématiquement par son mari lors de ses consultations gynécologiques. Cette présence semble motivée à la fois par une volonté de soutien et par des raisons pratiques, notamment la distance entre le domicile et le cabinet médical. Cette constance dans l'accompagnement témoigne d'un engagement conjugal concret dans le déroulement de la grossesse.

Elle précise qu'il existe un espace de dialogue fluide avec son mari à propos de la grossesse. Les échanges sont réguliers et naturels, sans tension ou blocage particulier. Elle se sent libre d'aborder ce qu'elle vit et ressent, et évoque une communication sereine au sein du couple.

Lorsqu'elle se sent oppressée par la grossesse ou par les pressions du quotidien, Madame Karima se confie volontiers à sa mère et à sa sœur, avec qui elle échange principalement par téléphone. Ces figures féminines jouent un rôle de soutien affectif essentiel, en particulier dans les moments de doute ou de fatigue.

Elle identifie clairement sa mère comme son principal soutien pendant cette grossesse. Ce lien maternel est décrit comme solide, constant et rassurant, et semble représenter une ressource centrale dans son vécu émotionnel actuel.

Analyse du questionnaire Madame Karima

1. Acceptation de la grossesse

Dans le cas de Madame Karima, la grossesse actuelle a été planifiée. Elle a expliqué que ce projet de maternité était motivé par les conseils de son médecin, qui l'avait avertie d'une dégradation possible de sa santé rénale, susceptible d'entraver une grossesse future. Elle a donc décidé de concevoir un enfant tant qu'elle en avait encore la capacité médicale.

À l'annonce de sa grossesse, elle a manifesté une grande joie et une satisfaction profonde à l'idée d'agrandir sa famille.

Cependant, cette acceptation s'est accompagnée de certains inconforts, principalement liés à sa maladie rénale, qu'elle redoute de voir affecter la santé de son bébé. Ces préoccupations sont centrales dans son discours.

Sur le plan corporel, elle a signalé une prise de poids excessive, une anémie, ainsi que des nausées matinales fréquentes. Ces symptômes physiques, bien qu'attendus dans une certaine mesure, accentuent chez elle un sentiment d'ambivalence : entre le bonheur d'attendre un enfant et l'inquiétude liée à sa santé fragile.

2. Identification au rôle de mère

Chez Madame Karima, la représentation du rôle maternel s'est construite dès sa première grossesse, et semble aujourd'hui renforcée par l'expérience de la fausse couche, qu'elle continue à évoquer comme un événement marquant et perturbant. Cette perte passée nourrit aujourd'hui une volonté très forte d'aboutir à une naissance en bonne santé.

La motivation principale qu'elle exprime à travers cette grossesse est liée à ce qu'elle qualifie de "course contre la montre" face à son problème rénal, héréditaire et évolutif. Selon ses mots, la maternité permettrait de donner un sens plus profond à son mariage, en accomplissant ce qu'elle considère comme le rôle conjugal attendu : celui de donner naissance à des enfants.

Elle n'exprime aucune résistance ni difficulté à accueillir un nouveau-né, bien au contraire : elle manifeste une forme de hâte et d'élan vers cette nouvelle naissance, qu'elle anticipe avec espoir et responsabilité.

Sur le plan quotidien, elle souligne que l'arrivée de ce deuxième enfant, aux côtés de son premier garçon encore jeune, nécessitera une réorganisation. Elle s'attend à ce que cela représente une charge importante, en particulier dans la gestion des soins et du rythme familial, mais elle ne la considère pas comme insurmontable.

Elle évoque aussi la période d'allaitement, qu'elle qualifie de fatigante, mais sans excès ni rejet. Pour elle, cette étape fait partie des exigences normales de la maternité.

3. Résolution des conflits pendant la grossesse

Madame Karima ne manifeste aucune inquiétude quant à sa capacité à être une bonne mère. Elle affirme avec assurance ne pas douter de ses compétences maternelles, et ne fait pas état d'angoisse liée à son futur rôle parental.

Étant femme au foyer, elle ne rencontre pas de conflit entre vie professionnelle et maternité. Cette situation lui permet d'organiser ses journées autour des besoins liés à sa grossesse et à la gestion du foyer, sans tension liée à un emploi externe.

Elle souligne toutefois une difficulté dans l'équilibre entre les tâches domestiques et

les contraintes physiques de la grossesse. Elle décrit une sensation de lourdeur qui peut freiner l'accomplissement de certaines tâches quotidiennes. Pour pallier cela, elle a adopté une stratégie personnelle d'adaptation : elle réalise l'essentiel des tâches le matin, puis accorde à son corps des périodes de repos l'après-midi, notamment sous forme de siestes, ce qui lui redonne un minimum d'énergie.

Sur le plan relationnel, elle ne rapporte aucun conflit d'ordre familial ou personnel, bien qu'elle vive dans un cadre de famille élargie, du côté de son mari. Elle évoque une organisation basée sur la discussion et la communication, et précise qu'en cas de besoin, elle peut solliciter l'aide de son mari ou de sa mère, particulièrement dans les moments où elle se sent dépassée par la situation.

4. Relation avec la mère

En répondant à la question sur sa relation avec sa mère, Madame Karima affirme qu'elle entretient avec elle un lien très fort et sans conflit. Elle la considère comme un véritable modèle, un pilier essentiel dans sa vie. Elle insiste sur la qualité de leur relation, qu'elle décrit comme stable et positive, sans aucune difficulté notable.

Même si une certaine distance géographique les sépare, sa mère est présente dès qu'elle le peut, et toujours à ses côtés lorsque cela est nécessaire. Madame Karima précise qu'elle se sent soutenue, surtout lorsqu'elle a besoin de parler, de demander conseil ou de prendre une décision. Dans ces moments, l'avis de sa mère est important et souvent sollicité.

Elle note que, pendant cette grossesse, le comportement de sa mère n'a pas changé, mais elle observe une vigilance accrue de sa part. elle explique cela par le fait d'avoir cette connaissance partagée de la maladie rénale qui est portée dans sa famille et qui pourrait affecter les générations futures. Ce contexte renforce, selon elle, la proximité et l'implication de sa mère à ses côtés.

5. Relation avec le mari

Madame Karima décrit la relation avec son mari en des termes très positifs. Selon elle, la réaction de son époux à l'annonce de la grossesse a été favorable, bienveillante et accueillante. Elle insiste sur le fait qu'il a su faire preuve d'une attention particulière à ses besoins, tant physiques qu'émotionnels, tout au long de cette grossesse.

Elle le qualifie d'affectueux, empathique et doté de bonnes manières. En le décrivant, elle souligne que, même s'il n'a pas le même niveau d'instruction qu'elle, il possède des

qualités humaines qu'elle estime supérieures. Ce propos, exprimé sous forme de compliment, reflète une estime sincère envers son conjoint.

Sur le plan de la communication, elle indique que l'écoute est présente dans leur couple, et que le dialogue autour de la grossesse se fait dans un climat serein. Lors de l'entretien, le mari était présent aux côtés de son épouse et a accueilli la démarche avec respect, sans aucune opposition ni malaise, témoignant d'une relation ouverte et coopérative.

Madame Karima parle d'un climat conjugal stable, empreint de recherche de sérénité, malgré les défis liés à sa santé. Son mari a exprimé, en lien avec sa maladie rénale, que ce n'est pas quelque chose qu'elle a provoqué, mais une réalité qu'il faut apprendre à accepter et à gérer ensemble. Elle souligne que son mari n'est pas fataliste, mais cherche au contraire à trouver des solutions adaptées pour vivre cette situation à deux.

Résulta :

Le cas de Mme Karima illustre parfaitement ce que Lederman décrit comme une grossesse planifiée dans un contexte médicalement vulnérable, mais psychiquement résilient. La planification est ici motivée par la lucidité, l'urgence liée à une maladie évolutive, et une volonté d'offrir un cadre familial équilibré à ses enfants.

Ce type de planification, bien qu'à risque, n'entame pas l'investissement maternel. Au contraire, il semble le renforcer. Karima transforme ses limites médicales en moteur d'organisation, d'attention, et de projection positive. La grossesse devient alors un projet structurant, porteur de sens et d'identité. L'environnement conjugal et familial joue un rôle d'étayage très fort.

Elle correspond ainsi à une forme haute d'intégration de la première dimension du modèle psychosocial, marquée par l'acceptation, l'anticipation, et la réorganisation autour du projet parental.

Cas 03 : Madame Houda

1. Informations personnelles

Madame Houda est âgée de 30 ans. Elle est femme au foyer, et possède un niveau d'instruction cem . Elle est mariée à un homme de 32 ans, employé dans le secteur de la restauration.

2. Informations obstétricales

Madame Houda vit actuellement sa troisième grossesse.

1.Son premier enfant, un garçon, est né en 2019.

2.Son deuxième enfant, une fille, est née en 2021.

3.Elle est actuellement dans le premier mois de sa troisième grossesse.

Elle indique que ses grossesses précédentes ont été un peu prolongées dans le temps, sans complications médicales majeures. Les naissances sont relativement bien espacées selon ses propres termes.

3. Informations concernant la grossesse

Pour cette troisième grossesse, Madame Houda ne connaît pas encore le sexe du bébé. Elle a toutefois remarqué une prise de poids, qu'elle associe à son appétit accru, qu'elle qualifie elle-même de gourmandise. Elle mentionne une envie marquée pour les aliments sucrés, plus prononcée que lors de ses grossesses précédentes.

Elle n'a déclaré aucune maladie organique, et bénéficie d'un suivi gynécologique régulier avec le même professionnel de santé depuis sa première grossesse, ce qui assure une continuité de suivi médical.

Aspect psychologique

Madame Houda indique n'avoir jamais consulté de psychologue, ni été confrontée à un environnement similaire à celui de l'entretien. Elle explique que, bien qu'elle entende parfois parler de ces démarches, elle n'a jamais osé franchir le pas, même par simple curiosité. Cette absence d'expérience dans le domaine psychologique est exprimée avec une certaine distance.

Concernant l'humeur et le vécu émotionnel, elle décrit une fatigue persistante qui la

pèse durant cette période. Sans parler de changement brutal, elle mentionne une sensation de lourdeur et de lassitude, qu'elle tente de gérer avec les moyens qu'elle a, en s'adaptant progressivement.

La réaction de son mari à l'annonce de cette grossesse a été négative. Madame Houda le décrit comme ayant eu une réaction de choc intense, allant jusqu'à dire qu'il est « tombé dans les pommes » ou a fait une crise, selon ses propres termes. Elle précise que cette réaction n'était pas joyeuse et qu'elle n'a pas été surprise, ajoutant que « cela se passe toujours comme ça depuis la première grossesse », laissant entendre une répétition de cette attitude à chaque nouvelle annonce.

Madame Houda ne manifeste pas de préférence particulière pour le sexe du bébé. Elle semble adopter une posture de neutralité, sans attente marquée dans ce domaine.

Elle souligne qu'elle consulte le même gynécologue depuis sa première grossesse, ce qui témoigne d'une continuité dans le suivi médical. Elle n'exprime pas d'inquiétude particulière concernant la santé du bébé, même si elle affirme souhaiter avoir un enfant en bonne santé, ce qui semble aller de soi pour elle.

Elle associe l'échographie à une forme de confirmation personnelle, une affirmation d'un projet intime. Elle n'évoque pas tant une émotion face aux images médicales qu'un renforcement de sa décision d'aller au bout de la grossesse. Ce moment semble valider une volonté qu'elle ne verbalise pas encore pleinement, mais qui se dessine dans ses propos.

Aspect relationnel et affectif

Sur le plan relationnel, Madame Houda indique que son mari ne l'accompagne presque jamais à ses consultations médicales. Elle se rend généralement seule chez sa gynécologue, le cabinet étant proche de son domicile, ou parfois accompagnée par une proche du côté de son mari. Elle exprime le souhait qu'un jour son mari l'accompagne, mais mentionne également qu'il y a des empêchements qui rendent cela difficile, sans en préciser la nature exacte.

Elle précise que son mari ne montre pas d'intérêt particulier pour la grossesse, si ce n'est lorsqu'elle lui exprime directement un besoin. Elle indique que l'attention qu'il lui porte semble fonctionner sur demande, et non de façon spontanée.

Sur le plan familial, Madame Houda a perdu sa mère, et son père s'est remarié. Elle entretient une très mauvaise relation avec sa belle-mère. Dans son enfance et son adolescence,

elle a été accueillie et élevée par une sœur mariée, ce qui a constitué son environnement affectif principal.

Elle s'est mariée jeune, à l'âge de 20 ans, dans des circonstances qu'elle décrit comme une forme de fuite. Elle explique que ce mariage représentait pour elle une manière de s'émanciper, bien qu'elle reconnaisse aujourd'hui avoir manqué de repères sur le rôle qu'elle devait jouer dans sa vie conjugale.

Elle évoque également une relation difficile avec sa belle-famille. Au début de son mariage, elle et son mari vivaient au sein de la famille élargie, mais ils ont pu, au fil du temps, accéder à un logement indépendant, ce qu'elle présente comme un soulagement.

Sur le plan de l'autonomie, elle est dépendante financièrement de son mari, sort rarement, et utilise les outils numériques de manière limitée. Son accès à la technologie se restreint à quelques usages basiques, principalement les appels téléphoniques et les réseaux sociaux, qu'elle gère de façon rudimentaire selon vos observations.

Analyse du questionnaire de Madame Houda

1. Acceptation de la grossesse

Madame Houda décrit cette grossesse comme le fruit d'une surprise, survenue alors qu'elle ne suivait pas les recommandations de son mari, qui lui avait demandé de prendre un contraceptif. Elle reconnaît ne pas avoir pris ces mesures, ce qui a conduit à cette nouvelle grossesse.

Lorsqu'elle a appris qu'elle était enceinte, elle dit avoir ressenti de la joie, mais une joie particulière, teintée de colère et de frustration vis-à-vis de son mari. Elle considère cette grossesse comme un acte de revanche envers lui. Elle évoque en effet une relation conjugale marquée par l'infidélité, précisant qu'il ne s'agit pas de soupçons, mais de faits qu'elle a pu constater. Malgré plusieurs confrontations avec son époux, elle dit qu'il retombe régulièrement dans les mêmes comportements.

Elle affirme que le fait de tomber enceinte représente pour elle un geste de réponse à ce qu'elle considère comme une trahison conjugale répétée.

Sur le plan physique, elle évoque une fatigue marquée dès le début de la grossesse, ainsi que des symptômes d'anémie. Elle indique aussi une prise de poids notable, qu'elle

associe directement à son état de grossesse.

Quant à l'ambivalence, elle se manifeste principalement dans sa relation au couple. Elle se questionne sur l'impact que cette nouvelle naissance pourrait avoir sur sa relation conjugale, exprimant un doute profond : le fait d'avoir un enfant pourrait, selon elle, aggraver encore davantage la situation avec son mari, déjà fragilisée.

2. Identification au rôle de mère

Pour Madame Houda, devenir mère représente un but en soi. Elle donne à la maternité une valeur réparatrice, en lien direct avec son histoire personnelle, marquée par la perte de sa mère, une relation difficile avec sa belle-mère et un isolement affectif dans son environnement familial.

Elle explique que donner naissance à des enfants est, pour elle, une manière de construire un cercle de loyauté et de proximité, qu'elle n'a pas pu expérimenter dans sa propre vie. Elle affirme vouloir offrir à ses enfants ce que sa propre mère n'a pas pu lui transmettre, et espère qu'ils seront présents pour elle dans l'avenir, en contraste avec les trahisons et l'absence de soutien qu'elle a vécus.

Cette vision de la maternité est également liée à sa situation conjugale difficile. Elle évoque l'adultère de son mari et la solitude qu'elle ressent au quotidien. Elle décrit la présence de ses enfants comme une forme d'échappatoire, une source de consolation et, d'une certaine manière, une façon indirecte de se venger de la trahison de son époux, en donnant un sens à sa vie malgré l'échec du lien conjugal.

Concernant l'accueil du futur enfant, elle affirme se sentir prête, malgré les circonstances conflictuelles. Ce discours, cependant, laisse entrevoir une certaine ambiguïté : si elle se dit disponible et volontaire, cette grossesse semble aussi chargée de fonctions symboliques complexes.

Elle exprime également une préférence pour une fille, qu'elle associe à une idée de calme, soulignant que ses garçons sont "bruyants", et qu'elle souhaiterait une forme d'équilibre émotionnel dans la gestion de ses enfants.

Enfin, elle décrit la période d'allaitement comme difficile et éprouvante, sans la rejeter, mais en soulignant la fatigue et l'exigence physique que cela représente pour elle.

3. Résolution des conflits pendant la grossesse

Madame Houda ne formule aucune inquiétude majeure concernant sa capacité à

assumer son rôle de mère, mais elle reconnaît l'effort que cela demande. Elle déclare faire de son mieux avec les enfants qu'elle a déjà, en essayant de communiquer avec eux, d'éviter de les frapper, de leur laisser un espace, et de leur offrir une présence maternelle attentive. Elle insiste sur le fait qu'il s'agit pour elle d'une volonté réelle de devenir une "bonne mère", ce qui témoigne d'un engagement sincère, bien que fragile.

Étant femme au foyer, elle ne présente pas de conflit entre maternité et vie professionnelle. Cependant, elle souligne la charge cumulée du quotidien : entre les tâches domestiques, les soins aux enfants, et l'état de grossesse, elle reconnaît que la fatigue est omniprésente. Elle dit essayer de s'organiser autrement, notamment en modifiant ses habitudes, en réorganisant ses activités, et en accordant plus de place au repos, en particulier grâce à de longues siestes dans la journée, pour supporter cette période.

Le principal point de tension réside dans la relation avec son mari, plus précisément dans l'accueil de cette nouvelle grossesse. Elle évoque clairement une absence d'enthousiasme ou de soutien de sa part, ce qui constitue la seule forme de conflit explicitement exprimée au cours de l'entretien. Elle ne mentionne aucune autre opposition familiale, personnelle ou sociale en dehors de ce noyau conjugal fragilisé.

4. Relation avec la mère

La mère de Madame Houda est décédée lorsqu'elle était encore jeune, ce qui rend cette dimension d'autant plus délicate. N'ayant pas eu de présence maternelle stable à l'âge adulte, elle ne bénéficie pas aujourd'hui du soutien que cette relation aurait pu lui offrir pendant sa grossesse.

Interrogée sur la possibilité d'une figure maternelle de substitution, elle indique ne pas avoir trouvé ce soutien du côté de sa belle-mère paternelle, qu'elle décrit comme totalement absente de sa vie. Du côté de sa belle-famille conjugale, la relation avec la belle-mère est également absente ou très distancée. Quant à sa grande sœur, qui l'avait accueillie dans sa jeunesse, Madame Houda explique qu'elle est aujourd'hui trop prise par son propre foyer pour pouvoir l'accompagner dans cette période.

C'est dans ce contexte qu'elle identifie la femme de l'oncle de son mari comme la seule personne avec qui elle entretient une relation proche, stable et soutenante. Elle précise que cette femme est toujours disponible lorsqu'elle a besoin d'elle, qu'elle l'écoute et la conseille, et qu'elle prend soin d'elle, notamment pendant la grossesse.

Madame Houda accepte son aide sans réserve, reconnaissant en elle une personne plus

âgée, expérimentée, et qui connaît bien la dynamique de la famille élargie dans laquelle elle vit. Cette relation semble aujourd'hui tenir une place importante dans son équilibre affectif, en particulier dans le contexte de vulnérabilité lié à la grossesse et à l'absence de repères maternels.

5. Relation avec le mari

La relation conjugale de Madame Houda est décrite comme profondément conflictuelle et marquée par une absence de soutien. À l'annonce de cette grossesse, elle indique que son mari a eu une réaction de rejet intense, qu'elle qualifie de « crise ». Selon ses dires, cette réaction serait liée au refus d'assumer un nouvel engagement familial, son mari ayant toujours manifesté le souhait de partir à l'étranger, ce qui, pour lui, serait entravé par la présence d'enfants.

Elle précise que son mari peut répondre à certaines demandes concrètes — comme faire des achats alimentaires ou acheter des vêtements — mais qu'il n'y a aucun investissement affectif, émotionnel ou symbolique dans la grossesse elle-même. Il est absent des consultations médicales et ne participe en rien à l'accueil du bébé. Elle affirme explicitement qu'elle ne se sent ni écoutée ni soutenue, et qu'elle ne lui accorde plus aucune confiance, en raison de manquements répétés et de trahisons conjugales qu'elle considère comme graves.

Elle évoque même des sentiments de rejet et de dégoût vis-à-vis de son mari, en précisant que son comportement n'a jamais changé à l'occasion de ses grossesses, malgré les difficultés traversées. La relation est décrite comme froide, distante, et dépourvue de toute sécurité affective.

En complément de ces données, un retour du maître de stage gynécologue mentionne que Madame Houda n'a jamais été accompagnée par son mari lors des consultations. Elle est systématiquement accompagnée par un proche de la famille du mari, ce qui confirme l'absence d'implication du conjoint.

Le même professionnel rapporte que des signes physiques de violences conjugales ont été observés chez Madame Houda, suggérant des actes d'agression physique, bien que ceux-ci n'aient pas été détaillés verbalement par la patiente elle-même. Le maître de stage décrit également une patiente ayant présenté un profil initialement très fragile et docile, dont le discours s'est affirmé progressivement au fil des entretiens, ce qui montre une certaine évolution dans son expression personnelle, malgré un contexte conjugal difficile.

Résultats :

Mme Houda incarne un cas où l'absence de planification s'inscrit dans un contexte conjugal conflictuel et affectivement déserté. La grossesse n'est pas le fruit d'un projet, mais d'un incident non maîtrisé, que la femme interprète comme une forme de revanche ou d'autoprotection. Ce mécanisme de défense empêche une réelle intégration affective de l'expérience maternelle.

Dans le modèle de Lederman, ce profil cumule plusieurs indicateurs de désadaptation potentielle : non-planification, isolement, conflit conjugal, absence de figure maternelle de référence. Bien que Mme Houda exprime une volonté d'être une mère bienveillante, son vécu émotionnel reste marqué par des blessures non résolues, un sentiment d'enfermement, et une relation à l'autre souvent menaçante.

La grossesse devient ici un lieu de projection, de souffrance et de solitude, plus qu'un espace de croissance symbolique. Ce cas souligne, par contraste avec les précédents, le rôle central que joue la planification consciente, dans un contexte affectif soutenant, pour favoriser une adaptation harmonieuse à la maternité.

Cas04 : Madame Hayet

1. Informations personnelles

Madame Hayet est âgée de 39 ans. Elle est mariée à un homme de 45 ans, lui aussi diplômé de l'enseignement supérieur. Titulaire d'un diplôme universitaire en économie, elle exerce la profession d'experte-comptable dans le secteur privé, tandis que son époux occupe une fonction similaire dans le secteur public.

2. Informations obstétricales

Madame Hayet vit actuellement sa quatrième grossesse, dans son huitième mois.

Sa première grossesse, survenue entre 2016 et 2017, a donné naissance à une fille, actuellement vivante.

Une seconde grossesse, entre 2020 et 2021, a également abouti à une naissance. L'enfant, une fille âgée de deux ans, est malheureusement décédée de manière tragique, des suites d'une chute accidentelle par une fenêtre.

Elle évoque également une expérience d'avortement, sans entrer dans les détails.

La grossesse actuelle concerne un garçon, dont elle est enceinte depuis maintenant huit mois.

3. Informations concernant la grossesse

Madame Hayet ne rapporte aucune variation importante de poids, ni à la hausse, ni à la baisse. Elle indique faire attention à son alimentation, précisant que cela faisait déjà partie de son mode de vie avant la grossesse. Fiche de présentation clinique – Madame Hayet

1. Informations personnelles

Madame Hayet est âgée de 39 ans. Elle est mariée à un homme de 45 ans, lui aussi diplômé de l'enseignement supérieur. Titulaire d'un diplôme universitaire en économie, elle exerce la profession d'experte-comptable dans le secteur privé, tandis que son époux occupe une fonction similaire dans le secteur public.

2. Informations obstétricales

Madame Hayet vit actuellement sa quatrième grossesse, dans son huitième mois.

Sa première grossesse, survenue entre 2016 et 2017, a donné naissance à une fille,

actuellement vivante.

Une seconde grossesse, entre 2020 et 2021, a également abouti à une naissance. L'enfant, une fille âgée de deux ans, est malheureusement décédée de manière tragique, des suites d'une chute accidentelle par une fenêtre.

Elle évoque également une expérience d'avortement, sans entrer dans les détails.

La grossesse actuelle concerne un garçon, dont elle est enceinte depuis maintenant huit mois.

3. Informations concernant la grossesse actuelle

Madame Hayet ne rapporte aucune variation importante de poids, ni à la hausse, ni à la baisse. Elle indique faire attention à son alimentation, précisant que cela faisait déjà partie de son mode de vie avant la grossesse. Elle souligne aussi qu'en raison de son âge, elle est encore plus attentive à son hygiène de vie.

Elle ne souffre d'aucune pathologie organique connue, et son suivi prénatal se déroule normalement. L'expérience de la grossesse actuelle est abordée avec beaucoup de prudence et de retenue, probablement en lien avec le traumatisme de la perte précédente, bien qu'elle n'ait pas été encore évoquée en profondeur à ce stade de l'entretien.

Elle ne souffre d'aucune pathologie organique connue, et son suivi prénatal se déroule normalement. L'expérience de la grossesse actuelle est abordée avec beaucoup de prudence et de retenue, probablement en lien avec le traumatisme de la perte précédente, bien qu'elle n'ait pas été encore évoquée en profondeur à ce stade de l'entretien.

4. Aspect psychologique

Madame Hayet a traversé une expérience traumatique majeure avec la perte accidentelle de son enfant, décédée à l'âge de deux ans. Lorsqu'elle évoque cet événement, elle parle d'une douleur très profonde, qu'elle qualifie elle-même de "très, très, très dure à supporter". Malgré cette épreuve, elle indique n'avoir jamais consulté de psychologue, ni été exposée à un cadre d'accompagnement psychologique antérieur. Elle semble avoir porté seule le poids de ce deuil, sans recours professionnel.

Sur le plan émotionnel, elle n'observe pas de changement de comportement significatif, mais décrit un état de préoccupation constante, marqué par des appréhensions

récurrentes quant à l'issue de cette grossesse. Elle confie vivre cette période avec la peur silencieuse que tout puisse s'effondrer à nouveau, sans pourtant laisser cette crainte la paralyser dans son quotidien. Elle dit : « Je suis toujours pensif, mais mon train de vie est le même. »

Son mari, de son côté, aurait accueilli la nouvelle grossesse avec joie, et tente de la soutenir moralement, selon ses dires.

Une dimension symbolique forte traverse son discours : elle évoque des rêves récurrents de son enfant décédé, et associe l'enfant à naître, un garçon, à une forme de “retour” de celui qu'elle a perdu. Elle emploie l'image d'une réincarnation affective, disant que ce bébé à venir porte quelque chose du disparu, renforçant ainsi son lien émotionnel anticipé avec lui.

Elle est très rigoureuse dans le suivi médical, se montrant présente et ponctuelle à ses consultations. Pourtant, une inquiétude persistante demeure en toile de fond : « Et si cet enfant avait une malformation ? Une maladie ? Pourrais-je le supporter ? » Ces appréhensions sont exprimées sous forme de questions, révélant une angoisse latente, encore contenue, mais bien présente.

Lorsqu'elle parle des échographies, elle les décrit comme un soulagement : voir l'enfant, c'est constater qu'il existe réellement, qu'il est là. Elle dit : « Il est en moi, et je dois faire attention. » Ce moment d'imagerie médicale semble ancrer son vécu de maternité dans le réel, et lui procure un sentiment de légèreté momentanée, un allègement de l'état intérieur qu'elle porte.

5. Aspect affectif et relationnel

Madame Hayet décrit une relation conjugale stable et soutenante. Son mari est présent à chacune de ses consultations gynécologiques, ce qu'elle souligne comme une preuve de soutien affectif et d'implication concrète. Elle le décrit comme attentif vis-à-vis de la grossesse et sensible à son état émotionnel.

Lorsqu'elle traverse des moments d'oppression ou de fragilité, elle trouve un appui dans son entourage, notamment auprès d'une amie proche, également collègue de travail, avec qui elle échange régulièrement. Elle entretient aussi d'excellentes relations avec ses sœurs, qui lui apportent un soutien familial constant.

Elle parle avec tendresse de sa fille aînée, qu'elle considère comme calme et mature

pour son âge. Cette dernière aurait exprimé le désir d'avoir un petit frère, faisant référence de manière touchante à l'enfant que la famille a perdu.

Elle précise également avoir de bonnes relations avec sa belle-famille, ce qui semble contribuer à un climat familial globalement serein. Durant cette grossesse, elle est principalement soutenue par son mari et ses sœurs, et évoque aussi les encouragements chaleureux de sa mère.

6. Aspect socio-économique et professionnel

Sur le plan professionnel, Madame Hayet travaille en tant que comptable dans le secteur privé, tout comme son mari, qui exerce dans la fonction publique. Elle insiste sur le fait que cette proximité professionnelle favorise l'entente et la communication dans leur couple, notamment autour de valeurs partagées et d'un équilibre financier solide.

Elle dispose d'une autonomie financière et souligne l'équilibre de la gestion familiale, qu'elle décrit comme collaborative. Elle entretient également une bonne relation avec ses collègues de travail, et précise que c'est grâce à ce soutien professionnel qu'elle a pu faire face à la période de deuil liée à la perte de son enfant.

L'annonce de sa grossesse au sein de son milieu professionnel a été accueillie avec joie, dans une ambiance chaleureuse et festive, ce qui semble avoir renforcé son sentiment d'appartenance à un environnement de travail humain et solidaire.

7. Aspects pratiques durant la grossesse

Madame Hayet insiste sur le caractère structurant et sécurisant de ses consultations médicales. Elle reste ponctuelle et rigoureuse dans son suivi gynécologique, et complète ces démarches par l'utilisation régulière d'une application spécialisée sur la grossesse, qui lui permet de suivre l'évolution de son état jour après jour.

Elle dit également échanger avec d'autres femmes, notamment celles ayant traversé des grossesses difficiles, ce qui lui permet de s'informer et de se rassurer à travers des expériences vécues.

Sur le plan physique, elle précise que la grossesse n'a jamais représenté une contrainte pour elle. Au contraire, elle essaie d'intégrer davantage de marche dans son quotidien, en raison de la nature sédentaire de son travail, ce qui témoigne d'une volonté active de prendre soin d'elle-même.

Analyse du questionnaire de Madame Hayet

1. Acceptation de la grossesse

Madame Hayet décrit cette grossesse comme entièrement planifiée et attendue. Elle exprime avoir ressenti de la joie à l'annonce de sa grossesse, mais cette joie est immédiatement nuancée par ce qu'elle nomme "une certaine anxiété", directement liée à son expérience antérieure de perte d'enfant. Le souvenir de ce traumatisme reste vivace et constitutif de son rapport émotionnel à cette grossesse.

Elle évoque plusieurs inconforts physiques et psychiques depuis le début de sa grossesse : une fatigue générale, une nervosité accrue, ainsi que des troubles du sommeil qu'elle identifie comme récurrents. Ces manifestations physiques sont tolérées, mais pèsent sur son bien-être quotidien.

Sur le plan corporel, elle parle d'une sensation de lourdeur qu'elle associe à l'évolution de la grossesse, sans formuler de rejet ou de malaise, mais en signalant une vigilance constante vis-à-vis de son état physique.

Enfin, un doute émotionnel particulier est apparu lors de la découverte du sexe de l'enfant. En apprenant qu'elle portait un garçon, elle a immédiatement fait le lien avec l'enfant décédé, également un garçon. Elle semble vivre cette grossesse dans un rapport de miroir, dans lequel le bébé à naître renvoie symboliquement à l'enfant perdu, nourrissant à la fois l'attachement et une crainte implicite quant à la possibilité de revivre une souffrance comparable.

2. Identification au rôle de mère

Madame Hayet fonde son identité maternelle actuelle sur les expériences passées : la maternité de sa première fille, qu'elle décrit comme structurante, et l'expérience douloureuse de la perte de son deuxième enfant, un garçon, décédé accidentellement. Ce double vécu — entre construction et traumatisme — conditionne son rapport à la grossesse actuelle.

Elle évoque la volonté de devenir mère "sous condition" : cette condition est la sécurité de l'enfant à venir. Elle affirme que devenir mère à nouveau n'a de sens que si elle peut garantir la protection et la vie de ce bébé, ce qui renvoie directement à un sentiment de culpabilité partagé avec son mari, depuis la perte de leur fils. Elle explique que chacun des deux parents s'est senti responsable, puisque tous deux étaient présents au moment de

l'accident. Ce vécu alimente un doute latent, qui marque sa posture de future mère.

La demande explicite de sa fille aînée, qui souhaitait un petit frère, a également influencé son engagement dans ce nouveau projet parental. Elle mentionne que cette attente fraternelle a joué un rôle moteur dans sa décision de poursuivre la grossesse, malgré les incertitudes.

L'accueil de l'enfant à naître est teinté d'ambivalence émotionnelle. Si elle souhaite que la grossesse aboutisse, elle redoute de ne pas être capable de supporter une nouvelle perte. Elle dit craindre la charge émotionnelle d'un attachement trop fort, qu'elle juge difficile à porter. Ce doute influence sa projection dans le futur, en particulier sur l'organisation de sa vie professionnelle, qu'elle envisage déjà de réajuster.

Elle indique devoir réévaluer la proximité qu'elle aura avec son travail, afin de prioriser les soins à apporter au bébé. Cette réorganisation est perçue comme nécessaire pour éviter toute négligence, consciente ou involontaire.

Enfin, concernant l'allaitement et l'éveil, elle évoque l'âge comme un facteur de difficulté. À 39 ans, elle dit ne plus avoir la même énergie qu'à 30 ou 20 ans, mais affirme qu'elle est disposée à traverser cette période malgré les contraintes, montrant ainsi un engagement mesuré mais réel dans son rôle maternel.

3. Résolution des conflits pendant la grossesse

Madame Hayet ne manifeste aucune inquiétude particulière concernant ses capacités maternelles. Elle affirme avoir confiance en ses compétences pour assumer à nouveau le rôle de mère, et ce malgré les événements traumatiques antérieurs. Elle se montre posée, mesurée et confiante dans sa manière d'aborder cette nouvelle étape.

Elle ne présente aucune tension entre sa vie professionnelle et sa maternité. Au contraire, elle explique que le travail représente pour elle un soutien psychologique important, en tant que catalyseur émotionnel. Elle précise que l'exercice de sa profession l'a aidée à surmonter en partie la perte de son enfant, et que le maintien de son activité professionnelle lui permet d'atténuer les tensions pouvant surgir pendant la grossesse. Travailler constitue pour elle un exutoire structurant, une source d'ancrage et de stabilité.

Elle souligne également l'absence de conflits familiaux depuis le début de cette grossesse. Elle met en avant sa capacité à gérer les situations conflictuelles à travers l'écoute et la discussion, qu'elle considère comme des ressources essentielles dans sa façon de

fonctionner au quotidien.

Pour Madame Hayet, le fait de rester concentrée sur ses objectifs professionnels l'aide à préserver un équilibre mental, en lui permettant de ne pas s'enliser dans les inquiétudes liées à sa grossesse ou à son histoire personnelle. Cette approche montre une forme de résilience active, articulée autour de la maîtrise, de l'organisation et de la projection positive.

4. Relation avec la mère

Madame Hayet décrit sa relation avec sa mère comme globalement stable et positive. Elle affirme que sa mère est disponible et présente pendant cette période de grossesse, et qu'elle lui apporte un soutien affectif et pratique. Elle insiste sur le fait qu'il n'y a pas eu de changement notable dans la qualité de cette relation, ni de conflit manifeste.

Toutefois, lorsqu'il s'agit d'échanger sur des décisions ou des conseils, Mme Hayet marque une certaine réserve. Elle explique que les divergences d'opinion entre elle et sa mère sont fréquentes, mais non conflictuelles, et qu'elles sont principalement liées à des différences générationnelles. Sa mère, selon ses propos, adopte une vision traditionnelle de la maternité, fondée sur la priorité donnée au foyer, à l'éducation des enfants et à la vie domestique, alors que Mme Hayet incarne un modèle plus autonome, dans lequel carrière professionnelle et vie de famille coexistent.

Elle exprime parfois de la lassitude face à certains conseils ou jugements de sa mère, qu'elle considère peu compatibles avec sa manière de vivre sa maternité aujourd'hui. Néanmoins, elle ne remet pas en cause le lien affectif fort qu'elle entretient avec elle, et ne signale aucun rejet ou rupture dans la relation.

Ainsi, malgré des désaccords de fond sur la vision du rôle maternel, la relation entre Madame Hayet et sa mère demeure fonctionnelle, soutenante et respectueuse.

5. Relation avec le mari

Madame Hayet décrit sa relation conjugale comme solide, équilibrée et profondément soutenante. À l'annonce de la grossesse, elle évoque une réaction enjouée et pleine d'espérance de la part de son mari, heureux à l'idée d'accueillir un nouvel enfant.

Durant cette grossesse, il s'est montré attentif à ses besoins, tant physiques qu'émotionnels. Elle précise qu'il n'y a aucune divergence de point de vue notable entre eux, que ce soit sur la grossesse ou sur la manière de préparer l'arrivée de l'enfant. Il est présent à

toutes les consultations médicales, témoignant d'un engagement actif et d'un soutien concret.

Mme Hayet insiste sur le fait que son mari représente un soutien fondamental dans sa vie affective. Elle met en avant l'importance de leur égalité de niveau intellectuel, qu'elle considère comme un élément central de leur relation. Tous deux travaillent dans le même domaine professionnel, ce qui facilite leur compréhension mutuelle, leur communication, ainsi qu'un partage des responsabilités au sein du couple.

Elle ajoute que leur histoire repose sur une longue période de connaissance mutuelle avant le mariage, ce qui, selon elle, a consolidé un lien fort fondé sur la confiance et une profonde compréhension réciproque. Elle parle même d'une connaissance "aveugle" entre les deux partenaires, qui permet une cohérence rare dans la gestion du quotidien et des périodes sensibles comme la grossesse.

Résultats :

Le cas de Mme Hayet démontre qu'une grossesse planifiée peut être porteuse de valeur réparatrice, mais que cette réparation n'efface pas l'empreinte d'un deuil encore actif. La grossesse n'est pas vécue comme insouciance, mais comme sérieuse, contenue, investie avec prudence.

Dans la perspective de Lederman, Mme Hayet intègre bien la première dimension (acceptation), mais elle y adjoint une charge émotionnelle spécifique, qui complexifie l'identification au rôle de mère. Néanmoins, la stabilité conjugale, l'implication du conjoint, le soutien maternel, et l'ancrage professionnel permettent de contenir les tensions internes et d'assurer un équilibre psychosocial globalement solide

5.2-Discussion des hypothèses :

5.2.1-Hypothèse 1 : La grossesse non planifiée laisse les femmes ressentir de l'anxiété, de la peur, de la détresse...

La grossesse non planifiée laisse les femmes ressentir de l'anxiété, de la peur, de la détresse...

L'analyse des quatre cas montre des contrastes clairs selon que la grossesse ait été planifiée ou non. Mme Anissa, Mme Karima et Mme Hayet, qui ont toutes vécu une grossesse planifiée, expriment une stabilité émotionnelle relative, malgré parfois la présence d'événements antérieurs difficiles (comme le deuil d'un enfant dans le cas de Mme Hayet ou une fausse couche dans celui de Mme Karima). Leur vécu est marqué par une certaine sérénité, une anticipation active, et une intégration psychologique progressive de la grossesse.

En revanche, Mme Houda, dont la grossesse n'était pas prévue, manifeste une forte ambivalence. Elle évoque de la fatigue, de l'isolement, de l'anxiété, et une perception de la grossesse comme une charge émotionnelle lourde, sur fond de conflit conjugal non résolu. Ce vécu montre une absence de préparation psychique, accentuée par une situation familiale et conjugale instable.

Conclusion synthétique : L'hypothèse se vérifie pleinement dans le cas de Mme Houda. Elle est infirmée dans les cas planifiés (Anissa, Karima, Hayet), ce qui renforce l'idée que la planification constitue un facteur protecteur face aux déséquilibres émotionnels liés à la grossesse.

5.2.2-Hypothèse 2 : La grossesse non planifiée affecte la vie conjugale de la femme par des tensions, des disputes et des malentendus.

La grossesse non planifiée affecte la vie conjugale de la femme par des tensions, des disputes et des malentendus.

Les effets de la planification se retrouvent également dans la qualité de la vie conjugale. Les cas de Mme Anissa, Mme Karima et Mme Hayet montrent que lorsque la grossesse est souhaitée et préparée, la relation de couple est globalement stable, marquée par une communication fluide, une écoute réciproque et une présence active du mari dans les suivis médicaux. Ces femmes décrivent leur partenaire comme impliqué, bienveillant et soutien moral.

En revanche, chez Mme Houda, la grossesse non désirée a provoqué une réaction de rejet de la part du mari. Le manque d'implication, l'absence d'écoute, voire des signes de violence

conjugale, ont rendu l'expérience de la grossesse émotionnellement plus douloureuse. L'absence de projet commun, de dialogue ou de collaboration renforce les tensions dans le couple.

Conclusion synthétique : Cette hypothèse est confirmée. La grossesse non planifiée constitue un facteur de déséquilibre conjugal dans le cas de Mme Houda, contrairement aux autres femmes dont la grossesse s'inscrit dans une dynamique conjugale positive et soutenance

5.2.3-Hypothèse 3 : La grossesse non planifiée affecte la vie familiale de la femme par des jugements, des pressions ou un manque de soutien.

La grossesse non planifiée affecte la vie familiale de la femme par des jugements, des pressions ou un manque de soutien.

Le soutien familial est apparu comme un élément déterminant dans l'adaptation à la grossesse. Mme Karima et Mme Hayet témoignent de relations fortes avec leur mère ou leurs sœurs, ce qui leur permet de se sentir accompagnées et conseillées durant cette période. Mme Anissa, également, évoque une relation maternelle stable qui l'encourage à investir sa grossesse de manière confiante.

À l'inverse, Mme Houda, qui a perdu sa mère jeune et vit des tensions avec sa belle-famille, se trouve dans une situation d'isolement affectif. L'absence de figure maternelle, le rejet conjugal, et une autonomie limitée accentuent son sentiment de solitude et de surcharge mentale. Elle tente de compenser cela par des figures substitutives, mais le manque de soutien familial reste palpable.

Conclusion synthétique : L'hypothèse se confirme dans le cas de Mme Houda. Les autres cas montrent au contraire que la présence d'un entourage familial stable permet une meilleure gestion émotionnelle et symbolique de la grossesse.

5.2.4-Discussion générale

L'ensemble des données cliniques recueillies à travers les quatre cas montre que la planification de la grossesse, lorsqu'elle s'inscrit dans un cadre affectif et relationnel favorable, renforce la stabilité psychologique, conjugale et familiale de la femme enceinte. Dans les cas de Mme Anissa, Mme Karima et Mme Hayet, on observe une adaptation harmonieuse, où la grossesse est vécue comme une continuité du projet de vie. Leur entourage, conjugal et familial, agit comme un régulateur émotionnel, un facteur d'ancrage et de réassurance.

À l'opposé, le cas de Mme Houda illustre comment une grossesse non désirée, vécue dans un climat conflictuel et sans soutien structurant, peut conduire à une souffrance psychique plus marquée, à des tensions conjugales et à un repli affectif.

Ces constats confirment les fondements du modèle de Lederman, selon lequel l'adaptation à la grossesse dépend largement de la qualité des liens interpersonnels, du contexte familial

et de la capacité à s'investir symboliquement dans la maternité

5.3-Synthèse générale : Résultats – Hypothèses – Réponses à la problématique

L'étude clinique menée auprès de quatre femmes enceintes, aux profils variés, a permis de dégager plusieurs lignes de force concernant l'expérience de la grossesse, notamment en lien avec la planification, l'implication conjugale, et le soutien familial. L'analyse des cas a été conduite à partir des cinq dimensions du questionnaire et à l'aide d'un guide d'entretien clinique semi-directif, en tenant compte des repères conceptuels issus du modèle de Lederman sur l'adaptation maternelle

Résultats par hypothèse :

Hypothèse 1 supposait qu'une grossesse non planifiée entraîne des réactions émotionnelles négatives (peur, anxiété, détresse).

→ Cette hypothèse a été clairement confirmée dans le cas de Mme Houda, qui vit sa grossesse comme un événement subi, non désiré, générateur de fatigue, de confusion et d'angoisse.

- En revanche, elle est infirmée chez Mme Karima et Mme Anissa, dont les grossesses

planifiées sont vécues avec sérénité.

-Le cas de Mme Hayet nuance l'hypothèse : malgré la planification, des angoisses liées à un deuil antérieur persistent, mais sont bien régulées.

Hypothèse 2 envisageait qu'une grossesse non planifiée puisse déstabiliser la relation conjugale.

- Cette hypothèse est entièrement confirmée chez Mme Houda, dont la grossesse est rejetée par le conjoint, dans un contexte de conflit conjugal aggravé.

-À l'inverse, les cas de Mme Anissa, Mme Karima et Mme Hayet invalident cette hypothèse, en montrant que la planification renforce l'unité et la coopération dans le couple.

Hypothèse 3 supposait que la grossesse non planifiée entraîne un retrait ou une absence de soutien familial.

- Cette hypothèse est validée chez Mme Houda, qui se trouve isolée de toute figure maternelle ou fraternellement proche.

- Les autres cas (Karima, Hayet, Anissa) montrent au contraire que la planification s'accompagne d'un soutien familial actif, régulier et protecteur.

les réponses directes et claires aux trois questions de la problématique, fondées uniquement sur les résultats des quatre cas analysés (Mme Houda, Mme Hayet, Mme Karima et Mme Anissa), à travers les entretiens, les questionnaires et les cinq dimensions cliniques évaluées :

5.3.1-Comment la grossesse non planifiée influe-t-elle sur le vécu psychologique de la femme ?

Les résultats montrent que la grossesse non planifiée entraîne une perturbation psychologique importante, marquée par de l'anxiété, de l'ambivalence, un sentiment d'impréparation et, dans certains cas, de la détresse émotionnelle.

Dans le cas de Mme Houda, la grossesse non anticipée a été vécue comme un poids supplémentaire, générant de la fatigue psychique, un sentiment d'enfermement et une perte de

contrôle.

À l'inverse, les femmes ayant planifié leur grossesse (Mme Karima, Mme Hayet, Mme Anissa) ont montré une meilleure stabilité émotionnelle, une anticipation active, et un sentiment de cohérence personnelle face à l'événement.

Conclusion : Une grossesse non planifiée fragilise le vécu psychologique, en accentuant les incertitudes, les peurs et le repli. Elle rend l'adaptation plus difficile que lorsqu'il y a anticipation et désir de grossesse.

5.3.2- Quel est l'impact du vécu psychologique de la femme en situation de grossesse non planifiée sur la vie conjugale ?

La grossesse non planifiée affecte fortement l'équilibre du couple lorsque la communication est déjà fragile.

Dans le cas de Mme Houda, la grossesse a provoqué une réaction de rejet chez le mari, une absence d'implication, et un renforcement des conflits conjugaux, jusqu'à évoquer des violences.

Dans les cas où la grossesse a été planifiée, les relations conjugales se sont révélées stables et collaboratives (Mme Anissa, Mme Karima, Mme Hayet), même lorsque des émotions complexes étaient présentes.

Conclusion : Le vécu psychologique perturbé en cas de grossesse non planifiée engendre souvent des tensions, un désengagement du conjoint, et une rupture du dialogue dans le couple. Cela contraste avec les couples qui ont partagé un projet parental.

5.3.3 Quel est l'impact du vécu psychologique de la femme en situation de grossesse non planifiée sur sa vie de famille ?

L'absence de planification s'accompagne d'un retrait ou d'un isolement du tissu familial.

Mme Houda, dont la grossesse n'a pas été anticipée, ne bénéficie d'aucun soutien direct de la part de sa famille, et son environnement est marqué par le rejet ou la distance (perte de la mère, conflits avec la belle-famille). Elle se replie sur elle-même et se retrouve seule.

À l'inverse, les femmes ayant planifié leur grossesse sont généralement soutenues par leurs mères, leurs sœurs ou leur entourage (Mme Karima, Mme Hayet, Mme Anissa). Elles peuvent échanger, demander conseil, et se sentent épaulées dans leur maternité.

Conclusion : Le vécu psychologique lié à une grossesse non planifiée affaiblit les liens familiaux ou empêche de les mobiliser, renforçant le sentiment de solitude de la femme enceinte.

5.4-Convergence des résultats avec le modèle de Lederman

5.4.1- Planification et acceptation de la grossesse

Selon Lederman, l'anticipation et la planification de la grossesse constituent une dimension essentielle de l'adaptation psychosociale. Elle y voit un facteur facilitateur dans l'intégration psychique de la grossesse, dans l'investissement affectif envers l'enfant à naître, et dans la stabilité émotionnelle de la mère.

Dans mes résultats, cette dimension est parfaitement illustrée par les cas de Mme Anissa, Mme Karima et Mme Hayet, où la planification a favorisé :

- Une anticipation réaliste des changements corporels et émotionnels,

-
- Une meilleure régulation du stress,
 - Une projection positive dans le rôle maternel.

À l'inverse, le cas de Mme Houda, qui n'a pas planifié sa grossesse, confirme que l'absence de préparation psychique peut :

- Entraver l'investissement maternel,
- Aggraver les troubles de l'humeur,
- Nourrir une ambivalence ou une perception négative de la grossesse.

Cette observation est directement convergente avec la dimension n°1 du modèle : Acceptance of Pregnancy (Lederman & Weis, 2020, pp. 51-68).

5.4.2- Implication du conjoint et soutien conjugal

Lederman souligne que la qualité du lien conjugal influence fortement l'adaptation maternelle. Le soutien émotionnel et pratique du conjoint réduit les angoisses, favorise la stabilité identitaire de la femme enceinte, et permet un ajustement plus serein à la grossesse.

mes cas confirment cette perspective :

Mme Anissa, Mme Karima et Mme Hayet vivent dans un environnement conjugal stable, où le mari participe activement aux consultations, prend en charge certaines tâches, et soutient leur parcours maternel. Elles montrent des signes d'harmonie psychique.

En revanche, Mme Houda, dont le mari est distant, absent, voire violent, montre un fort déséquilibre affectif, une fatigue psychologique accrue, et une faible valorisation de son expérience de maternité.

Cette observation rejoint la dimension Relationship with the Husband or Partner (Lederman & Weis, 2020, pp. 123-158).

5.4.3- Soutien maternel et environnement familial

Le lien avec la propre mère ou une figure maternelle est identifié dans le modèle comme un facteur de stabilisation durant la grossesse. Il agit comme un modèle identificatoire et comme un refuge affectif.

Cette dimension apparaît avec force dans mes résultats :

Mme Karima et Mme Hayet bénéficient d'un soutien actif de leur mère ou de leurs sœurs, ce qui participe à leur stabilité émotionnelle.

Mme Anissa évoque aussi une relation continue avec sa mère, synonyme de conseil et de confiance.

Mme Houda, privée de figure maternelle stable, ne trouve qu'un soutien partiel, ce qui fragilise son vécu de grossesse.

Cela recoupe la dimension Relationship with Own Mother (Lederman & Weis, 2020, pp. 105-120).

Pourquoi trois cas sur quatre infirment certaines hypothèses par rapport au modèle de Lederman

Les hypothèses initiales posaient que la grossesse non planifiée serait globalement associée à un vécu psychologique plus difficile, à des conflits conjugaux, et à une faiblesse du soutien familial. Or, l'analyse des cas cliniques étudiés montre que seule Mme Houda, qui vit une grossesse non désirée, présente des symptômes significatifs correspondant à ces hypothèses (anxiété, conflit conjugal, isolement).

En revanche, les trois autres femmes (Mme Anissa, Mme Karima, Mme Hayet), ayant toutes vécu une grossesse planifiée, ont infirmé ces hypothèses, en montrant une meilleure adaptation émotionnelle, relationnelle et sociale à la grossesse.

5.5-Pourquoi cette divergence ?

Cette divergence ne remet pas en cause les hypothèses en elles-mêmes, mais confirme le modèle théorique de Lederman, qui affirme que l'adaptation psychosociale à la grossesse repose sur sept dimensions interdépendantes. Selon ce modèle, ce n'est pas uniquement la grossesse elle-même (planifiée ou non) qui influence le vécu de la femme, mais la manière dont elle s'intègre dans un contexte psychique et relationnel global.

En d'autres termes, la qualité de l'environnement conjugal, le niveau de soutien familial, la stabilité émotionnelle, la projection dans le rôle maternel et l'histoire personnelle jouent un rôle bien plus déterminant que la seule dimension de la planification.

Les cas de Mme Anissa, Karima et Hayet illustrent parfaitement cette idée : elles ont toutes intégré leur grossesse dans une logique de continuité, avec une implication consciente, une bonne communication avec le conjoint, et un ancrage affectif solide dans leur réseau

social et familial. C'est la convergence de ces facteurs, telle que l'explique Lederman, qui permet une adaptation maternelle harmonieuse, même en cas de vécu émotionnel complexe (comme le deuil dans le cas de Mme Hayet).

Ainsi, les cas qui infirment les hypothèses valident en réalité le modèle de Lederman, car ils démontrent que la grossesse n'est pas isolée, mais qu'elle s'inscrit dans un système relationnel, une histoire personnelle, et une capacité de la femme à s'ajuster psychiquement

5.6-Analyse explicative : Pourquoi trois cas sur quatre confirment l'hypothèse selon le modèle de Lederman (2020)

Sur les quatre cas étudiés, trois femmes (Mme Anissa, Mme Karima et Mme Hayet) ont vécu une grossesse planifiée. Les résultats issus du guide d'entretien et du questionnaire en cinq dimensions montrent que ces trois cas présentent une meilleure adaptation affective, relationnelle et familiale. Seule Mme Houda, en situation de grossesse non planifiée, manifeste un mal-être psychique, des tensions conjugales, et un isolement familial significatif.

Analyse selon le modèle de Lederman

Le modèle d'adaptation psychosociale à la grossesse proposé par Lederman repose sur sept dimensions dynamiques, parmi lesquelles les trois suivantes sont directement concernées par votre hypothèse :

Acceptation de la grossesse (Acceptance of Pregnancy, pp. 51-68)

La planification permet une anticipation consciente, une réduction de l'ambivalence, et un investissement émotionnel stable.

C'est le cas de Mme Anissa, Mme Karima et Mme Hayet : toutes ont accueilli la grossesse comme une continuité de leur parcours personnel et maternel.

Relation avec le partenaire (Relationship with Husband or Partner, pp. 123-158)

- Le modèle montre que la stabilité conjugale favorise la sécurité émotionnelle et l'adaptation.

-
- Ces trois femmes témoignent d'un conjoint présent, impliqué, et soutenant.
 - À l'inverse, Mme Houda, en situation de grossesse non planifiée, subit un rejet conjugal, de l'indifférence, voire de la violence.

Soutien familial, particulièrement de la mère (Relationship with Own Mother, pp. 105-120)

- La qualité du lien maternel ou du réseau de soutien familial est une base affective pour la femme enceinte.
- Les trois cas planifiés bénéficient d'une relation stable, d'un appui émotionnel ou d'un entourage mobilisé.
- -Mme Houda, sans mère, sans fratrie disponible, se retrouve dans un vide affectif renforcé.

Explication

Les trois cas qui confirment l'hypothèse valident pleinement les dimensions du modèle de Lederman.

La grossesse planifiée, lorsqu'elle s'inscrit dans une relation conjugale équilibrée et un tissu familial disponible, favorise une adaptation globale sur le plan psychique et social. La femme développe une capacité d'anticipation, d'organisation et de régulation émotionnelle, en lien avec les facteurs protecteurs identifiés dans le manuel de Lederman.

Conclusion générale

Ce travail a été consacré à l'exploration du vécu psychologique des femmes en situation de grossesse, dans une perspective clinique et prénatale. À travers une démarche qualitative et une approche centrée sur l'étude de cas, l'objectif a été de comprendre comment cette expérience particulière influence la vie intérieure de la femme, ses relations conjugales et familiales, ainsi que son rapport à elle-même.

La partie théorique a permis de poser les fondements nécessaires à cette recherche en mobilisant des apports issus de la psychologie prénatale, de la psychanalyse, des neurosciences et des modèles psychosociaux. Les travaux de Ludwig Janus ont éclairé les enjeux cliniques de la grossesse en tant que période de transformation identitaire, tandis que ceux de Lederman ont mis en valeur les dimensions relationnelles de l'adaptation à la maternité. Ces références ont constitué un cadre de lecture essentiel pour saisir la complexité des processus en jeu.

Sur le terrain, les données recueillies auprès de quatre femmes ont confirmé que la grossesse non planifiée constitue souvent un moment de bouleversement. L'anxiété, les tensions dans le couple, les réactions familiales variées, mais aussi les mouvements intérieurs profonds qui accompagnent cette période, témoignent de l'intensité émotionnelle et psychique qu'elle peut générer. Les hypothèses formulées ont été majoritairement validées, tout en étant nuancées par la singularité de chaque parcours.

Au-delà des constats, ce mémoire a mis en lumière l'importance de l'écoute clinique, de l'accompagnement sensible, et de la prise en compte de la subjectivité. Il souligne également le rôle central de la parole et du cadre relationnel dans le soutien psychologique à offrir aux femmes confrontées à une grossesse non prévue.

En conclusion, cette recherche insiste sur la nécessité d'une approche humaine, multidimensionnelle et interdisciplinaire de la grossesse, qui tienne compte à la fois du corps, de l'histoire, des émotions et des liens. Elle invite les professionnels de la santé à ne pas réduire la grossesse à un fait biologique, mais à l'aborder comme un événement existentiel, riche, complexe, parfois conflictuel, mais toujours porteur de sens.

Bibliographie

Janus, L. (2021). *Psychologie prénatale et psychothérapie*. Heidelberg : Mattes Verlag.

Lederman, R. P., & Weiss, K. (2020). *Psychosocial adaptation to pregnancy: Seven dimensions of maternal development*. Springer Publishing.

Verny, T. R. (2002). *The Secret Life of the Unborn Child*. Dell Publishing.

Ouvrages de méthodologie :

Corbière, M., & Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé (2e éd.)*. Presses de l'Université du Québec.

Gagnon, Y.-C. (2011). *L'étude de cas comme méthode de recherche (2e éd.)*. Presses de l'Université du Québec.

Ouvrages de référence médicale :

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français [CNGOF]. (2018). *Traité de gynécologie obstétrique (4e éd.)*. Paris : Masson.

Ouvrages en neurosciences et psychologie périnatale :

Bydlowski, M. (1997). *La transparence psychique de la grossesse*. Paris : PUF.

Gross, H., & Pattison, N. (2007). Psychological impact of unplanned pregnancy on women's mental health: A review of the evidence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25(2), 91–101. <https://doi.org/10.1080/02646830701282675>

Alvarez, L., & Cayol, V. (2015). *Psychologie et psychiatrie de la grossesse*. Paris : Éditions Odile Jacob.

Bottemanne, H., & Joly, L. (2022). *Dans le cerveau des mamans : La maternité, l'amour et le soin*. Monaco : Éditions du Rocher.

Evertz, K., Janus, L., & Linder, R. (2021). *Handbook of Prenatal and Perinatal Psychology: Integrating Research and Practice*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-41716-1>

Ferrarello, S. (2024). *The Phenomenology of Pregnancy and Early Motherhood: Ethical, Social, and Psychological Perspectives*. New York : Routledge.

Gross, H., & Pattison, H. (2007). *Sanctioning Pregnancy: A Psychological Perspective on the Paradoxes and Culture of Research*. London : Routledge.

Missonnier, S. (Dir.) (2012). *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*. Paris : Elsevier Masson.

Guide d'entretien clinique semi-directif

Informations personnelles

- Prénom
- Âge
- Profession
- Niveau d'instruction
- Situation matrimoniale
- Antécédents médicaux
- Antécédents psychologiques
- Âge du mari
- Fratrie

Axe 1 : Informations concernant la grossesse

- Est-ce votre première grossesse ? Si non, combien en avez-vous eues auparavant ?
- Quelles sont les années de vos grossesses précédentes ?
- À quel mois de grossesse êtes-vous actuellement ?
- Connaissez-vous le sexe du bébé ?
- Avez-vous constaté une augmentation ou une diminution de votre poids ?
- Faites-vous attention à votre alimentation ? Avez-vous des goûts particuliers ou plus marqués durant la grossesse ?
- Souffrez-vous d'une maladie organique (anémie, hypertension artérielle, diabète, rubéole...) ?
- Consultez-vous le même gynécologue tout au long de votre grossesse ou changez-vous régulièrement ?

Axe 2 : Aspect psychologique

- Avez-vous déjà consulté un psychologue ? Si oui, pourriez-vous m'en dire la raison ?
- Ressentez-vous des changements d'humeur ou de personnalité durant cette grossesse ?
- Essayez-vous de vous adapter à ces changements ? Comment y parvenez-vous ?
- Comment votre mari a-t-il réagi à l'annonce de la grossesse ?
- Avez-vous une préférence concernant le sexe du bébé ?
- Qu'avez-vous ressenti en apprenant le sexe du bébé ?
- Lorsque vous êtes chez la gynécologue, êtes-vous impatiente de connaître l'état de santé de votre bébé ?
- Quelles sont vos appréhensions concernant la santé de votre bébé lors des consultations ?
- Que ressentez-vous à la vue de l'échographie de votre bébé ?

Axe 3 : Aspect affectif et relationnel

- Votre mari vous accompagne-t-il souvent chez la gynécologue ?
- Souhaitez-vous qu'il soit présent dans la salle de consultation ?
- Parlez-vous de votre grossesse avec votre mari ?
- Lorsque vous vous sentez opprimée, avez-vous une personne de confiance, de préférence une femme, à qui vous confier ?
- Quelle relation entretenez-vous avec vos sœurs ? Sont-elles disponibles durant votre grossesse ?
- Avez-vous déjà des enfants ? Si oui, combien ?
- Comment vos enfants réagissent-ils à votre grossesse ?
- Quel genre de relation entretenez-vous avec votre belle-famille ?
- Quelle est la nature de votre relation avec votre belle-mère ? Avez-vous perçu un changement dans son comportement à votre égard durant la grossesse ?
- Quelle est la personne qui vous soutient le plus pendant cette période ?

Axe 4 : Aspect socio-économique et professionnel

- Avez-vous une carrière professionnelle ? Si oui, dans quel domaine ?
- Votre mari travaille-t-il ? Dans quel secteur ?
- Votre situation financière vous permet-elle de subvenir aux besoins essentiels liés à la grossesse ?
- Au travail, vos collègues ont-ils été informés de votre grossesse dès le début ou seulement lorsque cela est devenu visible ?
- Quelle est la nature de vos relations avec vos collègues ?
- Comment vos collègues ont-ils réagi à l'annonce de votre grossesse ?
- Avez-vous modifié certaines de vos habitudes professionnelles pendant la grossesse ?

Axe 5 : Aspects pratiques durant la grossesse

- Comment vous informez-vous au sujet de votre grossesse ?
- Utilisez-vous des applications en lien avec votre grossesse ?
- Pratiquez-vous une activité physique pendant la grossesse ?

Questionnaire Clinique Semi-Directif Inspiré de l'Adaptation Psychosociale à la Grossesse

1. Acceptation de la grossesse

- Avez-vous prévu ou attendu cette grossesse ?
- Comment avez-vous réagi en apprenant votre grossesse ?
- Quelles émotions avez-vous ressenties dans les premiers temps ?
- Ressentez-vous parfois un inconfort particulier lié à votre état ?
- Percevez-vous des changements dans votre corps ? Les acceptez-vous facilement ?
- Avez-vous des sentiments contradictoires à propos de cette grossesse ? Pouvez-vous m'en parler ?

2. Identification au rôle de mère

- Avez-vous déjà pensé à ce que cela signifie pour vous de devenir mère ?
- Qu'est-ce qui vous motive ou vous touche dans le fait de devenir mère ?
- Vous sentez-vous prête à accueillir et à vous occuper d'un enfant ?
- Avez-vous réfléchi aux changements que cela impliquera dans votre vie quotidienne ?
- Vous projetez-vous dans les gestes du soin maternel (allaitement, éveil, etc.) ?

3. Résolution des conflits pendant la grossesse

- Avez-vous des inquiétudes quant à vos capacités à être une bonne mère ?
- Ressentez-vous une tension entre votre vie professionnelle et la maternité ?
- Avez-vous rencontré des conflits familiaux ou personnels depuis le début de la grossesse ?
- Comment gérez-vous ces conflits ou ces doutes ? Avez-vous des ressources personnelles ou relationnelles pour y faire face ?

4. Relation avec votre propre mère

- Quelle relation entretenez-vous avec votre mère actuellement ?
- Est-elle présente ou disponible pendant cette période ?
- Vous sentez-vous soutenue par elle ? Pouvez-vous lui parler librement de vos préoccupations ?
- Est-ce que votre grossesse a changé quelque chose dans votre relation avec elle ?
- Acceptez-vous volontiers ses conseils ou son aide dans cette période ?

5. Relation avec le mari ou le partenaire

- Comment votre mari/partenaire a-t-il réagi à l'annonce de la grossesse ?
- Est-il attentif à vos besoins physiques et émotionnels pendant cette période ?
- Participe-t-il aux rendez-vous médicaux ou aux préparatifs pour l'arrivée du bébé ?
- Est-ce que vous vous sentez soutenue, écoutée, comprise par lui ?
- Avez-vous confiance en sa présence et sa fiabilité pour les mois à venir ?
- Est-ce que votre relation a changé depuis le début de la grossesse ? En mieux, en moins bien ?

Résumé en français

Ce mémoire propose une étude clinique de l'expérience de la grossesse à travers le prisme de la psychologie prénatale. Il s'appuie sur une méthode qualitative reposant sur l'étude de quatre cas de femmes enceintes rencontrées dans un cabinet de gynécologie. L'objectif est d'explorer comment ces femmes vivent subjectivement cette période de transformation, et dans quelle mesure la planification de la grossesse influe sur leur équilibre psychique, leurs relations conjugales et familiales.

À partir du modèle de Lederman sur l'adaptation psychosociale à la grossesse, cinq dimensions ont été explorées : l'acceptation de la grossesse, l'identification au rôle de mère, la résolution des conflits, la relation à la propre mère, et la relation au conjoint. Les résultats indiquent que la grossesse planifiée favorise une meilleure adaptation affective et sociale, alors qu'une grossesse non désirée peut révéler des tensions et des fragilités. Toutefois, l'analyse souligne également que le contexte relationnel et les ressources subjectives jouent un rôle fondamental dans l'expérience de la grossesse, au-delà du simple fait qu'elle soit désirée ou non.

Abstract in English

This thesis presents a clinical study of pregnancy from the perspective of prenatal psychology. Using a qualitative approach based on four individual case studies of pregnant women interviewed in a gynecological setting, the research explores how each woman subjectively experiences this transitional period and how the planning status of the pregnancy influences their psychological, marital, and familial well-being.

Based on Lederman's model of psychosocial adaptation to pregnancy, five dimensions were examined: acceptance of pregnancy, maternal role identification, conflict resolution, relationship with one's own mother, and relationship with the partner. The findings reveal that planned pregnancies tend to support better emotional and social adaptation, whereas unplanned ones can expose tensions and psychological vulnerability. Nevertheless, the study also shows that the quality of the relational environment and the woman's internal resources are critical to how the pregnancy is integrated and experienced.