

Mémoire

**Faculté de Médecine
École de Sages-Femmes**

Diplôme d'État de Sage-femme

2021-2022

Les représentations des sages-femmes sur la primiparité tardive

Présenté et soutenu publiquement le 13 mai 2022

par

Clara Gil

Expert scientifique : Marie-Pierre PAUZET

Expert méthodologique : Valérie BLAIZE-GAGNERAUD



Remerciements

Mes premières pensées sont adressées à Valérie BLAIZE-GAGNERAUD, ma guidante de mémoire. Merci de m'avoir accompagnée tout du long, dans ce travail de recherche et d'écriture. Votre soutien et votre investissement sans borne m'ont permis de mener à bien ce travail.

Je remercie ensuite Marie-Pierre PAUZET, sage-femme de l'HME et directrice de mon mémoire. Merci pour tes conseils toujours avisés et tes nombreuses relectures qui m'ont été d'une aide précieuse.

Je tiens également à saluer toutes les sages-femmes qui ont accepté de participer à mon étude, qui ont donné de leur temps pour que ce travail voit le jour.

Je remercie tout particulièrement les sages-femmes Laurence BOURDIER, Rozen DRUET, Frédérique BEAUSSAULT, ainsi que le Docteur MAZEL, pour m'avoir transmis avec autant d'envie et de bienveillance leur savoir. Merci pour vos paroles si réconfortantes et encourageantes qui ont su me donner confiance pour la suite.

Enfin une pensée pour ma famille, qui m'a offert la chance de réaliser ces études en toute sérénité.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :
« Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France »
disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Première partie : Introduction	9
1. La primiparité tardive	9
1.1. Evolution.....	9
1.2. Les problématiques d'une primiparité tardive	10
1.2.1 Recours plus fréquent à la PMA	10
1.2.2 Complications obstétricales.....	10
1.3. Les représentations de la maternité tardive.....	11
1.3.1 Psycho-sociologie de la primiparité tardive	11
1.3.2 La stigmatisation de la primipare tardive	12
1.3.3 Le vécu psychique et physique de ces mères	13
1.3.4 La capacité à s'occuper d'un enfant	13
1.3.5 Les problématiques générationnelles	13
Deuxième partie : Matériel et Méthode.....	15
2. Type d'étude	15
2.1. Population étudiée.....	15
2.2. Matériel et méthode	15
2.3. Stratégie d'exploitation des données	15
Troisième partie : Présentation des résultats	17
3. Caractéristiques de la population.....	17
3.1. Données socio-démographiques	17
3.1.1 L'âge moyen.....	17
3.1.2 La durée d'expérience professionnelle.....	18
3.1.3 L'expérience personnelle de la maternité.....	18
3.1.4 Les types de maternité.....	19
3.1.5 Les secteurs d'activité	20
3.1.6 La prise en charge d'une primipare tardive au cours de sa carrière	20
3.1.7 L'influence de la primiparité tardive sur les capacités maternelles	21
3.1.8 Le seuil maximal pour concevoir son premier enfant	22

3.2. Les représentations sociales dans la population générale	22
3.3. Les représentations sociales selon le type de maternité.....	23
3.3.1 Les maternités de type 1	23
3.3.2 Les maternités de type 2	24
3.3.3 Les maternités de type 3	24
3.3.4 Comparaison des associations verbales entre sages-femmes de type 1 et type 2.	24
3.3.5 Comparaison des associations verbales entre sages-femmes de type 1 et type 3.	25
3.3.6 Comparaison des associations verbales entre sages-femmes de type 2 et type 3.	25
3.4. Les représentations sociales selon l'expérience personnelle de la maternité	26
3.4.1 Les sages-femmes avec enfant	26
3.4.2 Les sages-femmes sans enfant.....	26
3.4.3 Comparaison entre populations avec enfant et sans enfant	26
3.5. Les représentations sociales selon le secteur d'activité	26
3.5.1 Les sages-femmes de salle de naissance	27
3.5.2 Les sages-femmes polyvalentes	27
3.5.3 Comparaison entre les sages-femmes de salle de naissance et polyvalentes	27
3.6. Les représentations sociales selon la durée d'expérience professionnelle.....	28
3.6.1 Les sages-femmes dont l'expérience professionnelle est inférieure à 10 ans	28
3.6.2 Les sages-femmes dont l'expérience professionnelle est comprise entre 11 et 20 ans.....	28
3.6.3 Les sages-femmes dont l'expérience professionnelle est supérieure à 20 ans	28
3.6.4 Comparaison entre l'expérience professionnelle inférieure à 10 ans et comprise entre 11 et 20 ans.....	28
3.6.5 Comparaison entre l'expérience professionnelle comprise entre 11 et 20 ans, et supérieure à 20 ans	29
3.7. Les représentations sociales selon le positionnement sur les capacités maternelles .	29
3.7.1 Les sages-femmes pensant que l'influence est négative	29
3.7.2 Les sages-femmes pensant qu'il n'y a pas d'influence	30
3.7.3 Comparaison entre l'influence négative de la primiparité tardive et sans influence	

3.8. Les représentations sociales selon l'âge seuil de la 1 ^{ère} grossesse.....	30
3.8.1 Age seuil inférieur à 40 ans.....	30
3.8.2 Age seuil supérieur à 40 ans.....	31
3.8.3 Comparaison entre âge seuil inférieur et supérieur à 40 ans.....	31
Quatrième partie : Analyse des résultats et Discussion.....	32
4. Analyse des résultats	32
4.1 Points forts de l'étude	32
4.2 Limites de l'étude	32
4.3. Présentation de la population	33
4.4. Les représentations de la primiparité tardive	33
4.4.1 Plus de 40 ans.....	33
4.4.2 La fatigue.....	37
4.4.3 Le stress.....	38
4.4.4 Une question sociétale.....	40
Conclusion.....	43
Références bibliographiques	45
Annexes	48

Table des illustrations

Figure 1 : La répartition des sages-femmes selon l'âge (exprimé en classes)	17
Figure 2 : La durée d'expérience professionnelle des sages-femmes exprimée en classes d'années.....	18
Figure 3 : Les sages-femmes ayant des enfants	18
Figure 4 : La répartition des sages-femmes dans les différents types de maternité	19
Figure 5 : La répartition des sages-femmes dans les secteurs d'activité	20
Figure 6 : Le positionnement des sages-femmes concernant l'influence de la primiparité tardive sur les capacités maternelles	21
Figure 7 : Seuil maximal pour concevoir son premier enfant	22

Table des tableaux

Tableau 1 : Le carré de Vergès®.....	23
--------------------------------------	----

Première partie : Introduction

1. La primiparité tardive

La primiparité tardive est un phénomène qui s'est accru suite aux bouleversements concernant l'évolution de la place de la femme dans la société. Différents facteurs ont participé à une forme d'émancipation de la femme, comme par exemple, l'accès aux études supérieures, l'idée de carrière professionnelle, la mutation de l'institutionnalisation du couple. Aussi, devenir mère pour la première fois après 35 ans n'est aujourd'hui plus une exception. Pourtant, des préjugés persistent, à savoir une femme plus âgée que la moyenne a probablement fait preuve d'égoïsme, méconnaît la baisse de fertilité après 35 ans, l'exercice de la parentalité sera plus compliqué... D'un point de vue obstétrical, une étude menée en 2017 par Marques et al au Portugal montre un taux plus important de complications dans un groupe de femmes âgées de plus de 35 ans, lors de leur première grossesse(1). Enfin, l'intérêt de l'enfant, les capacités maternelles sont régulièrement questionnés. Dans une société marquée par le culte de la performance et du fait de l'évolution du cadre normatif, la primiparité tardive semble sujette à controverse.

1.1. Evolution

La maternité tardive ne fait pas réellement l'objet d'un consensus en termes de définition. Que ce soit en fonction des différentes sociétés, ou bien des différentes époques, sa définition a connu de nombreuses fluctuations. Considérer une maternité comme tardive fait tout d'abord référence au temps biologique de la procréation, donc aux limites liées à la physiologie féminine.

Il faut aussi prendre en compte les normes sociétales qui édictent les moments valorisés pour devenir mère (2).

Ainsi, aujourd'hui, une femme qui devient mère pour la première fois après 35 ans et a fortiori 40 ans est inévitablement considérée comme une primipare tardive. Devenir mère tardivement n'est pas une spécificité du XXIème siècle. Au début du siècle dernier, 6,5% des nouveau-nés, tous les rangs de naissance confondus, avaient une mère âgée de 40 ans voire plus. Cette tendance a diminué dans les années 1940, puis connu de nouveau une hausse à partir des années 1980. La proportion des premières naissances parmi ces naissances tardives, bien

que faible, croît progressivement. De 12% en 1967, elle est passée à 17% en 1981, jusqu'à atteindre 26,4% en 2014 (3).

1.2. Les problématiques d'une primiparité tardive

1.2.1 Recours plus fréquent à la PMA

La fertilité décroît avec l'âge et de façon notable à partir de 35 ans (4) (5).

Dans un de ses ouvrages, Claire Squires, psychiatre, écrit « *À vingt-cinq ans, une femme a 20 % de chances de devenir enceinte à chaque cycle. À trente-cinq, elle n'en a plus que 12 %. À quarante ans, 6 % et à quarante-cinq ans, les chances sont quasiment nulles.* » (6). Ainsi, pour ces femmes âgées de plus de trente-cinq ans, pour qui les chances de grossesse spontanée sont affaiblies, le recours à l'Aide Médicale à la Procréation est fréquemment envisagé.

1.2.2 Complications obstétricales

L'âge maternel est reconnu comme un facteur de risque de morbidité et mortalité maternelles. Les femmes âgées de plus de 35 ans présentent une plus grande proportion de pathologies préexistantes à la grossesse. Nous retrouvons principalement l'hypertension artérielle chronique, le diabète, les dysthyroïdies, les pathologies gynécologiques (7). Par conséquent, les grossesses sont considérées comme pathologiques et nécessitent une surveillance accrue.

Parmi les aberrations chromosomiques connues, la fréquence de la Trisomie 21 augmente avec l'âge maternel : elle est estimée à 1/1500 naissances lorsque la mère a 20 ans, à 1/1000 naissances à 30 ans, et 1/100 naissances à 40 ans (7).

De plus, comparées aux femmes de 20 à 29 ans, les femmes de plus de 45 ans ont plus de pathologies cardiaques. Le risque de survenue d'un infarctus du myocarde est multiplié par 5,4 ; celui de pathologies pulmonaires multiplié par 3,9 ; de pathologies rénales multiplié par 3,0. La fréquence des prééclampsies est plus importante lorsque la mère a plus de 40 ans, quelle que soit la parité. Enfin, le risque de développer un diabète gestationnel est lui aussi corrélé de façon positive avec l'âge de la parturiente.

L'âge maternel est également un facteur de risque de morbi-mortalité fœtale. Une étude menée par la maternité de Port-Royal à Paris, a montré une augmentation du taux de

prématurité, qui est multiplié par deux (13 %) dans le groupe des femmes âgées de plus de 42 ans par rapport aux femmes âgées de 25-35 ans (8).

1.3. Les représentations de la maternité tardive

1.3.1 Psycho-sociologie de la primiparité tardive

Dans notre société, il existe une forte pression pour devenir parent. L'entourage, qu'il soit familial, professionnel, est un acteur essentiel de cette pression sociale. L'Etat, par ses politiques familiales, sociales, de protection maternelle et infantile, encourage la femme de façon plus ou moins explicite à procréer (9).

Cette pression est très fréquemment exercée sur la femme trentenaire, inféconde, installée dans une relation de couple stable. Parmi les caractéristiques considérées comme des conditions sociales acceptables pour prétendre au rôle de mère, la notion d'âge semble être un pilier fondamental. Dans les conceptions occidentales, devenir parents est une question omniprésente, mais celle du « bon moment » l'est bien plus encore (10).

Dans les années 90, l'« âge idéal » de la première maternité était de 25 ans, créant ainsi un climat anxiogène pour certaines femmes qui ne répondaient pas à ce critère de temporalité (10). Cette définition d'« âge idéal » ne semble aujourd'hui plus d'actualité, puisque les femmes repoussent l'âge de conception de leur premier enfant. En France, en 2019, l'âge moyen était de 30,7 ans selon l'INSEE.

Aujourd'hui s'écarter de cet « âge idéal » semble de plus en plus toléré, toutefois, il faut noter la persistance dans l'inconscient collectif d'un « âge limite » pour procréer.

En effet, une femme interrogée au moment de son entrée dans les démarches pour un don d'ovocyte affirme « *Ben là j'ai 35. Si on s'était inscrit maintenant [sur la liste d'attente pour un don d'ovocytes en France] ... 4 ans, ça fait 39 ans... si ça ne marche pas... ben moi je n'avais pas envisagé d'être enceinte après 40 ans, donc, voilà.* » Cette limite des quarante ans était déjà évoquée en 1998 dans l'étude menée par l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) (10).

L'assurance maladie participe à l'intégration psychique de cette limite d'âge pour accueillir un enfant, en remboursant jusqu'à 43 ans les actes d'Aide Médicale à la Procréation (AMP). La Haute Autorité de Santé, en classant en 2007 comme « facteurs de risques généraux » les « femmes de moins de 18 ans et [de plus] de 35 ans », renforce ainsi cette norme

sociale et met un frein à un projet parental plus tardif. En résumé, ce sont les instances administratives, qui du fait de leurs normes, créent des limites d'âges (10) (15) (16).

1.3.2 La stigmatisation de la primipare tardive

D'après la sociologue Pascale Donati : « *les différentes temporalités – biologique (entre puberté tardive et ménopause), normative (guidant, prescrivant ou stigmatisant les comportements reproductifs) ou biographique – dans lesquelles s'inscrit la procréation, sont loin d'être convergentes* » (6). En effet, certaines femmes doivent composer entre une volonté de réalisation professionnelle, un désir de réappropriation de leur corps et de leurs décisions, la recherche du « partenaire idéal » pour fonder une famille et les projets conjugaux. Bien qu'il soit commun, d'observer aujourd'hui des parcours de vie avec des trajectoires moins rectilignes à cause d'un marché du travail précaire, de relations conjugales fragiles..., le modèle d'une maternité différée est loin d'être approuvé.

Il existe une certaine ambivalence dans les injonctions de la société : la femme est encouragée à faire des études, à devenir indépendante en exerçant son propre métier. Elsa Boulet, docteur en sociologie, émet d'ailleurs l'hypothèse que « *la volonté de « rattraper » les années passées à étudier amène les femmes les plus diplômées à repousser la première grossesse.* » Ces femmes choisissent de repousser leur grossesse afin de rentabiliser leurs études et donc de profiter de leur vie professionnelle (15).

En parallèle, il apparaît inconvenant qu'une femme repousse sa maternité au profit de son parcours professionnel. Ces femmes pâtissent de l'image de la carriériste, égoïste puisqu'elles ne répondent pas au schéma institué (10). A la lecture de récits de femmes, ces représentations quelque peu caricaturales du report de la maternité semblent bien loin de la réalité, en fait : « *Elles valorisent davantage une « profession » ou un « métier » pour son intérêt propre, qu'elles ne disent chercher à « faire carrière* » (15).

Marc Bessin et Hervé Levilain, sociologues français, relèvent par ailleurs que seule une femme sur dix choisit de « *profiter des avancées techniques dans le champ de la procréation* » afin de prioriser son parcours professionnel (11). Cette représentation serait alors étendue à tort à un grand nombre de mères.

1.3.3 Le vécu psychique et physique de ces mères

Débuter une grossesse après quarante ans peut impliquer un vécu différent, aussi bien au niveau physique que psychique. Jacqueline Wendland, professeur en Psychopathologie de la Petite Enfance et de la Parentalité, parvient aux mêmes conclusions, les femmes plus âgées présentent « *plus d'expression d'ambivalence dans leur désir d'enfant et plus de difficultés d'intégration des changements corporels que les plus jeunes* » (12).

1.3.4 La capacité à s'occuper d'un enfant

En ce qui concerne la capacité à s'occuper d'un enfant, les représentations sont très contrastées. Pour certains, l'âge avancé est considéré comme vecteur de maturité émotionnelle chez la mère, ce qui favorise des interactions de qualité avec son enfant (1). Ils parlent d'une plus grande disponibilité psychique et matérielle pour leurs enfants (11). L'âge permettrait ainsi de jouir de « *bienfaits sociaux* », tels qu'un environnement familial stable, un niveau socio-économique plus élevé, de meilleures conditions d'existence (13).

Toutefois, des représentations très péjoratives de la maternité tardive existent. Des questions se posent quant à la capacité de ces néo-parents à assumer un quotidien chargé. En effet, le modèle des parents actifs, débordant d'énergie est valorisé. Or l'âge avancé est tacitement considéré comme augmentant la fatigue. Ainsi des représentations de parents moins résistants, moins patients, plus facilement fatigables émergent (14).

1.3.5 Les problématiques générationnelles

Les relations intergénérationnelles sont également au cœur du débat. Devenir parents après 40 ans revient à bouleverser les schémas, induisant probablement un moindre investissement des grands-parents eux aussi plus âgés, réduisant le temps de vie auprès de ses enfants (1). Les questions relatives à l'intérêt de l'enfant sont donc centrales dans l'élaboration des représentations de la primiparité tardive.

D'après Pierre Verdier, avocat au barreau de Paris, « *le premier droit de l'enfant, c'est d'avoir des parents en capacité de l'élever* », ainsi lorsque ces mêmes capacités sont remises en

question, l'intérêt primordial de l'enfant est menacé, ce qui soulève des problématiques éthiques (14).

Ainsi, il apparaît que le champ de la sociologie s'intéresse à la question de la primiparité tardive. Toutefois, les représentations étudiées par les sociologues sont très majoritairement celles de la population générale. Pourtant, la profession de sage-femme, au même titre que d'autres professions de la périnatalité, est particulièrement confrontée à ces modifications sociétales. C'est pourquoi, nous pouvons nous demander quelles sont les représentations des sages-femmes des établissements publics et privés de l'ancien Limousin au sujet de la primiparité tardive.

Nous avons cherché à mettre en évidence les représentations des sages-femmes. Nous souhaitons également montrer que les représentations de la primiparité tardive sont différentes selon les caractéristiques sociodémographiques des sages-femmes. Dans un même temps, nous avons tenté d'identifier si les sages-femmes considéraient l'existence d'un âge seuil pour concevoir son premier enfant.

Deuxième partie : Matériel et Méthode

2. Type d'étude

Il s'agit d'une analyse prototypique et catégorielle de Vergès® basée sur la méthode des associations verbales.

2.1. Population étudiée

Cette étude incluait les sages-femmes diplômées d'Etat exerçant dans les maternités de l'HME, de la clinique des Emailleurs à Limoges, des maternités de St Junien, de Guéret et de Brive. L'effectif total théorique était de 120 sages-femmes.

2.2. Matériel et méthode

Un questionnaire d'évocation papier a été utilisé afin de recueillir les représentations des sages-femmes au sujet de la primiparité tardive.

Elles devaient inscrire 10 mots ou expressions leur venant spontanément à l'esprit à l'évocation des mots : « Primiparité Agée ». Dans un second temps, elles ont classé ces 10 mots par ordre d'importance : le premier classé étant le plus représentatif et le dixième le moins représentatif de l'idée de la primipare âgée.

Une série de questions a permis d'affiner l'analyse des représentations selon les caractéristiques socio-démographiques des sages-femmes.

Deux questions ouvertes ont favorisé l'émergence de leur point de vue concernant l'influence de la primiparité tardive sur les compétences maternelles, ainsi que les raisons pouvant amener une femme à repousser l'âge de sa première grossesse après 35 ans.

Pour finir, nous avons interrogé les sages-femmes sur l'existence d'un âge seuil pour concevoir le premier enfant.

2.3. Stratégie d'exploitation des données

L'analyse prototypique et catégorielle de Vergès® a permis l'analyse des associations verbales recueillies dans le questionnaire.

Concernant l'analyse prototypique : seuls les mots cités par au moins 10% des personnes participant à l'étude étaient retenus. Pour chaque mot, sa fréquence d'apparition ainsi que son rang moyen d'importance ont été calculés. Le croisement de ces deux données était nécessaire à l'élaboration du carré de Vergès®. Ainsi, deux éléments apparaissaient : le noyau central et

les éléments périphériques. Le test du Chi2 et le calcul du « p », ont permis de comparer les représentations en fonction des caractéristiques de la population (classes d'âge, types de maternité, durée d'exercice, âge seuil). Ainsi, lorsque « p » était inférieur à 0,05, les mots étaient spécifiques à une population donnée. Lorsque « p » était proche de 1 : le mot était alors commun aux deux populations, et enfin, s'il était supérieur à 0,05, il n'y avait pas de différence d'évocation entre les deux groupes.

Concernant l'analyse catégorielle : elle a permis de regrouper les mots, termes et expressions dont la sémantique était proche. Ces catégories de mots ont fait émerger les idées non mises en valeur par l'analyse prototypique, et ont renforcé les idées retrouvées dans les représentations sociales.

Les questions ouvertes ont quant à elles été traitées au moyen d'une analyse lexicale.

Troisième partie : Présentation des résultats

3. Caractéristiques de la population

La population attendue était de 120 sages-femmes. Finalement, 83 professionnels ont participé à l'étude, ce qui représente un taux de réponse de 69,2 %.

3.1. Données socio-démographiques

3.1.1 L'âge moyen

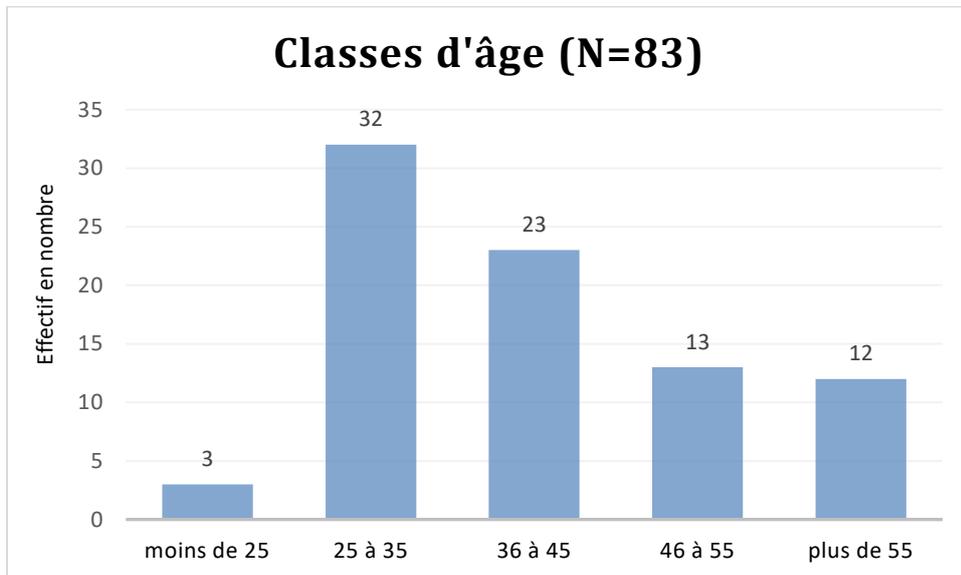


Figure 1 : La répartition des sages-femmes selon l'âge (exprimé en classes)

L'âge des professionnels a été étudié au moyen de classes d'âge.

- 37% ont entre 25 et 35 ans, soit 32 personnes
- 28% ont entre 36 et 45 ans, soit 23 personnes

3.1.2 La durée d'expérience professionnelle

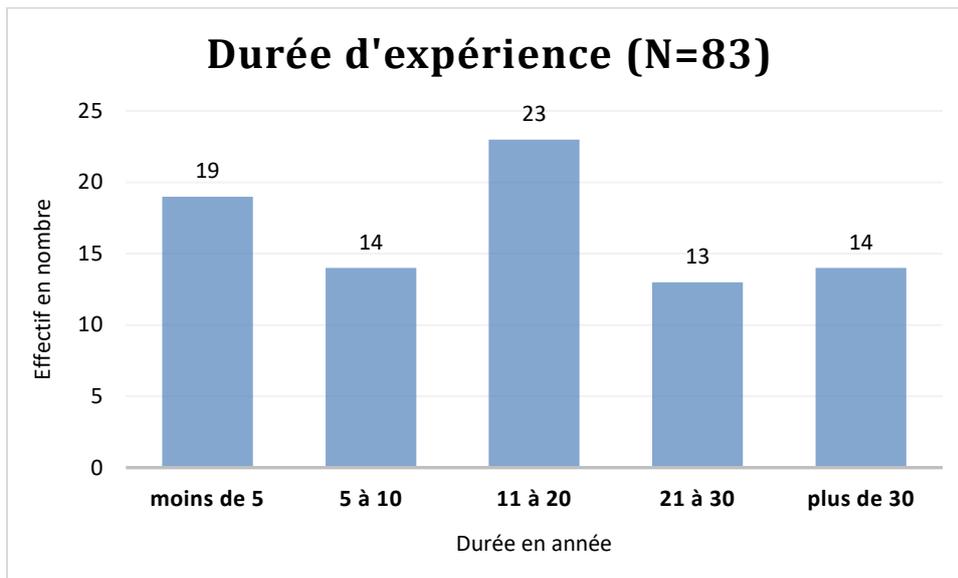


Figure 2 : La durée d'expérience professionnelle des sages-femmes exprimée en classes d'années

Les sages-femmes dont la durée d'exercice varie entre 11 et 20 ans sont majoritaires (N= 23 soit 28%). Parmi les sages-femmes interrogées, celles appartenant à la classe 21 à 30 ans d'expérience sont les moins représentées (16%).

3.1.3 L'expérience personnelle de la maternité

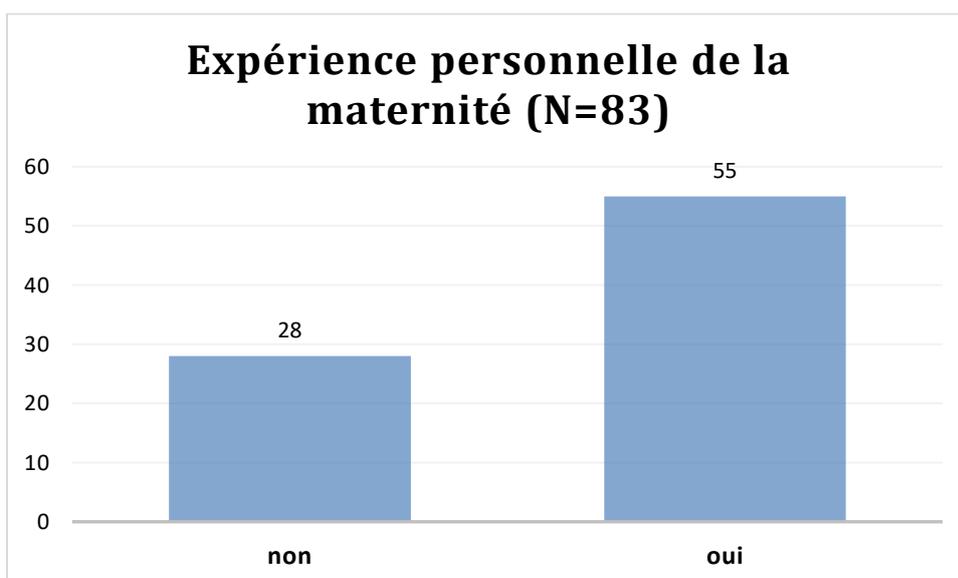


Figure 3 : Les sages-femmes ayant des enfants

66% des sages-femmes (soit N=55) interrogées ont déjà au moins un enfant.

Parmi cette population de sages-femmes, la moyenne d'âge de la première grossesse était de 28,1 ans. L'âge minimum était de 22 ans pour un âge maximal de 39 ans.

3.1.4 Les types de maternité

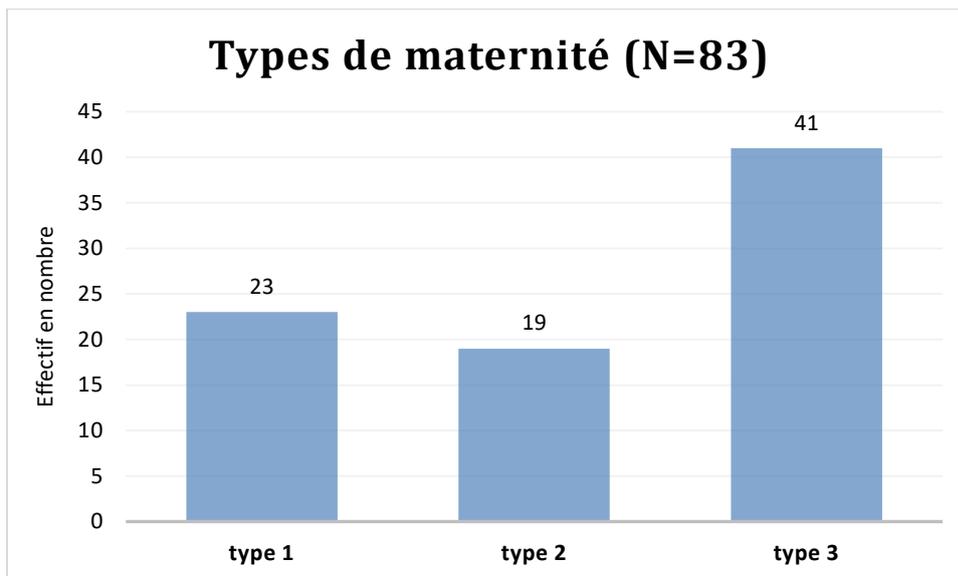


Figure 4 : La répartition des sages-femmes dans les différents types de maternité

La population se répartit ainsi :

- En type 3 : 49% soit 41 personnes
- En type 2 : 23% soit 19 personnes
- En type 1 : 28% soit 23 personnes

Le type 3 est ainsi le plus représenté.

3.1.5 Les secteurs d'activité

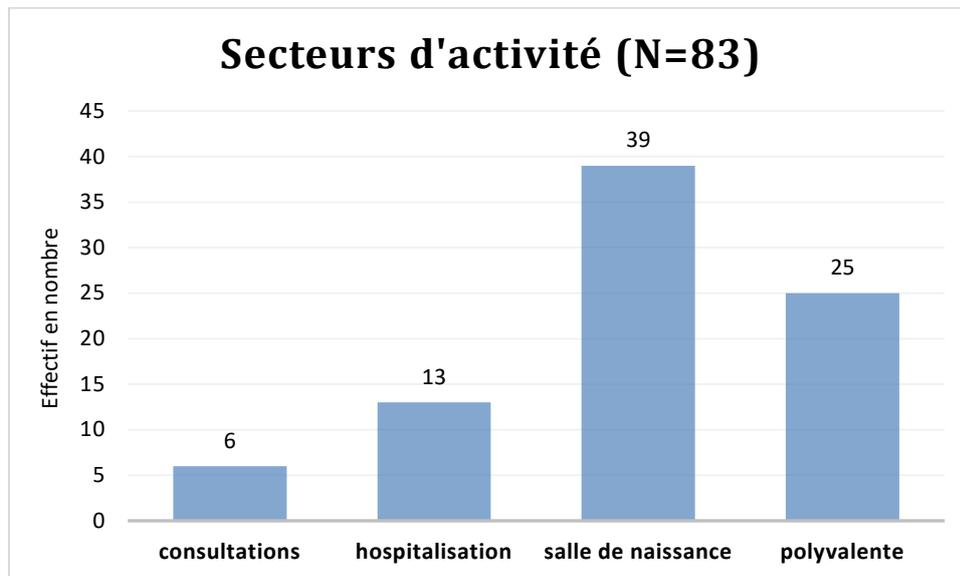


Figure 5 : La répartition des sages-femmes dans les secteurs d'activité

La population se répartit de la façon suivante :

- Salles de naissance : 47% soit 39 personnes
- Polyvalentes : 30% soit 25 personnes

3.1.6 La prise en charge d'une primipare tardive au cours de sa carrière

La totalité des sages-femmes, soit 83 personnes, a déjà pris en charge, au moins une fois, une primipare tardive au cours de leur carrière hospitalière.

3.1.7 L'influence de la primiparité tardive sur les capacités maternelles

L'effectif était de 79 sages-femmes. Ainsi quatre sages-femmes ne se sont pas exprimées.

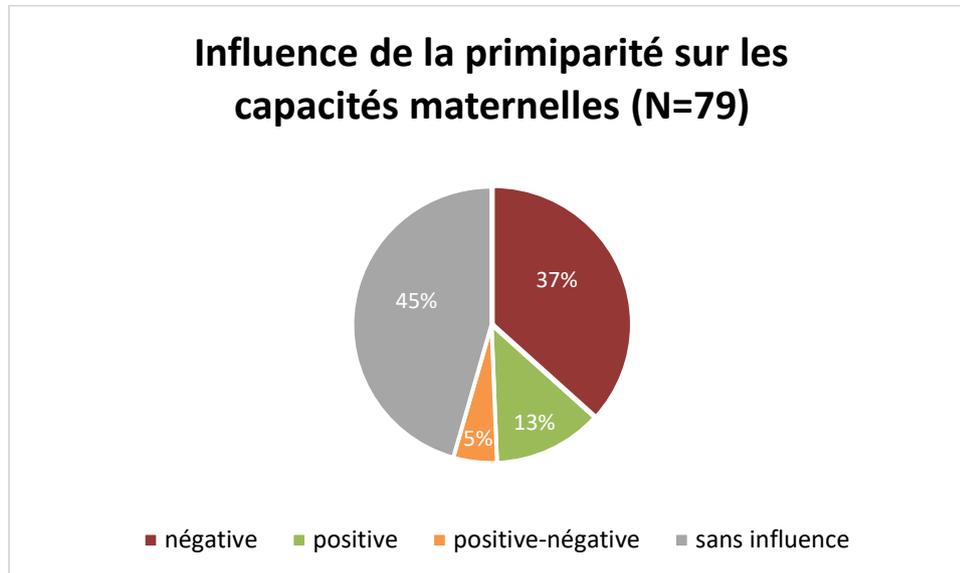


Figure 6 : Le positionnement des sages-femmes concernant l'influence de la primiparité tardive sur les capacités maternelles

L'influence de la primiparité tardive sur les capacités maternelles a été qualifiée de :

- Sans influence pour 45%, soit 36 personnes
- Négative pour 37%, soit 29 personnes
- Positive pour 13%, soit 10 personnes
- Positive-Négative pour 5%. Ces 4 sages-femmes ont pris l'initiative de cocher sur le questionnaire à la fois la proposition « positive » et la proposition « négative ».

3.1.8 Le seuil maximal pour concevoir son premier enfant

L'effectif pour cette question est de 74 sages-femmes. Ainsi neuf sages-femmes ne se sont pas exprimées.

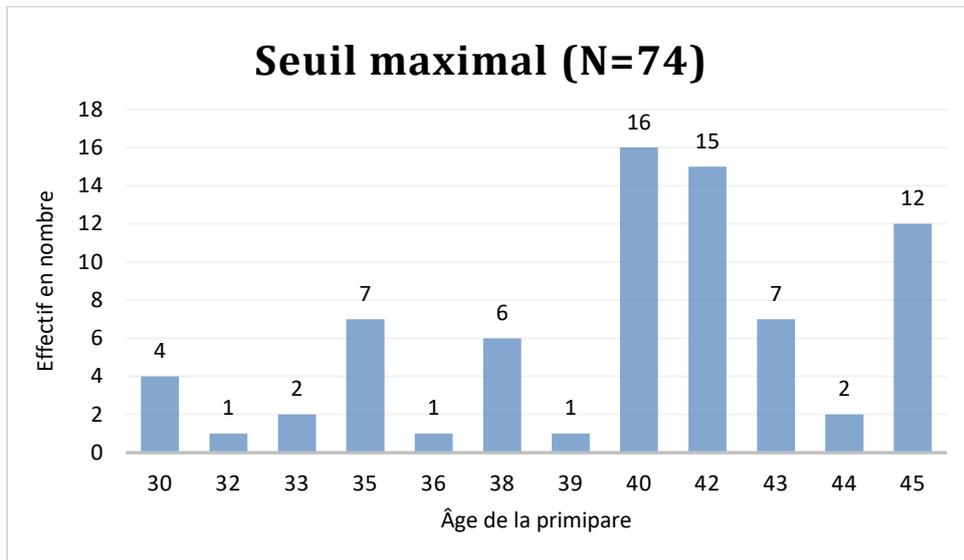


Figure 7 : Seuil maximal pour concevoir son premier enfant

Il en ressort que :

- L'âge seuil le plus représenté était 40 ans, relevé par 22% des sages-femmes, soit 16 personnes.
- Ensuite, les âges seuil cités par au moins 10% de la population sont :
 - 42 ans par 15 personnes (20%)
 - 45 ans par 12 personnes (16%)

Pour près de 70% des sages-femmes soit 52 personnes, l'âge seuil se trouve après 40 ans.

3.2. Les représentations sociales dans la population générale

Toutes les sages-femmes ont répondu à cette question, soit un effectif de 83 sages-femmes. Nous avons recensé 228 mots ou expressions différents pour qualifier la primiparité âgée.

Seuls les mots cités par 10% de la population ont été considérés : soit les mots cités au moins 9 fois. La moyenne des fréquences d'apparition des mots était de 15,19 et celle des rangs d'apparition était de 4,61.

Les résultats sont présentés ci-dessous à l'aide du Carré de Vergès®:

Tableau 1 : Le carré de Vergès®

	Fréquence supérieure à 15.19	Fréquence inférieure à 15.19
Rang Inférieur à 4.61	<p>Plus de 40 ans (17 ; 2,2)</p> <p>Fatigue (17 ; 4,4)</p> <p>Stress (17 ; 4,5)</p>	<p>Grossesses à risque</p> <p>Grossesse précieuse</p> <p>HTA</p> <p>Angoisse</p>
Rang supérieur à 4.61	<p>PMA</p> <p>Projet de naissance</p> <p>Complications</p>	<p>Trisomie 21</p> <p>Maturité</p> <p>Questionnements</p> <p>Pathologies</p> <p>Exigence</p>

Le noyau central des représentations est composé des mots : « plus de 40 ans » (17 ; 2,2), « stress » (17 ; 4,5) et « fatigue » (17 ; 4,4).

3.3. Les représentations sociales selon le type de maternité

3.3.1 Les maternités de type 1

La population des maternités de type 1 se composait de 23 sages-femmes. 106 mots différents ont été recueillis dans cette population. La moyenne des associations était de 4,17 et celle des rangs de 3,98.

Dans cette population, le noyau central des représentations était composé des mots : **Maturité (6 ; 2.25), Fatigue (6 ; 3.75) et Stress (6 ; 3.75).**

3.3.2 Les maternités de type 2

La population des maternités de type 2 se composait de 19 sages-femmes. 92 mots différents ont été recueillis dans cette population. La moyenne des associations était de 3,82 et celle des rangs de 5,12.

Le noyau central des représentations était composé des mots : **Grossesse à risque (10 ; 3.33), Plus de 40 ans (9 ; 1.25), Trisomie 21 (6 ; 4.66).**

3.3.3 Les maternités de type 3

La population des maternités de type 3 se composait de 41 sages-femmes. 103 mots différents ont été recueillis dans cette population. La moyenne des associations était de 9,13 et celle des rangs de 4,87.

Le noyau central des représentations était composé du mot : **Complications (11 ; 4.1818).**

3.3.4 Comparaison des associations verbales entre sages-femmes de type 1 et type 2

Les mots « **Grossesse à risque** » ($p=0,005$), « **Plus de 40 ans** » ($p=0,048$), « **Choix de vie** » ($p=0,042$), sont spécifiques à la population de type 2.

Les mots « **Fatigue** » ($p=0,019$), « **Pathologies** » ($p=0,026$), sont spécifiques à la population de type 1.

Trois mots ont tendance à être plus représentés dans la population de type 1 : « **Diabète** » ($p=0,066$), « **HTA** » ($p=0,066$), « **Exigence** » ($p=0,066$)

Les mots communs à ces deux populations ($p=1$) sont :

- **PMA**
- **Beaucoup de questionnements**
- **Société**
- **Carrière**

- **Angoisse**

3.3.5 Comparaison des associations verbales entre sages-femmes de type 1 et type 3

Le mot « **Maturité** » (**p=0,013**), est spécifique à la population de type 1. Aucun mot spécifique de la population de type 3 n'a été trouvé.

Les mots communs à ces deux populations (**p=1**) sont :

- **Complications**
- **Diabète**
- **HTA**
- **Grossesse précieuse**
- **Exigence**
- **Questionnements**
- **Angoisse**

3.3.6 Comparaison des associations verbales entre sages-femmes de type 2 et type 3

Les mots « **Grossesse à risque** » (**p=0,007**), « **Choix de vie** » (**p=0,003**), « **Horloge biologique** » (**p=0,041**), sont spécifiques à la population de type 2. Le groupe de mots « **Plus de 40 ans** » (**p=0,060**), a tendance à être plus présent dans la population de type 2.

Le mot « **Projet de naissance** » (**p=0,014**), est spécifique à la population de type 3. Trois mots ont tendance à être plus représentés dans la population de type 3 :

« **Complications** » (**p=0,062**), « **HTA** » (**p=0,053**), « **Diabète** » (**p=0,053**).

Les mots communs à ces deux populations ($p=1$) sont :

- **Grossesse précieuse**
- **Beaucoup de questionnements**
- **Carrière**

3.4. Les représentations sociales selon l'expérience personnelle de la maternité

3.4.1 Les sages-femmes avec enfant

Cette population se composait de 55 sages-femmes. 236 mots différents ont été recueillis dans cette population. La moyenne des associations était de 10,93 et celle des rangs de 4,23.

Le noyau central des représentations était composé des mots : **fatigue** (14 ; 4) et **stress** (11 ; 4.22).

3.4.2 Les sages-femmes sans enfant

Cette population se composait de 28 sages-femmes. 150 mots différents ont été recueillis dans cette population. La moyenne des associations était de 5,65 et celle des rangs de 5,24.

Le noyau central des représentations était composé des mots : **plus de 40 ans** (9 ; 3.14), **choix de vie** (6 ; 5) et **stress** (6 ; 5)

3.4.3 Comparaison entre populations avec enfant et sans enfant

Le mot commun à ces deux populations ($p=1$) est « **Angoisse** ».

Le mot « **Choix de vie** » ($p=0,03$), est spécifique à la population sans enfant.

Le mot « **Complications** » ($p=0,05$), est spécifique à la population avec enfant. Le mot « **HTA** » ($p=0,060$), a tendance à être plus représenté dans la population avec enfant.

3.5. Les représentations sociales selon le secteur d'activité

La comparaison des représentations s'est focalisée sur les deux modes d'activité les plus représentés à savoir l'exercice en salle de naissance et la polyvalence.

3.5.1 Les sages-femmes de salle de naissance

Cette population se composait de 39 sages-femmes. 166 mots différents ont été recueillis dans cette population. La moyenne des associations était de 7.65 et celle des rangs de 4,80.

Le noyau central des représentations était composé des mots : **Stress** (12 ; 4.8), **Plus de 40 ans** (9 ; 1,57).

Les mots PMA et grossesse précieuse sont très proches des représentations sociales en raison de leur rang d'apparition.

3.5.2 Les sages-femmes polyvalentes

Cette population se composait de 26 sages-femmes. 139 mots différents ont été recueillis dans cette population. La moyenne des associations était de 4 et celle des rangs de 4,33.

Le noyau central des représentations était composé des mots : **Grossesse à risque** (7 ; 3,67), **Plus de 40 ans** (7 ; 3).

3.5.3 Comparaison entre les sages-femmes de salle de naissance et polyvalentes

Les mots « **Enfant précieux** » ($p=0,033$), « **Bonheur** » ($p=0,033$), « **Risques** » ($p=0,010$), sont spécifiques à la population de sages-femmes polyvalentes. Le groupe de mots « **Grossesse à risque** » ($p=0,060$), a tendance à être plus présent dans cette population.

Les mots communs à ces deux populations ($p=1$) sont :

- **Grossesse précieuse**
- **Complications**
- **Diabète**
- **Trisomie 21**
- **Questionnements**
- **HTA**
- **Choix**

3.6. Les représentations sociales selon la durée d'expérience professionnelle

3.6.1 Les sages-femmes dont l'expérience professionnelle est inférieure à 10 ans

Cette population se composait de 33 sages-femmes. 168 mots différents ont été recueillis dans cette population. La moyenne des associations était de 6,58 et celle des rangs de 4,99.

Le noyau central des représentations était composé des mots : **PMA** (15 ; 4,93), **Plus de 40 ans** (12 ; 2,78), **Stress** (7,2 ; 3,67).

3.6.2 Les sages-femmes dont l'expérience professionnelle est comprise entre 11 et 20 ans

Cette population se composait de 23 sages-femmes. 147 mots différents ont été recueillis dans cette population. La moyenne des associations était de 4,69 et celle des rangs de 4,71.

Le noyau central des représentations est composé des mots : **Fatigue** (5 ; 3,4), **HTA** (5 ; 4,6).

3.6.3 Les sages-femmes dont l'expérience professionnelle est supérieure à 20 ans

Cette population se composait de 27 sages-femmes. 146 mots différents ont été recueillis dans cette population. La moyenne des associations était de 5 et celle des rangs de 3,93.

Le noyau central des représentations était composé des mots : **Plus de 40 ans** (6 ; 1,33), **Trisomie 21** (6 ; 3), **Grossesse à risque** (6 ; 3,67).

Le mot « **fatigue** » avait une fréquence égale à la moyenne des fréquences et un rang d'apparition inférieur à la moyenne des rangs, il était par conséquent très proche du noyau central des représentations.

3.6.4 Comparaison entre l'expérience professionnelle inférieure à 10 ans et comprise entre 11 et 20 ans

Le groupe de mots « **Plus de 40 ans** » ($p=0,017$), était spécifique à la population dont l'expérience professionnelle est inférieure à 10 ans.

Les mots communs à ces deux populations ($p=1$) sont :

- **Grossesse précieuse**
- **Questionnements**
- **Angoisse**
- **Maturité**
- **Grossesse à risque**
- **Trisomie 21**

3.6.5 Comparaison entre l'expérience professionnelle comprise entre 11 et 20 ans, et supérieure à 20 ans

Le groupe de mots « **Plus de 40 ans** » ($p=0,034$), était spécifique à la population dont l'expérience professionnelle est supérieure à 20 ans.

Les mots communs à ces deux populations ($p=1$) sont :

- **Maturité**
- **Diabète**
- **Risques**

3.7. Les représentations sociales selon le positionnement sur les capacités maternelles

3.7.1 Les sages-femmes pensant que l'influence est négative

Seuls les résultats pour les catégories « influence négative » et « sans influence » seront présentés puisqu'ils constituent les deux groupes les plus importants en terme d'effectif.

Cette population se composait de 29 sages-femmes. 147 mots différents ont été recueillis dans cette population. La moyenne des associations était de 5,86 et celle des rangs de 4,82.

Le noyau central des représentations était composé des mots : **Fatigue** (8 ; 4,57), **Angoisse** (7 ; 2,83), **Stress** (6 ; 4).

3.7.2 Les sages-femmes pensant qu'il n'y a pas d'influence

Cette population se composait de 36 sages-femmes. 167 mots différents ont été recueillis dans cette population. La moyenne des associations était de 6,14 et celle des rangs de 4,35.

Le noyau central des représentations était composé des mots : **Grossesse à risque** (10 ; 3,11), **Grossesse précieuse** (10 ; 3,7), **Plus de 40 ans** (8 ; 2,43), et **Complications** (7 ; 3,71).

3.7.3 Comparaison entre l'influence négative de la primiparité tardive et sans influence

Les mots « **Enfant précieux** » ($p=0,029$), « **Angoisse** » ($p=0,036$), étaient spécifiques à la population de sages-femmes pensant que l'influence est négative.

Les mots communs à ces deux populations ($p=1$) sont :

- **Projet de naissance**
- **Maturité**
- **Exigence**
- **Questionnements**
- **Choix**
- **Diabète**

3.8. Les représentations sociales selon l'âge seuil de la 1^{ère} grossesse

3.8.1 Age seuil inférieur à 40 ans

Cette population se composait de 23 sages-femmes. 117 mots différents ont été recueillis dans cette population. La moyenne des associations était de 6,08 et celle des rangs de 4,99.

Le noyau central des représentations était composé des mots : **Fatigue** (8 ; 4,71), **Angoisse** (7 ; 3,67).

3.8.2 Age seuil supérieur à 40 ans

Cette population se composait de 54 sages-femmes. 147 mots différents ont été recueillis dans cette population. La moyenne des associations était de 11 et celle des rangs de 4,65.

Le noyau central des représentations était composé du groupe de mots : **Plus de 40 ans** (13 ; 2,45).

Les mots « **Grossesse à risque** », « **Grossesse précieuse** » et « **Stress** » sont très proches du noyau central des représentations avec une fréquence égale à 11.

3.8.3 Comparaison entre âge seuil inférieur et supérieur à 40 ans

Les mots « **Exigence** » ($p=0,018$), « **Angoisse** » ($p=0,018$), étaient spécifiques à la population de sages-femmes pour qui l'âge seuil est inférieur à 40 ans.

Les mots « **Grossesse à risque** » ($p=0,066$), « **Grossesse précieuse** » ($p=0,066$), ont tendance à être plus représentés dans la population de sages-femmes pour qui l'âge seuil est supérieur à 40 ans.

Les mots communs à ces deux populations ($p=1$) sont :

- **Complications**
- **Questionnements**

Quatrième partie : Analyse des résultats et Discussion

4. Analyse des résultats

4.1 Points forts de l'étude

La primiparité tardive est devenue un phénomène courant dans notre société occidentale. Elle fait l'objet de nombreuses études sociologiques, néanmoins le point de vue des sages-femmes est absent de la littérature scientifique. Cette étude a comme intérêt de donner la parole à l'une des professions les plus confrontées à ce changement sociétal.

Les sages-femmes ont joué le jeu en remplissant correctement les questionnaires, ainsi la totalité était exploitable. La forte proportion de réponses développées et argumentées pour les questions ouvertes ont montré l'intérêt qu'elles ont porté à l'étude.

4.2 Limites de l'étude

Pour cette étude, nous avons obtenu 83 questionnaires sur les 120 attendus. Bien que le taux de réponse de 69,2% soit très satisfaisant, nous restons tout de même en présence d'un petit échantillon. Ainsi cette étude manque de puissance.

Les conditions de remplissage du questionnaire ont été explicitées aux sages-femmes grâce à une lettre d'information. De plus, dans la mesure du possible, les questionnaires ont été remplis en présence d'une étudiante sage-femme. Cependant, dans certains établissements, les sages-femmes ont répondu en autonomie et donc ont eu la possibilité de communiquer entre-elles, ce qui a pu influencer les réponses et constituer un biais pour notre étude.

L'étude des représentations peut parfois susciter chez les personnes interrogées la peur d'être jugées. Lors du remplissage des questionnaires, certaines sages-femmes ont verbalisé, en ma présence, des représentations et n'ont pas osé les écrire. Nous pouvons penser qu'elles cherchaient à ne pas trop dévier par rapport aux pensées collectives.

La répartition inégale des sages-femmes interrogées, selon le type de maternité (le double en type 3 par rapport au type 2 et au type 1), a complexifié l'analyse des représentations sociales. De plus, les résultats concernent uniquement les sages-femmes de l'ancien Limousin et ne sont donc pas forcément transposables à la population générale des sages-femmes.

4.3. Présentation de la population

Sur les 83 sages-femmes ayant répondu, la classe d'âge majoritaire est [25-35 ans], tandis que la moyenne d'âge nationale des sages-femmes hospitalières est plutôt de 39,3 ans. Ces sages-femmes déclarent le plus souvent travailler soit en salle de naissance, soit être polyvalentes, ce qui signifie permuter régulièrement entre les différents secteurs d'activité. La polyvalence est un mode d'exercice de plus en plus recherché, notamment par les sages-femmes récemment diplômées. Il est avantageux pour les structures hospitalières, en permettant de pallier l'absentéisme.

4.4. Les représentations de la primiparité tardive

Nous avons émis l'hypothèse que « Les représentations des sages-femmes sur la primiparité tardive sont à connotation négative ». Nous avons pu découvrir que l'avis des sages-femmes est bien plus nuancé, même si le noyau central des représentations s'avère être composé de termes plutôt négatifs « **Plus de 40 ans, Fatigue, Stress** ». Elles ont pu s'exprimer librement au travers de questions ouvertes et leurs réponses appuieront notre discussion.

4.4.1 Plus de 40 ans

La notion d'âge est centrale au sein des représentations des sages-femmes. Elles évoquent de façon très majoritaire les termes « **plus de 40 ans** », et déterminent un âge seuil maximal similaire pour la première grossesse. Elles s'écartent ainsi des données apportées par les auteurs de « Maternité dites tardives en France : enjeu de santé publique ou dissidence sociale ? ». Dans cet écrit, il apparaît que les professionnels de santé s'accorderaient sur le fait qu'une grossesse devient tardive dès 35 ans (2).

En évoquant l'âge de 40 ans, les sages-femmes interrogées nous permettent de réfléchir sur un âge considéré comme pivot. Outre la simple qualification d'une maternité tardive, cet âge détient une signification toute particulière dans notre société. Les parcours de vie sont dictés par l'âge, et, avoir 40 ans est très souvent considéré comme un tournant dans une vie. Le psychologue canadien, Eliott Jacques, a théorisé en 1963 la crise du milieu de vie. D'après lui,

à 40 ans, se produit une véritable crise d'identité accompagnée d'un moment de grand questionnement existentiel (17). Dans le langage courant, l'expression « crise de la quarantaine » est d'ailleurs souvent employée.

Interroger les sages-femmes sur un probable âge seuil pour concevoir son premier enfant était une façon de faire émerger, chez elles, leur propre définition de la primiparité tardive.

Bien que nous ayons choisi, d'après les sources de la littérature scientifique, le seuil de 35 ans pour définir la primiparité tardive dans ce mémoire, il faut bien comprendre que tous les auteurs ne s'accordent pas sur ce seuil. Pour certains, la primiparité tardive se définit plutôt à partir de 40 ans. C'est notamment le cas d'Hervé Villain, sociologue, qui évoque l'âge de 40 ans dans ses écrits (11).

Les sages-femmes de l'Ancien Limousin semblent s'aligner sur cette évolution sociétale et affirment très majoritairement (70 %) que le seuil maximal pour concevoir son premier enfant est fixé à plus de 40 ans.

D'autres termes faisant référence à l'âge apparaissent dans les réponses, comme « **maturité** », « **grossesse tardive** », « **horloge biologique** ». ¹

L'utilisation du terme « **maturité** » est particulièrement dichotomique dans notre population. La maturité désigne la période de la vie caractérisée par le plein développement physique, intellectuel, et affectif. Une partie des sages-femmes interrogées utilise le mot maturité dans ce sens. En effet, nous pouvons relever dans leurs discours « **la maturité peut être bénéfique** », « **la patiente est davantage mature donc davantage à l'écoute des besoins** », « **plus grande confiance en soi** », « **on se connaît bien et il est peut-être plus facile de transmettre** ». Ainsi, ces sages-femmes estiment que l'âge plus avancé peut constituer une valeur ajoutée pour ces parturientes, leur apportant sérénité et détermination.

En parallèle, le mot « **maturité** » est employé avec une connotation péjorative. Pour certaines, il fait écho à une différence générationnelle importante, « **décalage avec les parents de la génération de son enfant** ». Il est aussi parfois associé à l'adverbe « **trop** ». En écrivant « **trop de maturité** », la « **maturité** » est considérée comme un inconvénient, un potentiel défaut. Elles évoquent le lien avec un « **manque d'insouciance** », « **des habitudes ancrées qu'il faut bousculer** », « **moins de patience** ».

¹ Tout au long de la discussion les mots entre guillemets et **en gras** sont les mots cités par les sages-femmes. Ceux **en bleu et en gras** appartiennent au noyau central des représentations des sages-femmes, et ceux **en vert et en gras** appartiennent aux éléments périphériques des représentations.

Par essence, le terme maturité désigne un stade de vie où la femme devient « accomplie ». Néanmoins, cette étude permet de montrer que la « **maturité** » peut parfois résonner de façon négative dans les esprits.

Le terme « **Horloge biologique** » fait également partie du vocabulaire utilisé par les sages-femmes. Une d'entre-elles a notamment décrit le fait de « **précipiter une grossesse avant qu'il ne soit trop tard** ». Ce type de discours est très répandu dans la population générale. Il fait référence à une certaine date limite qui flotterait au-dessus de chaque femme. Les études montrent que la fertilité féminine décroît à partir de 35 ans. Cette information s'est donc ancrée dans les esprits et il n'est pas rare que les femmes entendent qu'il est important de concevoir avant 35 ans, puisqu'après ce serait probablement plus compliqué. Devant la réalité physiologique, une forme de pression s'exerce sur les femmes. Il existe alors un empressement pour devenir mère « à temps » et donc échapper à cette fameuse horloge biologique. Nous comprenons ainsi, qu'au même titre que la population générale, les sages-femmes sont sensibles à ces limites imposées, plus ou moins implicitement, par l'âge de la femme.

Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que cette pression de l'âge est presque exclusivement posée sur les femmes. Les hommes semblent, pour le moment, encore échapper à cet impératif d'être jeune pour procréer. Il suffit d'analyser les conditions d'accès à la PMA en France : « *Le Conseil d'orientation de l'Agence de Biomédecine, dans une publication datant de juin 2017, préconise une limite d'âge pour le recours à la PMA de 60 ans pour les hommes* ». Or pour la femme, cette limite est fixée à 43 ans. Certes, les hommes ne répondent pas aux mêmes critères physiologiques. Toutefois il est maintenant prouvé que certaines anomalies, notamment chromosomiques, peuvent être liées à l'âge paternel (10). Ainsi, ne serait-il pas temps de revoir nos schémas de pensée, et de peut-être délester les femmes de cette pression parfois dévastatrice ?

La primiparité tardive est très largement évoquée d'un point de vue psychique. Toutefois, les sages-femmes évoquent aussi l'aspect somatique de ce phénomène, avec notamment les « **complications** ». Par extension, nous pouvons supposer qu'elles font référence aux complications obstétricales.

Bien que toute grossesse puisse potentiellement devenir « à risque », celle des femmes de plus de 35 ans semble être plus pourvoyeuse de complications selon les sages-femmes.

Les sages-femmes interrogées citent fréquemment « **l'hypertension artérielle** ». Cette pathologie appartient aux éléments périphériques des représentations, et est autant représentée chez les sages-femmes de type 1 que de type 3. Cette répartition est étonnante, nous aurions pu penser qu'elle serait spécifiquement mentionnée par les sages-femmes des maternités de type 3. En effet, ces maternités accueillent des femmes à tout terme de la grossesse, notamment grâce au service d'hospitalisation des grossesses à haut risque. Tandis qu'en règle générale, les maternités de type 1 et 2 sont amenées à transférer les patientes en dessous de 34 SA. Par conséquent, participer au suivi d'une grossesse compliquée par une pathologie, entre dans les missions des sages-femmes travaillant en type 3. Puisque nos représentations sont intimement liées à nos environnements professionnel et personnel, il aurait semblé cohérent que « **l'hypertension artérielle** » soit plus évoquée par les sages-femmes de type 3. Cette étude permet de montrer que les sages-femmes de type 1 sont également très concernées par cette pathologie.

Selon le CNGOF, les pathologies préexistantes à la grossesse sont toutes plus fréquentes chez les femmes de plus de 35 ans, avec un OR à 1,9 (IC 95% : 1,4-2,5). Notamment l'hypertension artérielle, le diabète, retrouvées dans les représentations sociales des sages-femmes. Une étude menée par une étudiante sage-femme de Versailles en 2020, Sophie Moreau, a permis de mettre en évidence un taux significativement plus élevé de césarienne, de diabète gestationnel, de pré-éclampsie, de rupture prématurée des membranes chez les patientes âgées de plus de 40 ans (18).

Au sein des éléments périphériques des représentations des sages-femmes, apparaît l'acronyme « **PMA** », désignant la procréation médicalement assistée.

Derrière cet acronyme, les sages-femmes soulèvent la réalité de parcours semés d'embûches pour devenir mère. Elles décrivent des « **parcours difficiles de PMA** », avec plus de « **doutes** ». Elles évoquent également des patientes « **plus stressées et fatiguées** » par la répétition de protocoles de stimulations, inséminations, fécondations in vitro, qui parfois n'aboutissent qu'au bout d'un long parcours. Les propos des sages-femmes font référence à ces prouesses médicales, qui malgré un taux de réussite modeste, permettent à des femmes de devenir mère, mais aussi à l'influence négative du parcours PMA sur ces femmes.

Intrinsèquement liés à la PMA et à l'âge maternel, nous retrouvons les termes de « **grossesse précieuse** ». En effet, ces grossesses difficilement obtenues sont considérées comme « **un grand bonheur** ». Tant désirées et fantasmées elles font alors l'objet d'une attention toute particulière.

Ces termes de « **grossesse précieuse** » peuvent aussi s'individualiser de la notion de PMA. Pour certaines, être enceinte après 40 ans peut être considéré comme un cadeau avant que l'horloge biologique ne sévisse. Cette grossesse est alors choyée dans l'idée que ce sera probablement la dernière.

D'un point de vue fœtal, la notion de « **Trisomie 21** » revient dans les représentations des sages-femmes. Encore une fois, en évoquant cette anomalie chromosomique, les sages-femmes viennent ici se raccrocher à un des risques inhérents à l'âge.

Il y a encore quelques années, le dépistage de la trisomie 21 passait par un examen invasif, l'amniocentèse, qui était proposé en fonction de certains critères aux femmes enceintes. Un des critères retenus était celui de l'âge maternel supérieur à 38 ans, renforçant alors l'idée qu'une grossesse à plus de 35 ans comporte plus de risques d'aberration chromosomique. Depuis 2018, le mode de dépistage a évolué au profit d'un dépistage proposé systématiquement à chaque femme enceinte. Il consiste en un calcul de risque se basant sur le dosage de marqueurs sanguins, l'âge maternel et la mesure de la clarté nucale.

Ce dépistage est actuellement largement proposé. Dans l'étude menée par Clémentine Du Lau d'Allemands, en 2017, sur les représentations de la trisomie 21, les professionnels parlaient d'ailleurs de « *dépistage de masse* » (19). Dans l'exercice actuel de la sage-femme, ce dépistage prend toute sa place. Que ce soit pour la sage-femme échographe, qui propose ce test, réalise la mesure de la clarté nucale ; la sage-femme de consultations qui reçoit le résultat du calcul de risque et qui, probablement, le réexpliquera à la patiente ; la sage-femme du service de grossesses à haut risque ou celui de salle de naissance qui prendra en charge le couple ayant choisi l'interruption médicale de grossesse, ou bien l'accompagnement d'un enfant porteur de trisomie. La Trisomie 21 est par conséquent une notion présente, quel que soit le mode d'exercice de la sage-femme.

4.4.2 La fatigue

La « **fatigue** » fait partie du noyau central des représentations, il accompagne la notion de l'âge. Les sages-femmes portent donc un intérêt tout particulier aux conséquences physiques que peuvent provoquer une grossesse et une maternité tardive.

Cette « **fatigue** » est décrite spécifiquement par les sages-femmes exerçant en maternité de type 1. Elles évoquent le potentiel « **manque d'endurance sur les nuits avec peu de**

sommeil », « **une moins bonne récupération** », « **une plus grande fatigabilité** ». Cette notion se retrouve dans l'étude nationale sur les intentions de fécondité et arrivée du premier enfant de Arnaud Régnier-Loilier et Zoé Perron en 2016. Ces auteurs expliquent que « *La crainte que l'exercice de la parentalité soit plus difficile à assumer est également avancée : moindre patience et peur d'être trop fatigué pour s'occuper d'un enfant en bas âge, d'être trop âgé pour pouvoir jouer avec lui* ». (20) Ici, les parents interrogés dévoilent donc une inquiétude dans le fait de ne pas être aussi performants que des parents plus jeunes.

A première vue, considérant la majorité de termes négatifs dans les représentations des sages-femmes, nous aurions pu penser qu'elles s'alignaient sur cette idée de compétences moins adaptées chez les primipares âgées. Pourtant, à la question portant sur l'influence de la primiparité tardive sur les compétences maternelles, près de la moitié des sages-femmes interrogées estimait qu'il n'y a pas de lien entre âge et capacités maternelles. Elles argumentaient ce point de vue en précisant que « **ce n'est pas l'âge qui compte à mon sens, mais la motivation, l'envie, le choix d'avoir cet enfant à ce moment-là** », « **la maternité ne dépend pas de l'âge mais de l'état d'esprit de la patiente** », et « **il ne faut pas faire de généralité** ». Elles témoignaient donc que la maternité ne se joue pas exclusivement dans le corps et que l'état psychique est un facteur déterminant.

4.4.3 Le stress

Le « **stress** » semble être le trait dominant attribué à ces femmes qui accueillent leur premier enfant après 35 ans. Il prend la troisième position dans le noyau central des représentations, ce qui signifie qu'il est cité par une très grande majorité de sages-femmes, quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques de celles-ci.

Le stress désigne une tension nerveuse, contrainte de l'organisme face à une situation redoutée. Il est très souvent cité conjointement, par les sages-femmes, avec le terme « **angoisse** ». L'angoisse quant à elle désigne un mal-être plus profond, associant un malaise psychique et physique, né du sentiment de l'imminence d'un danger. En employant ces deux termes, les sages-femmes attribuaient à ces mères des conséquences psychiques de la primiparité tardive. Elles dépeignaient alors un profil assez caractéristique de ces femmes :

- Des mères plus inquiètes

Ces femmes étaient décrites comme ayant un « **parcours de vie particulier** », que ce soit dans la recherche plus longue et laborieuse du futur père, « **un parcours sentimental perturbé** », ou bien « **des difficultés à concevoir avec recours à la PMA** ». D'après les sages-femmes interrogées, ces facteurs causent chez elles « **moins de spontanéité** », « **plus d'angoisses** ». Elles auraient une tendance à « **se mettre la pression** », et à expérimenter « **le sentiment de devoir tout faire parfaitement pour échapper au jugement d'autrui** ».

- Des mères très demandeuses envers l'équipe médicale

Les sages-femmes évoquaient principalement les primipares tardives pendant leur séjour en suites de couches. Ce constat s'explique très certainement par le fait que les suites de couches sont un secteur d'hospitalisation, celui qu'elles fréquenteront le plus longtemps, et qui permettra donc une meilleure observation par les sages-femmes.

Au cours de leur séjour, ces mères solliciteraient fréquemment l'équipe et poseraient « **beaucoup voire trop de questions** ». Elles feraient preuve de « **moins de souplesse et de capacités d'adaptation** ». Nous avons d'ailleurs pu relever l'utilisation du terme « **rigide** ». Elles étaient décrites comme ayant « **un manque de confiance en elle et parfois en l'équipe** » et « **un fort besoin de réassurance** ». De nature « **très attentives** », elles auraient besoin de « **plus d'accompagnement** ».

- Des mères qui intellectualisent plus la maternité

D'après les sages-femmes interrogées, ces primipares tardives « **intellectualisent beaucoup et parfois trop** » la grossesse, l'accouchement puis la vie avec l'enfant.

Nous avons retrouvé le « **projet de naissance** » dans les représentations sociales, qui semble être particulier à cette population. Ce projet de naissance est une manière de se réapproprier des instants vécus, parfois, comme très médicalisés. Elles peuvent y écrire des volontés, des préférences et des suggestions concernant l'accouchement, l'accueil du bébé...

Lors de l'évocation des termes « primiparité tardive » avec les sages-femmes, le sujet de l'allaitement maternel intervient rapidement. Dans leurs représentations, ces mères seraient très attachées au fait d'allaiter leur enfant. Les allaitements évoqués étaient qualifiés de « **compliqués** », avec des « **difficultés de lâcher prise** ». Ainsi, elles expliquaient que la confrontation à la réalité n'est pas toujours évidente pour ces mères, puisqu'il existe un décalage entre ce qu'elles ont imaginé, idéalisé et ce qu'il se passe en pratique.

4.4.4 Une question sociétale

Nous avons aussi cherché à connaître, les raisons pour lesquelles les femmes repoussaient une grossesse au-delà de 35 ans, selon les sages-femmes.

- L'évolution sociétale

Pour les sages-femmes, la décision de repousser sa première grossesse après 35 ans fait tout d'abord référence aux « **études poussées** » et aux « **plans de carrière** ».

En 2018, près de 81% des élèves inscrits en Terminale devenaient bacheliers, contre 26% dans les années 80. Ainsi, dans la société actuelle, de plus en plus de Français accèdent aux études supérieures, qui étaient plutôt réservées à une minorité de l'élite dans les années 80. La proportion de femmes augmente nettement avec les années. En 2019, elles représentaient 58 % des inscrits en Licence, 60 % en master, et 49 % en doctorat (21).

Cette nouvelle génération de femmes s'éloigne de plus en plus du stéréotype ancien de la jeune femme mariée, s'occupant à plein temps de son foyer tandis que l'homme travaille et subvient aux besoins familiaux. Ces femmes s'investissent dans la vie universitaire, poursuivent des études plus longues qu'auparavant. Bien que la parité ne soit pas encore atteinte dans certaines filières (classes préparatoires aux grandes écoles ou bien IUT), une tendance à s'y rapprocher voit le jour.

Cette évolution sociétale met alors au centre des préoccupations féminines « **le souhait de faire des études** », « **la réussite professionnelle** », « **les plans de carrière** ». Le terme « **carriériste** » persiste. Toutefois, nous aurions pu nous attendre à le rencontrer plus souvent dans les propos des sages-femmes. Ceci peut s'expliquer par le fait que choisir d'étudier est devenu en quelque sorte une norme sociétale, et donc ces femmes semblent être moins stigmatisées qu'auparavant.

Repousser sa grossesse après 35 ans apparaît donc s'inscrire dans une certaine logique : la femme décide d'étudier, puis de faire carrière, et une fois seulement qu'elle a « rentabilisé » ses années d'études comme l'explique Elsa Boulet, sociologue, alors elle envisage de fonder sa famille (15).

- Le concept de liberté

L'argument des études et de la carrière était le plus mentionné par les sages-femmes et dans la littérature. Il était notamment repris en lien avec l'idée de choix, la question de liberté.

Pour les sages-femmes, et notamment pour celles n'ayant pas fait l'expérience de la maternité, repousser sa première grossesse après 35 ans, est avant tout une question de liberté.

La liberté d'attendre. Le verbe attendre renvoie à la possibilité de cheminer sur ses envies profondes, de faire mûrir son « **projet de vie** ». Pour beaucoup de sages-femmes, c'est aussi un moyen de « **profiter de sa vie de couple** », de privilégier cette union conjugale avant d'endosser le rôle de parents. Dans ce contexte, « **l'épanouissement personnel** » prime sur la famille. L'épanouissement personnel s'impose désormais comme une norme de la vie dans la société.

La liberté de choisir d'autres objectifs de vie. Les termes de « **choix de vie** » apparaissent au sein des réponses des sages-femmes. Elles expliquent que l'existence d'une femme ne se résume plus forcément au désir de devenir mère. Certaines femmes font le choix de ne jamais devenir mère, de se réaliser autrement que par l'engendrement d'une filiation. Cette notion de choix a été rendue possible grâce à la loi Neuwirth de 1967, qui a légalisé la contraception et grâce à la loi Veil de 1975, qui a légalisé l'interruption volontaire de grossesse. Ces deux acquis ont offert aux femmes un potentiel émancipateur, en leur confiant la gestion de leur fécondité. En 1971, lors de la marche pour l'abolition des lois contre l'avortement, les manifestantes scandaient « *un enfant si je veux, quand je veux* » (22). Ce slogan semble encore aujourd'hui tout à fait d'actualité.

- L'évolution de la structure familiale

Le mot « **Société** » était commun aux sages-femmes de type 1 et 2, et fait référence à l'évolution. Les mots « **changement de partenaire plus courant** » et « **mise en couple tardive** » ont été très fréquemment cités dans les réponses aux questions ouvertes. Ce choix de mots, par les sages-femmes, renvoie aux mutations de la structure familiale au cours de ces dernières décennies. Le modèle dominant de la famille, au sens couple avec des enfants, est en déclin, au profit de situations plus diverses. Les liens familiaux se recomposent petit à petit. D'après le rapport du Conseil Economique, Sociétal et Environnemental, plusieurs facteurs expliquent les nouvelles définitions de la famille. Premièrement, la cohabitation juvénile se

généralise, « 80 % des 20-24 ans vivant en couple sont en union libre. Si dans les années 70, un couple sur six débutait sa relation par une phase d'union libre, cette situation concerne désormais neuf couples sur dix ». Ensuite, le nombre de mariages recule, « de 305 234 en 2000 à 241 000 en 2012 ». Enfin, le nombre de séparations augmente, « Chaque année, environ 1,2 % des quelques 11,6 millions de couples mariés divorcent ». (23)

Le bouleversement des situations personnelles au cours de la vie n'est pas réellement spécifique de notre époque. La spécificité réside plutôt en l'augmentation de la fréquence de ces bouleversements.

Ainsi, les relations conjugales sont moins institutionnalisées, plus facilement rompues. Cependant, la recherche du futur père ne semble pas pour autant facilitée. Les sages-femmes évoquent « **la difficulté de trouver un conjoint** », « **l'absence de père parfait** », « **la volonté de trouver le bon partenaire** ». Désormais la mise en couple est moins protocolisée qu'elle put l'être auparavant, mais n'est pas pour autant plus aisée. Selon les sages-femmes, cette recherche du conjoint « **parfait** » serait un motif pouvant expliquer pourquoi certaines femmes accueillent leur premier enfant après 35 ans.

Conclusion

Cette étude met clairement en évidence des représentations à connotation négative sur la primiparité tardive. Ce constat n'est pas surprenant puisque similaire dans la population générale. Dans la littérature, la primiparité tardive est plus ou moins sanctionnée, dans le sens où les risques, les complications obstétricales, sont largement évoqués et étudiés.

Devenir mère pour la première fois après 35 ans devient courant dans notre société. Cette nouvelle génération, de femmes actives investies au service de leur épanouissement personnel et professionnel, utilise les moyens actuels comme la contraception pour choisir « le bon moment » pour devenir mère. Alors que ce bon moment était fixé aux alentours de 25 ans dans les années 90, il tend aujourd'hui à dépasser les frontières de la trentaine. Ce phénomène tend à se démocratiser, mais certains préjugés persistent.

Les sages-femmes sont confrontées de près à ces changements sociétaux. Elles voient le vieillissement progressif de ces futures primipares, les accompagnent sur le chemin de la maternité. Les temps de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum offrent l'occasion à ces femmes de se livrer, et aux sages-femmes, d'observer leurs potentielles singularités. Les représentations sont intimement liées aux environnements professionnel et personnel. Ainsi les représentations recueillies dans ce mémoire sont empreintes de ce que les sages-femmes ont vu, et de ce qu'elles sont en tant qu'individu. Au travers de leurs réponses, les sages-femmes ont établi un profil type chez les primipares tardives. Elles les ont décrites majoritairement comme des femmes de « **plus de 40 ans** », vulnérables.

Premièrement, vulnérables sur le plan physique, en évoquant une « **fatigue** » importante, les stigmates de l'âge sur le corps et donc des femmes « **moins dynamiques** ». Ensuite, vulnérables sur le plan psychique. Les sages-femmes ont développé de façon détaillée le sujet du « **stress** », du « **manque de confiance** », du « **manque de spontanéité** ». Toutefois, certaines sages-femmes nuancent leur propos, en assurant qu'il faut éviter de tomber dans l'écueil des généralités, que toutes les femmes ne se ressemblent pas et que nous ne pouvons pas réduire une femme et ses compétences maternelles à son âge.

La vulnérabilité est également illustrée par l'évocation des complications obstétricales. Une des missions de la profession de sage-femme est de savoir dépister les situations pathologiques. De plus, il est actuellement reconnu que l'âge est un facteur de risque pour de nombreuses pathologies, « **Hypertension artérielle** », « **Diabète** ». Ceci explique alors la

fréquence élevée d'apparition des termes « **grossesse à risque** » et « **complications** » dans les réponses obtenues.

Les termes de « Grossesse précieuse » sont évoqués pour illustrer les bornes temporelles de la fertilité féminine, et sont renforcés par la notion d'« **Horloge biologique** ».

En tant que sage-femme, il est important d'être conscient des représentations qui nous forgent, pour ensuite être capable de prendre suffisamment de recul par rapport à celles-ci, et offrir à ces femmes l'accompagnement le plus juste.

Il serait également intéressant d'interroger cette population de femmes de plus de 40 ans, pour découvrir comment elles se représentent la maturité, leur rôle de mère en tant que « Primipare tardive ».

Références bibliographiques

1. Marques, Bárbara, Francisca Palha, Edgar Moreira, Sandra Valente, Margarida Abrantes, et Joana Saldanha. « Ser Mãe Depois Dos 35 Anos: Será Diferente? » *Acta Médica Portuguesa* 30, n°9 (29 septembre 2017): 615. <https://doi.org/10.20344/amp.8319>.
2. Moguérou, Laure, Nathalie Bajos, Michèle Ferrand, et Henri Leridon. « Les maternités dites tardives en France : enjeu de santé publique ou dissidence sociale ? » *Nouvelles Questions Féministes* 30, n° 1 (2011): 12. <https://doi.org/10.3917/nqf.301.0012>.
3. Dumont, Gérard-François. « Europe : le premier enfant à quel âge ? » *Population & Avenir* 738, n° 3 (2018): 3. <https://doi.org/10.3917/popav.738.0003>.
4. Liu, Kimberly, Allison Case, Anthony P. Cheung, Sony Sierra, Saleh AlAsiri, Belina Carranza-Mamane, Allison Case, et al. « Advanced Reproductive Age and Fertility ». *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 33, n° 11 (novembre 2011): 1165-75. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)35087-3](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)35087-3).
5. Vollenhoven, Beverley, et Sarah Hunt. « Ovarian Ageing and the Impact on Female Fertility ». *F1000Research* 7 (22 novembre 2018): 1835. <https://doi.org/10.12688/f1000research.16509.1>.
6. Squires, Claire. « Les grossesses tardives : un nouveau modèle féminin ? » *Champ psychosomatique* n° 49, n° 1 (2008): 57. <https://doi.org/10.3917/cpsy.049.0057>.
7. Cuvillier, Cyrielle. « Université de Picardie Jules Verne faculté de médecine d'Amiens », s. d.
8. Agence de Biomédecine. L'Age de Procréer, Conseil d'orientation séance du 8 juin 2017, https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/2017-co_18_age_de_procre_er_version_finale_14_juin_2017.pdf

9. Debest C, Hertzog I-L. “Désir d’enfant - devoir d’enfant” : Le prix de la procréation. *rsa*. 1 déc 2017;(48-2) :29-51.
10. Rozée Gomez V. Les normes de la maternité en France à l’épreuve du recours transnational de l’assistance médicale à la procréation. *Recherches familiales*. 2015;12(1):43.
11. Thevenot A. *Parents après 40 ans*, Marc Bessin, Hervé Levilain, Autrement, 2012, 189 p. *Recherches familiales*. 2014;11(1):177.
12. Foucauld M-I de, Wendland J. Primiparité après 35 ans : désir d’enfant et vécu de la grossesse. *Périnat*. 1 sept 2019;11(3):109-16.
13. Goisis A. Childbearing Postponement and Child Well-Being: A Social vs. Health Trade-Off? :33.
14. Verdier P. De l’intérêt de l’enfant aux droits de l’enfant. *Enfances & Psy*. 2009;43(2):85.
15. Elsa Boulet, *Espaces et temps de la « production d’enfants »*. *Sociologie des grossesses ordinaires*, thèse pour l’obtention du doctorat en sociologie, Université Lyon 2, Lyon, 2020.
16. Haute autorité de santé, *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. Recommandations, s.l., 2007.
17. Jacques E. *Mort et crise du milieu de la vie*
<http://www.psychanalyse.lu/articles/JaquesMortCrise.htm>
18. Moreau S. *La maternité après 40 ans : complications obstétricales et néonatales*, 2020

19. Du Lau d'Allemans C. Quelles représentations les professionnels de santé ont-ils de la Trisomie 21 ? 2017.
20. Regnier-Loilier A, Perron Z. Intentions de fécondité et arrivée du premier enfant: Éléments de cadrage statistique dans la France contemporaine. Actes de la recherche en sciences sociales. 2016;214(4):81.
21. Tableaux de l'Économie Française | <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4318291>
22. Léon M. A Child, If I Want One, When I Want One... Gestalt. 23 juill 2013;43(1):104-18.
23. Capdeville B. Les évolutions contemporaines de la famille et leurs conséquences en matière de politiques publiques 2013. https://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/cese_evolution_famille_consequences.pdf

Annexes

Annexe 1. Questionnaire	49
Annexe 2. Tableau de Vergès®.....	51
Annexe 3. Tableau des comparaisons en fonction du type de maternité.....	52

Annexe 1. Questionnaire

Questionnaire

« La primiparité tardive »

Bonjour, je m'appelle Clara Gil, je suis étudiante sage-femme en 4^{ème} année à Limoges. Mon mémoire de fin d'études porte sur les représentations qu'ont les sages-femmes de la Primiparité Tardive, c'est-à-dire le fait de concevoir son premier enfant **après 35 ans**.

Ce questionnaire est anonyme et doit être rempli en une seule fois. La méthodologie des associations verbales utilisée ci-contre nécessite un remplissage méticuleux du questionnaire. Je vous remercie donc par avance de l'attention que vous y porterez.

Clara Gil

Autorisez-vous l'utilisation de vos réponses à des fins de recherche ?

- Oui
- Non

1- Donnez les 10 mots, termes ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit lorsque vous entendez :

« Primiparité Agée »

Notez les dans le tableau ci-dessous selon l'ordre alphabétique

Mots ou Expressions	Rang	Mots ou Expressions	Rang
a.		f.	
b.		g.	
c.		h.	
d.		i.	
e.		j.	

Dans le tableau ci-dessus, classez les mots par ordre d'importance dans la case « rang », en attribuant un chiffre de 1 à 10, le chiffre 1 étant le mot le plus représentatif de votre idée de la primiparité âgée et 10 le mot le moins représentatif.

2- Avez-vous des enfants?

- Oui
- Non

Si oui, à quel âge avez-vous eu votre premier enfant ? ans

3- Quel âge avez-vous ?

- Moins de 25 ans
- [25-35 ans]
- [36-45 ans]
- [46-55 ans]
- Plus de 55 ans

4- Dans quel type de maternité travaillez-vous ?

- Type I
- Type II
- Type III

5- Dans quel(s) secteur(s) exercez-vous le plus régulièrement ?

- Salle de naissance
- Secteur d'hospitalisation (Suites de couches, grossesses pathologiques)
- Secteur de consultations (Suivi de grossesse, diagnostic anténatal, échographie)

6- Depuis combien de temps exercez-vous la profession de sage-femme ?

- Moins de 5 ans
- [5-10 ans]
- [11-20 ans]
- [21-30 ans]
- Plus de 30ans

7- Avez-vous déjà pris en charge dans votre carrière une primipare tardive (premier enfant après 35 ans)?

- Oui
- Non

8- Selon vous, quel âge constitue le seuil maximal pour concevoir son premier enfant ?

.....ans

9- L'influence de la primiparité tardive sur les capacités maternelles est-t-elle plutôt ?

- Positive
- Négative
- Sans influence

En quoi ?

.....

10- Quelles sont les raisons qui, selon vous, font qu'une femme repousse sa première grossesse après 35 ans ?

.....

Annexe 2. Tableau de Vergès®

	Fréquence d'apparition supérieure à la moyenne des fréquences	Fréquence d'apparition inférieure à la moyenne des fréquences
Rang d'apparition supérieur à la moyenne des rangs	Noyau central	Noyau périphérique
Rang d'apparition inférieur à la moyenne des rangs	Noyau périphérique	Noyau périphérique secondaire

Annexe 3. Tableau des comparaisons en fonction du type de maternité

	TYPE 1	TYPE 2	TYPE 3
NOYAU CENTRAL DES REPRESENTATIONS	<p>Stress (6 ; 3.75)</p> <p>Maturité (6 ; 2.25)</p> <p>Fatigue (6 ; 3.75)</p>	<p>Grossesse à risque (10 ; 3.33)</p> <p>Plus de 40 ans (9 ; 1.25)</p> <p>Trisomie 21 (6 ; 4.66)</p>	<p>Complications (11 ; 4.1818)</p>
MOTS SPECIFIQUES A LA POPULATION (P< 0,005)	<p>Fatigue (p=0,019)</p> <p>Pathologies (p=0,026)</p> <p>Maturité (p=0,013)</p>	<p>Grossesse à risque (p=0,005)</p> <p>Plus de 40 ans (p=0,048)</p> <p>Choix de vie (p=0,042)</p> <p>Horloge biologique (p=0,041)</p>	<p>Projet de naissance (p=0,014)</p>
TENDANCE A LA REPRESENTATIVITE DANS UNE POPULATION (P proche de 0,005)	<p>Diabète (p=0,066)</p> <p>HTA (p=0,066)</p> <p>Exigence (p=0,066)</p>	<p>Plus de 40 ans (p=0,060)</p>	<p>Complications (p=0,062)</p> <p>HTA (p=0,053)</p> <p>Diabète (p=0,053)</p>
MOTS EN COMMUN AVEC D'AUTRES POPULATIONS (P= 1)	<ul style="list-style-type: none"> <u>AVEC TYPE 2</u> PMA, Beaucoup de questionnements, Société, Carrière, Angoisse <u>AVEC TYPE 3</u> Complications, Diabète, HTA, Grossesse précieuse, Exigence, Questionnements, Angoisse 	<ul style="list-style-type: none"> <u>AVEC TYPE 3</u> Grossesse précieuse, Beaucoup de questionnements, Carrière 	

Les représentations des sages-femmes sur la primiparité tardive

La primiparité tardive, autrement dit concevoir son premier enfant après 35 ans, est un phénomène prenant de plus en plus d'ampleur dans notre société occidentale. Si les représentations de la population générale sur ce sujet sont largement évoquées dans les études sociologiques, le point de vue des sages-femmes reste absent.

C'est pourquoi, nous avons souhaité, au travers de ce travail, donner la parole aux sages-femmes et les interroger sur leurs propres représentations de la primiparité tardive. Nous avons, pour cela, réalisé une étude qualitative, basée sur la méthode des associations verbales. Cette étude multicentrique incluait les sages-femmes diplômées d'Etat exerçant dans les maternités de l'HME, de la clinique des Emailleurs à Limoges, des maternités de St Junien, de Guéret et de Brive. Le noyau central des représentations s'avère être composé de termes plutôt négatifs « **Plus de 40 ans, Fatigue, Stress** ».

Mots-clés : Représentations, Sages-femmes, Primiparité Tardive, 40 ans

