



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

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



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

**REPRISE DES RAPPORTS SEXUELS**  
**DANS LE POST PARTUM :**  
**IMPACT D'UNE EXTRACTION INSTRUMENTALE**

**Mémoire présenté et soutenu par**

**Zoé PORTE**

**Née le 21 Août 1995**

**En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme**

**Année 2018**





**Faculté de Médecine et de Maïeutique**  
**Lyon Sud - Charles Mérieux**

**FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD 6 CHARLES MERIEUX**

**FORMATION SAGE-FEMME – SITE DE BOURG EN BRESSE**

**REPRISE DES RAPPORTS SEXUELS**  
**DANS LE POST-PARTUM :**  
**IMPACT D'UNE EXTRACTION INSTRUMENTALE**

**Mémoire présenté et soutenu par**

**Zoé PORTE**

**Née le 21 Août 1995**

**En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme**

**Année 2018**

## **REMERCIEMENTS**

***A M. Lionel SOUCHE, psychologue clinicien et sexologue, directeur de ce mémoire,  
Pour s'être autant investi dans la réalisation de ce travail, et m'avoir apporté une  
aide précieuse tout au long de sa rédaction.***

***A Mme Nathalie QUEROL, directrice de l'école et guidante de ce mémoire,  
Pour sa patience, ses conseils avisés et son soutien sans faille depuis le début.***

***Aux sages-femmes enseignantes de l'école de Bourg en Bresse,  
Pour leur bienveillance et leur écoute tout au long de la formation.***

***Aux sages-femmes libérales qui ont contribué à la réalisation de cette enquête,  
Pour leur collaboration et leur disponibilité.***

***Aux patientes qui ont participé à ce travail,  
Pour avoir accepté de se livrer à moi et m'avoir permis de mener à bien cette étude.***

***A mes camarades et amies, Estelle, Louise, Lucie, Lucille, Lucine et Mallaury,  
Sans qui ces quatre années n'auraient pu être si exceptionnelles.***

***A mes parents, Frédérique et André,  
Pour n'avoir jamais cessé de croire en moi.***

***A Louis,  
Pour son amour et sa présence à chaque instant.***

***Merci.***

# SOMMAIRE

Liste des abréviations.....	3
I – Introduction .....	4
II. Matériel et méthode .....	8
1 – Objectifs de l'étude .....	8
2 – Outil d'enquête.....	9
3 – Population et échantillon.....	10
4 – Méthode d'analyse des données.....	12
III – Résultats et analyse .....	13
III.1 - Représentation du corps et sexualité avant la naissance de l'enfant .....	14
III.1. A - Sexualité avant la grossesse .....	14
III.1. B - Vécu de la grossesse et des modifications corporelles .....	15
III.1. C - Sexualité pendant la grossesse .....	15
III.2 - Vécu de l'accouchement et des séquelles périnéales .....	16
III.2. A - Réaction lors de la décision d'extraction instrumentale .....	16
III.2. B - Vécu du geste sur le moment .....	18
III.2. C - Vécu des séquelles périnéales.....	19
III.2. D - Souvenir de l'accouchement aujourd'hui.....	20
III.3 - Reprise de la sexualité dans le post-partum.....	23
III.3. A - Ressenti des modifications corporelles en post partum.....	23
III.3. A. a - Modifications du corps dans sa globalité.....	23
III.3. A. b - Modifications autour de la sphère génitale .....	23
III.3. B - Modalités de la reprise .....	24

III. 3. B. a - Moment de la reprise .....	24
III. 3. B. a - Imagination de la reprise .....	24
III. 3. B. b - Difficultés associées.....	26
III. 3. B. c - Lien avec l'extraction instrumentale .....	27
III. 3. B. d - Rôle de la visite post-natale.....	28
III. 3. C - Evolution de la sexualité depuis la reprise.....	30
IV. Discussion .....	32
IV. 3. A - Forces et limites de l'étude.....	32
IV. 3. B - Synthèse des résultats.....	34
IV. 1 - Discussion des résultats.....	35
IV. 3. A - Contexte de l'accouchement .....	35
IV. 3. B - Abord de l'appréhension et de la douleur .....	38
IV. 3. C - Prise en compte de la globalité du couple.....	42
Conclusion .....	48
Références bibliographiques .....	49
Annexes.....	
Annexe 1 : Grille d'entretien.....	
Annexe 2 : Courrier à destination des patientes .....	

## Liste des abréviations

*Par ordre alphabétique*

CNGOF = Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français

ESPT = Etat de Stress Post-Traumatique

IST = Infections Sexuellement transmissibles

MAP = Menace d'Accouchement Préaturé

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

PMA = Procréation Médicalement Assistée

PMI = Protection Maternelle et Infantile

PNP = Préparation à la Naissance et à la Parentalité

SA = Semaines d'Aménorrhée

# I – Introduction

En 1974, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) introduit et définit la notion de santé sexuelle comme :

Un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. (1)

Elle n'est donc pas réduite à une absence de pathologie.

Comme l'OMS le mentionne, l'accès à la santé sexuelle et reproductive passe entre autres par le fait de pouvoir « *jouir d'une relation sexuelle saine, sûre et satisfaisante, qui contribue à améliorer la qualité de vie des relations interpersonnelles* ». (1)

La question de la sexualité est aujourd'hui un réel sujet de santé publique source de diverses actions de prévention, au-niveau de la contraception, de la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), du dépistage... Pourtant nous nous sommes rendu compte au fil de nos stages que ce thème reste peu abordé en dehors des consultations directement en lien avec, alors que la vie sexuelle des couples est souvent bouleversée par l'arrivée d'un enfant, notamment par l'épreuve de l'accouchement.

L'activité sexuelle dans le post-partum est influencée par beaucoup de changements dans le corps, le climat hormonal, la structure familiale, la relation avec le partenaire (2). Elle est donc vécue différemment par chaque couple, et résulte d'une multitude de facteurs l'impactant dans un sens ou dans un autre.

Les dysfonctions sexuelles du post-partum, en incluant les dyspareunies, concernent 41% à 83% des femmes entre deux et trois mois du post-partum (2).

Environ une femme sur deux a repris une activité sexuelle à 6 semaines de l'accouchement. Après 3 mois, 90% des femmes ont retrouvé une activité sexuelle. En moyenne, les couples reprennent les rapports à 45 jours de post-partum (3).

Des études montrent que les dyspareunies sont très fréquentes dans les trois à six mois du post-partum. Cependant elles ne démontrent pas de différence significative de difficultés sexuelles après l'accouchement, entre une patiente ayant accouché par voie basse et une patiente ayant accouché par césarienne (4). Quant au lien entre lésions périnéales, spontanées ou épisiotomies, et dyspareunies dans le post-partum, les études tendent à démontrer que les épisiotomies sont plus souvent causes de dyspareunies tandis que le retentissement des déchirures spontanées varie en fonction de leur degré de gravité (5);(6).

Les extractions instrumentales sont quant à elles associées à des dyspareunies et des dysfonctions sexuelles plus fréquentes. Il reste cependant difficile de savoir si cela n'est pas seulement lié à l'augmentation des lésions périnéales dans les accouchements avec extraction instrumentale (7).

Les résultats des différents travaux consultés nous ont interpellés ; bien que les lésions périnéales plus sévères semblent entraîner plus de dysfonctions sexuelles dans le post-partum, les différentes études que nous avons lues ne mettent pas en évidence que la césarienne protège les fonctions sexuelles, en même temps qu'elle protège des lésions périnéales (8);(4).

Cela nous a amené à réfléchir davantage sur le versant psychologique qui s'exprime à travers le corps et qui conduit parfois à des douleurs, des appréhensions ou d'autres difficultés dans la sexualité.

Nous nous sommes intéressés plus particulièrement au caractère traumatique de l'accouchement ; cette étape qui marque la fin de la grossesse et l'arrivée de l'enfant, implique de nombreuses modifications très rapides, tant dans le corps de la maman que dans sa structure familiale et dans son statut au sein de la société. C'est un moment très attendu et en même temps parfois redouté, qui ne se passe pas toujours comme le couple se l'était imaginé. Ainsi, il suscite pour un nombre non négligeable de femmes un réel traumatisme, ce dernier sous ses deux aspects ; son aspect organique : « *Ensemble des lésions locales intéressant les tissus et les organes provoquées par un agent extérieur ; troubles généraux qui en résultent* » (9) et, comme l'introduit la fin de cette définition, son aspect psychique :

*« Ensemble des troubles psychiques ou psychosomatiques provoqués accidentellement par un agent extérieur au sujet. Les manifestations d'un traumatisme psychique dépendent de la personnalité du sujet et de la portée émotionnelle de l'événement en cause. » (10)*

L'accouchement par voie basse altère les voies génitales : béance vulvaire, déchirure, épisiotomie... et donc directement les organes génitaux de la femme. Par le même temps, il peut laisser une cicatrice psychique qui pourra être difficilement gérable pour la femme. L'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT), se caractérisant par *« le développement de symptômes spécifiques faisant suite à l'exposition à un événement traumatique »* (11), pourrait se retrouver à la suite d'un accouchement. Nous avons fait l'hypothèse qu'un traumatisme causé par un accouchement voie basse pourrait causer des symptômes au niveau de la sphère génitale et ainsi avoir un impact sur la reprise de la sexualité.

D'après nos stages, nous avons vu qu'un accouchement vécu comme traumatique pour nous, professionnels de santé, n'était pas ressenti toujours de la même façon par le couple, et inversement. Nous pouvons objectiver cette différence de perception dans l'étude menée par Victoria Mulo à l'occasion de sa thèse : parmi les patientes ayant eu un vécu difficile de leur accouchement avec extraction instrumentale, dans 55,6% des cas, le gynécologue ayant pratiqué l'accouchement n'a pas signalé de difficulté technique lors du geste, et a donc perçu la naissance comme s'étant *« bien passée »* (12).

Nous nous sommes intéressés plus précisément aux accouchements avec extraction instrumentale, qui sont pour nous, professionnels de santé, des accouchements plus à risque de traumatisme, tant physiquement que psychologiquement.

L'extraction instrumentale est le fait d'utiliser, pour accélérer la naissance, un ou plusieurs instruments, ventouses, forceps ou encore spatules, dont les principales indications sont les anomalies du rythme cardiaque fœtal faisant craindre la survenue d'une acidose fœtale (13).

Ce mode d'accouchement est, de notre point de vue, plus impressionnant pour diverses raisons. La vision des instruments assez imposants, du saignement qui peut être plus abondant, notamment en cas de déchirure hémorragique, de la douleur plus intense, même si ces gestes sont dans la majorité des cas réalisés sous analgésie péridurale, de l'urgence de la situation et donc de son caractère angoissant. Cet acte est souvent réalisé pour faire naître l'enfant au plus vite en raison de son rythme cardiaque témoignant d'une souffrance fœtale. Il implique la présence d'un nombre important de personnel médical. L'apparence du nouveau-né peut aussi se révéler choquante, puisqu'il peut présenter des lésions sur le crâne du fait des forceps ou un crâne déformé suite à la ventouse. Certaines mamans développent aussi un sentiment de culpabilité de ne pas avoir réussi à « accoucher seule ». Tous ces éléments transforment cette étape imaginée comme magique, souvent évoquée comme « le plus beau jour de la vie d'un couple », en un événement potentiellement traumatisant sur le moment mais aussi à plus long terme.

L'accouchement voie basse et la sexualité coexistant tous deux au cœur de l'intimité de la femme, nous avons souhaité étudier l'impact de l'accouchement avec extraction instrumentale, sur la reprise des rapports sexuels dans le post-partum.

Nous avons pensé que le potentiel traumatisme psychique engendré par une extraction instrumentale, s'ajoutant aux lésions physiques, pourrait rendre la reprise des rapports plus compliquée, plus longue ou bien plus difficilement concevable.

## II. Matériel et méthode

### 1 – Objectifs de l'étude

Au cours de ce travail de recherche, nous nous sommes intéressés au vécu des femmes, ayant eu un accouchement avec extraction instrumentale, lors de la reprise de la sexualité dans le post-partum.

Pour créer notre trame d'entretien (annexe 1), nous avons cherché à répondre à 3 éléments principaux influençant cette reprise.

Dans un premier temps, nous avons analysé le vécu de la grossesse et de la sexualité avant l'arrivée de l'enfant, c'est à dire avant et pendant la grossesse, sur un plan général.

Dans un deuxième temps, nous avons essayé d'appréhender au mieux le ressenti des femmes sur le déroulement de leur accouchement.

Enfin, nous avons souhaité évaluer l'impact du ressenti de l'accouchement sur la reprise des rapports sexuels. L'objectif étant d'analyser le retentissement de l'extraction instrumentale sur la reprise des rapports sexuels, tout en cherchant à remettre chaque patiente dans son propre contexte.

La revue de la littérature que nous avons réalisée, ainsi que les entretiens auprès d'experts dans le domaine, nous ont permis de formuler des questions, qui nous ont guidées dans la création de notre trame d'entretien :

- A propos de l'analyse du vécu de la grossesse et de la sexualité avant l'arrivée de l'enfant, sur un plan général :
  - Un mauvais vécu de la grossesse aggraverait-il le traumatisme de l'accouchement par extraction instrumentale ?
  - Une vie sexuelle peu épanouie avant la naissance favoriserait-elle les difficultés lors de la reprise des rapports après un accouchement avec extraction instrumentale ?

- Afin d'appréhender le ressenti des femmes sur le déroulement de l'accouchement :
  - Le geste en lui-même ainsi que le contexte d'urgence de l'extraction instrumentale, majoreraient-ils le vécu traumatique de l'accouchement et donc le risque de difficultés lors de la reprise des rapports sexuels ?
  - La présence du conjoint lors de l'extraction instrumentale rendrait-elle la reprise des rapports dans le post-partum plus difficile (vue du sang, des gestes du gynécologue, de la douleur de la patiente...) ?
  - L'intensité des douleurs et appréhensions lors des rapports ne serait-elle pas non proportionnelle au degré de gravité des séquelles périnéales ?
- A propos de l'analyse de l'impact de l'extraction instrumentale sur la reprise des rapports sexuels :
  - L'extraction instrumentale contribuerait-elle à rendre plus difficile la réappropriation de son corps et de sa sexualité dans le post-partum ?
  - L'extraction instrumentale en elle-même augmenterait-elle l'incidence des difficultés sexuelles, et rendrait-elle la reprise des rapports sexuels plus tardive ?
  - Le fait de revenir sur les conditions d'accouchement avec un professionnel de santé permettrait-il de diminuer l'appréhension de la reprise des rapports sexuels ?

## 2 – Outil d'enquête

Notre étude a pour but d'analyser le vécu des femmes.

Nous avons décidé de réaliser une étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs.

Nous avons rapidement éliminé l'éventualité de procéder par questionnaires, car cela nous aurait fait perdre en richesse d'analyse. Les témoignages auraient été

moins personnels, tant dans la formulation des propos des patientes que dans leur façon de nous répondre. Nous avons préféré, pour mettre les femmes dans un climat de confiance, et permettre une analyse plus complète face à leurs réactions et attitudes, réaliser des entretiens en face à face plutôt que par téléphone. L'écrit aurait quant à lui créé une limite dans la spontanéité de leurs réponses, et nous aurait fait perdre en analyse de contenu verbal.

Nous avons choisi l'entretien semi-directif pour permettre aux femmes de s'exprimer librement, chacune dans leur singularité, et de nous ouvrir sur des hypothèses que nous n'avions pas envisagées. Notre trame d'entretien contient une trentaine de questions divisées en différents thèmes permettant d'avoir une vision la plus globale possible de leur ressenti :

- Le vécu de la grossesse et des changements corporels de façon générale
- La sexualité avant et pendant la grossesse : la satisfaction de leur vie sexuelle, les changements observés au cours de la grossesse, l'évolution de la relation avec le conjoint
- Le déroulement, les conditions et le vécu de leur accouchement
- La reprise de la sexualité dans le post-partum : le moment, les appréhensions, les douleurs et leur évolution dans le temps, le positionnement du conjoint, le rôle des professionnels de santé

### 3 – Population et échantillon

Au départ, nous souhaitions rencontrer des femmes primipares ainsi que des femmes multipares, leur expérience pouvant nous apporter différents horizons. Nous n'avons finalement pas eu l'occasion de rencontrer des patientes multipares, les extractions instrumentales étant bien moins fréquentes pour elles.

Nous avons décidé de recruter des patientes par le biais de sages-femmes libérales, et ce, pour deux raisons.

Tout d'abord, cela nous a permis de choisir le moment qui nous semblait le plus adapté pour parler aux jeunes mamans de leur sexualité ; lors de leur visite post-natale ou de leur rééducation périnéale. Nous pensions au départ les recruter en suite de couches, mais cela nous a finalement semblé peu approprié. Lors du séjour à la maternité, les accouchées ne se projettent souvent pas encore dans leur sexualité future.

De plus, passer par des sages-femmes libérales nous a permis d'aborder une personne que les accouchées connaissaient et en qui elles avaient confiance pour aborder le sujet intime qu'est la sexualité.

Ainsi nous avons collaboré avec cinq sages-femmes dans divers arrondissements de Lyon (3ème, 5ème, 6ème et 8ème). En règle générale, les sages-femmes avaient suivi les patientes pour leur préparation à la naissance, leur visite post-natale et leur rééducation périnéale. Nous avons dans un premier temps contacté les professionnelles par téléphone ou par mail en expliquant les thématiques et les modalités de notre projet. Nous avons ensuite envoyé aux sages-femmes, volontaires pour participer à notre étude, un courrier à destination des patientes, expliquant le but et le déroulement des entretiens (annexe 2).

Les critères d'inclusion étaient : les femmes primipares ou multipares ayant accouché avec extraction instrumentale, ventouse, forceps ou spatules, dans les 2 à 12 mois après leur accouchement, pour éviter un biais de mémoire trop important. Les sages-femmes ont distribué les demandes de recrutement aux patientes puis nous ont fait part des réponses positives par e-mail ou par téléphone. De cette manière, entre novembre 2017 et janvier 2018, nous avons réceptionné 10 réponses positives.

Nous avons organisé ces dix entretiens, cinq au cabinet de la sage-femme, cinq au domicile des patientes. Au moment de la rencontre, il s'était écoulé entre deux et sept mois depuis leur accouchement, avec une moyenne de trois mois.

#### 4 – Méthode d'analyse des données

Avec l'accord préalable de chaque patiente, nous avons enregistré nos entretiens pour permettre un échange plus interactif et agréable avec les patientes. Nous avons ensuite retranscrit par écrit l'intégralité de nos enregistrements, sans reformuler les propos. Nous avons ensuite analysé chaque entretien séparément en classant les arguments dans un tableau pour regrouper ultérieurement les réponses en différentes thématiques.

### III – Résultats et analyse

Nos dix entretiens se sont déroulés entre deux et sept mois de post-partum, avec une moyenne de trois mois. Ils ont duré de vingt-trois minutes à une heure et six minutes, avec une moyenne de quarante minutes.

Nous avons choisi de présenter les caractéristiques des différentes patientes interrogées sous forme de tableau.

Afin de préserver l'anonymat des femmes interviewées, leurs prénoms ont été modifiés.

1. Tableau des caractéristiques de la population étudiée (avec prénoms modifiés) :

	Type d'accouchement	Séquelles périnéales	Temps écoulé depuis l'accouchement	Reprise des rapports sexuels
Amélie	Forceps	Episiotomie	2 mois et demi	Oui
Solène	Ventouse puis forceps	Episiotomie Déchirure complète compliquée	4 mois et demi	Oui
Charlie	Forceps	Déchirure complète compliquée Déplacement du coccyx	2 mois	Non
Marianne	Forceps	Episiotomie	2 mois	Oui
Laurène	Ventouse	Episiotomie	3 mois	Oui
Cécilia	Ventouse puis forceps	Episiotomie	3 mois	Non
Clarisse	Forceps	Episiotomie	7 mois	Oui
Adeline	Forceps	Episiotomie	2 mois et demi	Oui
Amy	Ventouse	Episiotomie	2 mois	Oui
Lola	Ventouse	Episiotomie	3 mois et demi	Non

Nous avons choisi de présenter les résultats de notre enquête en divisant les réponses en trois grands thèmes :

Dans un premier temps nous parlerons de la représentation du corps et de la sexualité des patientes avant la naissance de l'enfant.

Ensuite, nous aborderons les circonstances et le vécu de l'accouchement ainsi que des lésions périnéales.

Pour finir, nous traiterons le thème de la reprise des rapports sexuels dans le post-partum.

### III.1 - Représentation du corps et sexualité avant la naissance de l'enfant

Nous avons souhaité étudier le vécu de la sexualité des femmes et la représentation qu'elles avaient de leur corps, avant et pendant la grossesse, dans le but de poser un cadre et de nous aider à mieux comprendre leur expérience après l'accouchement.

A différentes reprises, lors des entretiens, nous avons fait coter aux patientes, leur satisfaction sexuelle, afin de mieux apprécier l'amplitude des changements qu'elles ont pu ressentir. Nous leur avons proposé une notation de zéro à dix, dix étant le plus haut niveau de satisfaction.

#### III.1.A - Sexualité avant la grossesse

La majorité des femmes interviewées avaient une sexualité déclarée épanouie avant leur grossesse.

Neuf de nos patientes ont estimé leur satisfaction sexuelle entre 8/10 et 10/10.

Solène quant à elle l'a estimée à 5/10. Elle a suivi un parcours de Procréation Médicalement Assistée (PMA) qui a eu beaucoup de répercussions sur sa relation avec son conjoint, et a nettement détérioré leur vie intime. Nous retenons dans ses propos « *chaque rapport devient utile* », « *quand c'est l'ovulation, faut faire attention à pas louper ce soir* », « *c'est glauque* ».

### III. 1. B - Vécu de la grossesse et des modifications corporelles

Une partie des patientes rencontrées ont bien vécu leur grossesse. Elles se sont pour la plupart senties belles et épanouies dans leur corps de future mère. Nous retenons les termes « *une super grossesse* », « *la forme* », « *très bien passée* ». Elles ne décrivent pas de complexes particuliers vis-à-vis de leurs formes de femme enceinte « *je me trouvais belle enceinte, c'était harmonieux* ».

Deux de nos patientes quant à elles nous confient un vécu plus compliqué :

Solène nous explique « *...qu'on est stressé, on est heureux un quart d'heure, après c'est bon on a peur pour autre chose* ».

Laurène nous parle d'une grossesse « *difficile* ». Elle s'est sentie très mal dans son corps de femme enceinte, elle se décrit comme « *si maigre mais avec un ventre si énorme* », « *pas une jolie femme enceinte* ».

Sur le plan médical nous notons Laurène qui a subi son diabète gestationnel et a été très inquiétée par sa Menace d'Accouchement Prématuro (MAP) à 34 Semaines d'Aménorrhées (SA).

Solène et Amy ont pour leur part été alertées en début de grossesse par un risque de trisomie 21 supérieur au seuil fixé pas le test de dépistage.

Ces trois patientes nous avouent que « *ce n'était pas si drôle* » et qu'elles « *ne s'attendaient pas à ça* ».

### III. 1. C - Sexualité pendant la grossesse

La majorité des femmes interrogées divisent spontanément la grossesse en deux temps ; le premier trimestre où la sexualité reste la même qu'avant la grossesse « *c'était vraiment bien* », « *au début c'était comme avant* ».

Ensuite, leur cotation de la satisfaction sexuelle est modifiée ; certaines n'ont plus du tout eu de rapports après le premier trimestre. Celles-ci nous expliquent que cette interruption est due au volume du ventre qui s'arrondit et témoigne de la présence du bébé « *après avec le gros ventre ça devient compliqué, et puis on ne se sent pas pareil dans son corps non plus* », « *une fois qu'il voyait le ventre, ça le gênait la présence du bébé* », « *rien que l'idée que c'était un bébé à l'intérieur c'était pas possible pour lui* ». Pour la plupart, l'arrêt a été motivé plutôt par le conjoint mais bien accepté par les femmes qui ne se sont pas senties frustrées, car elles aussi ont constaté une baisse du désir au fur et à mesure de l'avancement de la grossesse.

D'autres ont continué à avoir des relations sexuelles jusqu'à l'accouchement mais notent une diminution de la qualité et de la quantité des rapports ; nous retrouvons des notations de 3/10 à 7/10, toujours expliquées par le « *...désir freiné par la présence du ventre, et l'acte en lui-même était pas pareil, plutôt en moins bien* », « *...des rapports moins fréquents avec moins de désir* », « *c'est pas tant que c'était pas bien, j'avais juste moins envie en fait* ».

### III. 2 - Vécu de l'accouchement et des séquelles périnéales

Nous tenions au préalable à préciser que toutes les patientes interviewées ont choisi d'être soulagées par une analgésie péridurale lors du travail et de l'expulsion.

#### III. 2. A - Réaction lors de la décision d'extraction instrumentale

Nous retrouvons deux sentiments majeurs opposés, quant à la réaction des parturientes, lors de l'annonce de la nécessité d'une extraction instrumentale.

La majorité des parturientes a ressenti un réel soulagement lorsqu'on leur a expliqué que le médecin allait les aider à mettre au monde leur enfant à l'aide d'une ventouse ou de forceps.

Soit parce qu'elles étaient très inquiètes par le bien-être de leur bébé et voulaient être rassurées par ses cris au plus vite *« sur le moment on se dit faites-moi ce que vous voulez, l'essentiel c'est que le bébé aille bien », « moi j'étais inquiète pour elle donc fallait qu'elle sorte et peu importe comment », « quand j'ai vu les forceps je me suis dit c'est le mieux pour mon bébé, je n'ai pas eu plus peur que ça pour moi ».*

Soit parce qu'elles ont tout de suite accepté ce geste comme quelque chose de positif et nécessaire, un « coup de pouce » pour aider leur bébé à venir au monde et qu'elles avaient hâte qu'il soit enfin là, Nous retenons *« il avait la tête un peu de travers du coup ils m'ont dit qu'ils allaient devoir m'aider autrement, ils ont pris les forceps pour l'aider à sortir, ça m'a pas fait plus peur que ça », « je m'en fichais complètement, fallait que le bébé sorte et si ça pouvait aider et bah très bien, et j'ai effectivement senti que ça m'avait beaucoup aidé », « je savais que le forceps c'était pas quelque chose d'incroyable, que ça arrivait souvent pour aider les bébés à sortir, ça m'a pas fait peur ».*

Pour plusieurs d'entre elles, le travail a été long. Il a parfois duré plusieurs jours à la suite d'un déclenchement, ce qui a transformé l'annonce de la nécessité d'une extraction instrumentale en une sorte de délivrance *« j'en avais tellement marre, j'étais tellement fatiguée que c'était plutôt un soulagement en fait ».*

Pour l'une des patientes, Adeline, le moment de l'annonce de l'indication d'une extraction instrumentale a été nettement plus source d'angoisse *« quand j'ai vu qu'ils commençaient à sortir des instruments, je me suis dis que je voulais plus regarder, je me suis mise dans ma bulle et j'ai arrêté de regarder, ça me faisait trop peur ».* Elle nous explique s'être complètement renfermée sur elle-même quand elle a compris que le médecin allait intervenir, et qu'elle avait senti la peur qu'elle avait de l'accouchement, depuis toujours, se concrétiser.

### III. 2. B - Vécu du geste sur le moment

Lors des récits de nos jeunes mamans, nous observons deux versants opposés, qui parfois coexistent dans le discours d'une seule et même femme.

Presque toutes les patientes ont commencé par dire que, comme elles étaient soulagées par une analgésie péridurale efficace, le moment de l'extraction instrumentale n'avait pas été douloureux, « *moi j'ai vraiment pas eu mal, j'ai eu une deuxième dose d'injection pour la péridurale* », « *j'ai pas eu mal, j'étais sous péridurale et ça marchait super bien* » (Amélie), « *quand j'ai accouché j'ai vraiment rien senti, même quand ils ont posé les forceps* », « *j'ai pas eu mal, c'était rapide* ». Cependant, nous remarquons une discordance dans les propos d'Amélie, qui plus tard dans son récit explique que son conjoint, qui était sorti de la salle d'accouchement au moment du geste, a eu « *...mal au cœur de l'entendre crier comme ça* ».

D'autres des patientes interrogées expliquent avoir ressenti des douleurs, presque insupportables pour certaines, mais aucune ne met cela directement sur le compte des forceps ou de de la ventouse « *je sais pas si c'est vraiment la ventouse qui m'a fait mal, j'ai eu mal quand sa tête est passée quoi, j'ai bien senti* », « *on sait pas si ce qu'on sent c'est la douleur de la ventouse ou juste la tête du bébé qui passe mais franchement c'était horrible* ».

Nous notons également dans les récits de certaines mamans, des propos des professionnels de santé entre eux tel que « *on va pas faire de césarienne, ça va être une boucherie* », « *mais merde c'est le front en fait* », qu'elles ont entendus et qui les ont rendus beaucoup plus stressées qu'elles ne l'étaient au début. Solène nous confie qu'à ce moment-là elle « *a cru qu'elle perdait son bébé* ».

Pour une grande partie des femmes que nous avons rencontrées, le papa est resté dans la pièce tout au long de l'accouchement. Tous ceux qui ont pu rester disent qu'ils en sont contents mais certains, selon leur femme, ont été un peu traumatisés et impressionnés par la vue du sang et des gestes du médecin particulièrement, et ont du mal à reparler de la naissance encore aujourd'hui.

Les papas qui ont été contraints de sortir disent que c'était difficile de laisser leur femme seule mais qu'ils sont soulagés de ne pas avoir tout vu.

Qu'ils soient restés ou sortis, les mamans étaient *a posteriori* satisfaites du choix qui avait été fait pour elles.

### III. 2. C - Vécu des séquelles périnéales

Pour une majorité des femmes interviewées, la cicatrisation des lésions périnéales a duré plusieurs semaines et a souvent été vraiment douloureuses dans un premier temps ; *« ça a été presque plus dur que l'accouchement, en fait l'accouchement tu oublies pas mais tu relativises. La suture ça fait mal, et ça a duré longtemps je trouve », « les quinze premiers jours c'était vraiment désagréable, ça faisait bien mal », « ça a été une catastrophe la prise en charge de la douleur »*. Mais au moment de notre rencontre, les déchirures semblent n'être qu'un mauvais souvenir pour la plupart d'entre elles, plusieurs nous ont affirmé *« aujourd'hui je sens plus rien », « aujourd'hui j'ai pas mal à la suture »*.

Laurène dit avoir senti le moment où l'épisiotomie a été réalisée, et qu'aujourd'hui elle la sent encore beaucoup ; *« les jours d'après c'était cauchemardesque [...]. C'est des douleurs constantes, c'est vraiment très douloureux et ça continue à l'être aujourd'hui »*. Cependant elle dissocie les douleurs qu'elle ressent de la cicatrice de l'épisiotomie *« c'est pas tant l'épisiotomie... je visualise très bien la zone qui me fait mal, est-ce que c'est psychologique ? Je ne suis pas allée toucher, explorer... je ne veux pas savoir. »*. Nous sentons dans son discours qu'elle ne parvient pas pour l'instant à se réapproprier son corps au-niveau de la sphère génitale. Nous avons l'impression que seul le contact de cette zone réactive en elle un souvenir douloureux, qui serait distinct de la douleur physique de la suture.

Solène, pour sa part, a très mal vécu ses lésions périnéales dans le post-partum. Ce n'est pas tant les douleurs qui ont été insupportables pour elle, mais la crainte qu'elle avait des séquelles qu'elles risquaient de subir.

Elle redoutait notamment l'incontinence anale. De plus, elle a eu l'impression que sa souffrance n'était pas reconnue par les professionnels de santé qui l'ont entourée « *physiquement tout s'est super bien passé, mais moi je me disais, je suis venue pour accoucher et je repars avec ça quoi... c'est pas un petit truc, j'ai l'impression que pour eux j'avais pas trop de raisons de me plaindre* ». Elle explique que le manque de reconnaissance de la part du personnel soignant de ce qu'elle a vécu a été difficile à gérer pour elle, « *ce n'est quand même pas facile ce que j'ai vécu je trouve, c'est pas rien* ».

### III. 2. D - Souvenir de l'accouchement aujourd'hui

Nous avons demandé à chacune des femmes rencontrées de décrire leur accouchement en trois mots. Nous distinguons trois différents états d'esprit quant au souvenir qu'elles ont de leur accouchement lors de notre rencontre. Nous remarquons que les différentes perceptions plus ou moins positives qu'elles ont aujourd'hui de leur accouchement ne sont pas liées au moment de post-partum ou nous les avons rencontrées.

Une partie des femmes ne retient aujourd'hui que du positif. Elles décrivent leur accouchement comme « *un beau moment, une belle cohésion avec mon conjoint, un accompagnement au top* », « *top, que du bonheur, à refaire* » (Charlie). Cette dernière qui, en raison de la sévérité des séquelles périnéales qu'elle a subies, ne pourra pas accoucher par les voies naturelles lors d'une prochaine grossesse, nous dit être très attristée par cela car elle a « *...adoré accoucher par voie basse* ».

D'autres jeunes mamans gardent un souvenir plutôt ambivalent. Elles parlent de la joie qu'elles ont pu éprouver lors de ce moment si particulier, mais mettent tout de même en évidence que ce n'était pas un épisode seulement magique et agréable. Nous retenons « *un soulagement, du bonheur mais avec une petite dose de douleur quand même* », « *rapide, indolore, traumatisant c'est un peu fort comme mot mais marquant quoi, plutôt dans le mauvais sens du terme* » (Marianne).

Chez cette dernière, nous sentons que les affects ont beaucoup évolué depuis son accouchement. Elle énonce « *quand j'en avais reparlé avec ma sœur le lendemain je me suis mise à pleurer parce que finalement, l'accouchement s'est pas si bien passé. En en reparlant je me suis écroulée en disant mince, j'ai eu des forceps... J'ai pleuré parce que j'étais un peu sous le choc en fait.* » Nous nous sommes rendu compte qu'elle avait parcouru du chemin depuis l'accouchement, qui l'avait aidée à prendre du recul et à accepter le déroulement son accouchement. Au moment de notre entretien, nous ne l'avons pas du tout sentie fragile quand elle en parlait.

Chez certaines patientes, nous sentons que l'aspect négatif domine leurs pensées, mais qu'elles souhaitent tout de même évoquer le bon côté, comme Solène qui dit : « *peur, bonheur quand même, et puis traumatisme* ».

Pour trois des femmes interrogées, avec des termes plus ou moins mesurés, seuls les points négatifs émergent de leurs propos. Elles décrivent leur accouchement comme « *long, fatiguant et stressant* », « *un cauchemar, pas comme je voulais, avec le sentiment d'être perdue* » (Laurène). Nous avons été marqués par la brutalité du terme « *cauchemar* » que cite Laurène, Cela nous évoque la part importante de détresse qui persiste encore aujourd'hui chez cette maman, qui a utilisé énormément de termes péjoratifs tout au long de l'entretien. Notre attention a également été retenue par le témoignage d'Adeline qui se souvient de son accouchement comme d'un moment « *long, fatiguant, pas une bonne expérience* ». Ce ne sont pas les termes qu'elle a utilisés qui nous ont alertés mais sa réaction ; durant les quelques minutes où nous discutons du souvenir qu'elle avait de la naissance de son bébé, elle n'a cessé d'avoir une voix tremblante et des yeux humides. Elle nous dit même à un moment donné, comme pour s'empêcher de craquer, « *je ne vais pas me mettre à pleurer quand même* ».

Nous notons aussi les explications de deux des patientes pour qui la naissance semble déjà tellement loin et, en parti, effacée dans leur mémoire.

« *Ce n'est pas un moment qui m'a marquée [...], comment ça s'est fait j'ai complètement oublié* »

*« C'est un moment désagréable qu'on ne retient pas, sur le moment on trouve ça horrible et puis finalement, ça s'efface vite »*

Nous avons dans un deuxième temps demandé aux patientes ce qu'elles ressentent aujourd'hui évoquant de leur accouchement à leurs proches. Nous trouvons là encore plusieurs sortes de réaction.

Certaines femmes, même celles ayant évoqué des aspects négatifs plus tôt dans l'entretien, aiment se remémorer la naissance de leur enfant *« c'est un bonheur d'y repenser, même si j'ai dit tout à l'heure que c'était douloureux, le fait d'avoir ton enfant sur toi c'est un accomplissement en fait »*, *« quand j'en reparle je suis heureuse, et un peu fière aussi quand même »*.

D'autres patientes ressentent encore des sentiments douloureux en y repensant, mais n'identifient pas spécifiquement l'extraction instrumentale. Elle parle d'un tout qui leur a laissé un souvenir pesant *« aujourd'hui ça va mieux, mais quand j'en parle avec des copines... ça ne reste pas un bon souvenir quoi. Et puis voir tout le monde débarquer, ça aussi ça fait peur »*.

Pour Laura, l'accouchement a laissé une marque qu'elle n'arrive pour le moment pas à surmonter. Elle est consciente que ce qu'elle ressent vis-à-vis de tout cela n'est pas normal, que sa souffrance ne devrait pas être si grande et si difficile à gérer ; *« je sens bien quand j'en parle que c'est pas normal... ça m'a vraiment traumatisé, à tel point que je refuse d'envisager d'en faire un deuxième [...]. J'en parle avec une pédopsychiatre, mais même si j'en parle, le traumatisme il est là. »* Elle a employé le mot « traumatisme » à de nombreuses reprises lors de l'entretien. Nous la sentons réellement désemparée face à cette situation, elle tente de chercher de l'aide mais au fond ne semble pas convaincue qu'elle pourra se remettre de ça un jour.

### III. 3 - Reprise de la sexualité dans le post-partum

Parmi les dix patientes, sept avaient repris les rapports sexuels préalablement à l'entretien, tandis que pour les trois autres ce n'était pas encore le cas.

#### III. 3. A - Ressenti des modifications corporelles en post partum

##### III. 3. A. a - Modifications du corps dans sa globalité

L'ensemble des femmes rencontrées se sent plutôt bien dans leur corps depuis leur accouchement. Elles mentionnent souvent sur le ton de l'humour une partie de leur corps qu'elles préféreraient avant la grossesse et espèrent retrouver dans quelques temps, mais rien qui les fasse ne pas aimer leur corps de jeune maman. Nous retenons « *franchement ça va, je suis pas du tout complexée* », « *à part les grosses fesses, ça va* », « *un peu plus flasque qu'avant mais j'ai tout reperdu donc franchement c'est cool* ». Certaines sont même fières des marques de leur grossesse : « *j'ai le ventre qui pendouille un peu mais j'aime toujours autant mon corps, il montre que maintenant je suis maman* ».

##### III. 3. A. b - Modifications autour de la sphère génitale

L'ensemble de nos patientes soulignent qu'elles se sentent vraiment différentes au niveau de leurs parties intimes. La plupart expliquent qu'elles sentent que leur vagin est plus distendu qu'avant et qu'elles ont plus de mal à contracter leurs muscles périnéaux, « *mon périnée est pas du tout comme avant, apparemment j'ai un périnée sidéré à cause des forceps, du coup je sens plus du tout pour contracter mes muscles* », « *c'est moins serré au-niveau du vagin, mais j'ai commencé la rééducation et ça va déjà un peu mieux* », « *à l'intérieur c'est pas comme avant, dans le vagin y'a des sortes de boursoufflures avec les points, c'est bizarre* ». Là encore, Laurène utilise des termes assez forts pour décrire ce qu'elle ressent : « *pour moi c'est vraiment une zone dévastée* ».

Clarisse quant à elle nous confie sa difficulté à visualiser ce qui lui a été fait « *je sais que j'ai été charcutée, que j'ai eu super mal, que ça saignait, mais je ne voyais rien et personne ne m'a expliqué* ».

### III. 3. B - Modalités de la reprise

#### III. 3. B. a - Moment de la reprise

Parmi les patientes interviewées qui avaient déjà retrouvé une sexualité lors de notre rencontre, cette reprise des rapports sexuels a eu lieu entre un et trois mois de post-partum. La patiente que nous avons vu le plus tard, qui n'avait pas repris les rapports sexuels, en était à 3 mois et demi de post-partum. Pour celles qui ont déjà recommencé, la perception du moment de reprise était très fluctuante d'une patiente à l'autre ; « *nous avons réessayé assez vite, au bout d'un mois* », « *nous ne nous sommes pas pressés, nous avons essayé qu'à partir de cinq semaines* ».

Les réflexions des trois patientes n'ayant pas encore repris les rapports sexuels ne sont pas du tout les mêmes.

« *Pour le moment, ce n'est pas très propice avec le bébé et tout, mais maintenant à trois mois ça peut revenir, y'a plus d'appréhension* »

« *Avec ces douleurs c'est juste inenvisageable, c'est niet, ce n'est pas du tout le moment quoi* »

« *L'harmonie du couple a été totalement basculée, il faut un temps de réadaptation après que tout ait été chamboulé, pour l'instant il n'y a pas trop le temps pour ça* »

#### III. 3. B. a - Projection de la reprise

A travers les différents entretiens ressortent deux grandes appréhensions ; celle de la douleur qui est mentionnée par l'ensemble des femmes interviewées. Cette peur d'avoir mal semble plutôt liée à la présence des sutures périnéales. « *J'avais un peu l'appréhension d'avoir mal avec la cicatrice de l'épisiotomie, je l'aime pas cette cicatrice, c'est une petite mutilation, c'est délicat* ».

Elle était également souvent associée à la crainte que les sutures lâchent pendant le rapport *« j'avais peur que la cicatrice de l'épisiotomie se réouvre », « je n'avais pas forcément envie, de peur de tout casser ».*

La deuxième crainte antérieure à la reprise des rapports sexuels, cette fois exprimée par seulement cinq des patientes interrogées, est celle du changement ; elles avaient peur que les modifications anatomiques, dont elles sont conscientes, au-niveau de leur périnée et de leur vagin, entraînent une baisse de la qualité de leurs rapports sexuels, tant pour elles-mêmes que pour leur conjoint ; *« j'avais peur que ça me fasse mal, avec les points, et j'avais peur que les boursoufflures à l'intérieur ça le perturbe ».* Pour ces raisons, le moment de la reprise des rapports sexuels a été repoussé par la plupart des femmes, et ce sont plutôt les conjoints qui ont motivé cette reprise. *« Je voulais attendre 3 semaines minimum avant de recommencer, j'avais encore peur », « j'ai vraiment repoussé le moment parce que j'avais peur, c'est lui qui réclamait plus ».*

Selon la majorité des patientes rencontrées, les papas n'avaient pas d'appréhensions particulières quant à la reprise des rapports sexuels. Certains avaient tout de même la crainte de leur faire mal, du fait des points, mais tous se sont montrés compréhensifs, patients, et surtout rassurants envers leur femme.

Les femmes ont toutes raconté leur premier rapport sexuel comme quelque chose pour lequel elles s'étaient un peu forcées, une sorte de mauvais moment à passer, mais un cap à surmonter au plus vite pour que l'acte puisse s'améliorer par la suite. Quand elles en parlent, le but de ce rapport ne semble pas être le plaisir de se retrouver, mais plutôt de voir s'ils arrivent à avoir un rapport et dans quelles conditions ; *« au début nous avons juste essayé, pour voir si on y arrivait. Ok ça rentre nous sommes contents, la première fois nous ne nous sommes pas attardés. », « la sage-femme m'a dit de pas trop repousser le moment parce que plus on attendait plus ça allait être difficile ».*

La plupart des femmes ayant retrouvé des relations sexuelles se sont posées des questions et imaginaient le premier rapport après l'accouchement comme quelque chose de nouveau « *c'est presque comme si nous nous apprêtions à refaire notre première fois* ». Tandis que deux des patientes n'ayant pas encore repris les rapports sexuels ne pensent pas un seul instant que leurs sensations puissent être différentes de celles qu'elles avaient avant la grossesse « *je l'imagine comme avant, je pense pas que ça aura changé, et j'espère pas parce que c'était sympa avant quand même* ». Pour cette dernière, le fait qu'elle ait un périnée sidéré et qu'elle n'ait que très peu de sensations à ce niveau-là, n'aura pas d'incidence sur sa sexualité. Nous restons étonnés du récit de Cécilia, qui nous dit qu'elle n'a pas repris les rapports sexuels avec pénétration, bien qu'elle n'ait consciemment aucune appréhension vis-à-vis de cela, mais une sexualité plus douce, « *petits câlins et tout mais pas de pénétration* », qui témoigne tout de même du désir et de la présence d'occasions de se retrouver avec son conjoint.

### III. 3. B. b - Difficultés associées

En regard des premiers rapports sexuels, les femmes ont mis en évidence des difficultés :

- La douleur est la difficulté majeure rencontrée par les femmes, et toutes y ont été confrontées. « *Malgré le lubrifiant j'ai eu mal, après nous avons changé de position et ça allait un peu mieux* », « *les douleurs c'était à chaque va-et-vient* », « *la pénétration ça fait mal, malgré le lubrifiant et tout ce qu'il faut il y a un endroit où vraiment, ça fait mal* ».
- La diminution du tonus périnéal a été notée par plusieurs des femmes « *à la pénétration j'avais pas l'impression de serrer comme avant, il y avait trop d'espace à l'intérieur de moi* », « *je contracte moins bien, du coup je prends moins de plaisir parce que c'est plus ouvert qu'avant je pense* ».
- La diminution du plaisir pendant le rapport sexuel : « *comme ça m'a fait mal, je n'ai pas pris de plaisir, donc ça a tendance à diminuer le désir aussi* ».

Nous avons demandé aux femmes de donner des précisions sur les douleurs qu'elles pouvaient ressentir lors de la pénétration, elles ont formulé diverses caractéristiques :

*« C'était irritant, toute cette zone était sensible, comme des brûlures »*

*« La douleur c'était à l'intérieur, pas au-niveau des points, juste au début »*

*« Il y a une gêne à l'intérieur, comme s'il y avait un truc qui empêchait que ça rentre, des fois j'ai l'impression d'être redevenue vierge »*

*« J'ai mal à l'entrée mais à gauche, pas au-niveau de la cicatrice, c'est vraiment très très douloureux »*

A l'issue de leurs descriptions, nous remarquons que, qu'elles avaient souvent une appréhension par rapport à leur cicatrice. Pourtant, nous avons eu l'impression qu'elles ressentaient finalement des douleurs qui n'étaient peut-être pas du fait de leur épisiotomie.

### III. 3. B. c - Lien avec l'extraction instrumentale

Beaucoup des patientes interrogées ont expliqué avoir du mal à identifier réellement l'origine de leurs douleurs et de leurs difficultés lors des rapports sexuels. Par rapport aux douleurs, elles disent, pour une majorité, qu'elles seraient causées par la cicatrice périnéale plus que par l'extraction instrumentale en elle-même ; *« pour moi c'est plus lié à l'épisiotomie qu'au forceps », « c'est surtout les points, bon je les ai eus à cause du forceps mais c'est surtout eux qui me gênent », « moi le forceps ça ne m'a pas bloqué plus que ça, c'est par rapport à l'épisiotomie que je me suis posée des questions ».*

Pourtant, plusieurs d'entre elles décrivent juste avant des douleurs et des gênes qui ne se situent pas au-niveau de l'épisiotomie.

Deux des patientes identifient des difficultés, physiques ou psychologiques, directement en lien avec l'extraction instrumentale : *« pour moi les forceps ont endommagé oui, ils ont fait une sorte de bosse à l'intérieur, comme un obstacle, et c'est ça qui me gêne pendant les rapports ».*

Chez Laurène, nous identifions assez rapidement la cicatrice psychique laissée l'accouchement. Nous retenons dans ses *propos* « *c'est super jusqu'à ce qu'on essaie la pénétration, et là, tout de suite ça devient vraiment trop douloureux et ça bloque tout* », « *la moindre petite douleur me bloque alors que ce n'est rien par rapport à ce que j'ai pu sentir* », « *c'est peut-être une zone où j'ai plus envie d'avoir mal, j'ai tellement eu mal que j'en ai ras le bol des douleurs* ». En observant toutes ses paroles, nous avons l'impression que le moindre contact de cette zone, qu'elle décrit comme profonde, réactive le traumatisme, loin d'être guéri, qui lui a été causé par son accouchement, rendant une pénétration presque insupportable.

Parmi les trois qui n'ont pas encore repris les rapports, deux n'ont selon elles aucune appréhension, et explique que cela est dû à un tout, qui rend le contexte peu propice pour retrouver une vie intime avec leur conjoint. La dernière, Charlie, n'envisage pas de reprendre les rapports sexuels pour le moment du fait, de ses douleurs insupportables au coccyx, justifiées par le déplacement qui a eu lieu lors de son accouchement. Aucune ne met cela sur le compte des forceps ou de la ventouse.

### III. 3. B. d - Rôle de la visite post-natale

- Concernant la sexualité, les avis sont partagés ;

Certaines mamans expliquent avoir eu besoin d'attendre cette consultation, afin d'avoir un accord médical pour reprendre les rapports plus sereinement : « *j'avais besoin du feu vert* », « *je l'attendais pour savoir si tout allait bien, dans quel état c'était, je préférais être rassurée d'abord* ».

D'autres patientes ne ressentaient pas le besoin d'être rassurées au préalable par un professionnel de santé « *j'ai pas attendu la visite, j'ai juste regardé un peu sur internet les questions que je me posais* », « *non je l'ai pas attendue, à la maternité ils m'ont juste dit d'attendre un mois, ça m'a suffi* ».

L'ensemble des femmes disent avoir peu parlé de sexualité pendant cette consultation, soit pour exprimer leurs appréhensions, soit pour parler de leurs douleurs. Celles qui en avaient besoin ont bénéficié de quelques conseils qui les ont plus au moins aidées. Neuf des patientes disent être tout à fait satisfaites des

informations reçues et ne pas avoir eu la nécessité de plus. Une des patientes, Adeline, dit regretter de ne pas avoir été informée plus tôt sur le déroulement de la reprise des rapports sexuels. Elle énonce ne pas avoir été préparée à cela, pensant qu'au bout de deux mois tout serait redevenu comme avant. Elle aurait préféré savoir tout cela avant d'y être confrontée *« moi j'aurais aimé être informée de tout ça, je pensais qu'en un ou deux mois ça serait bon, et du coup comme ce n'est pas le cas, nous avons eu l'impression que ça sera plus du tout comme avant finalement »*.

- Concernant la nécessité de reparler de l'accouchement

La majorité des femmes interviewées expliquent avoir parlé de leur accouchement qu'à titre d'information. Elles ont simplement répondu aux questions, du professionnel de santé qui leur a demandé les circonstances médicales de l'accouchement. Elles n'ont pas ressenti, pour la plupart, le besoin d'en reparler plus que ça.

Adeline a revu, lors de sa visite post-natale, le gynécologue qui l'a accouchée. Il lui a bien précisé que son accouchement avait été difficile, et ses propos l'ont vraiment soulagée : *« il m'a dit que ça avait quand même pas été facile, [...], ça fait du bien de l'entendre de sa bouche et de savoir qu'on ne s'est pas fait des films tous seuls quoi »*.

Pour Laura qui a réellement mal vécu son accouchement, elle n'a pas l'impression qu'en parler l'aide pour le moment, elle le fait mais ne constate pas d'amélioration ensuite *« j'en parle mais ça sert pas à grand-chose, le traumatisme il est là »*.

### III. 3. C - Evolution de la sexualité depuis la reprise

Au moment de l'entretien les femmes cotent leur satisfaction sexuelle entre 0 et 8/10. Aucune des patientes interviewées n'a, pour le moment, retrouvé la même satisfaction sexuelle qu'avant la grossesse.

Plusieurs explications sont données à cette diminution ;

*« C'est un problème de désir, nous mettons du temps à redevenir un couple, ce n'est pas un problème corporel »*

*« Le problème c'est que la pénétration, vraiment, ça me fait mal »*

*« Ce n'est pas tout à fait aussi bien qu'avant parce que pour l'instant, il y a quand même cette petite appréhension qui reste, même si ça fait plus mal ».*

Plusieurs d'entre elles confient également avoir changé leurs pratiques sexuelles depuis l'accouchement, rendant leurs rapports moins variés : *« pour l'instant nous devons faire des positions simples quoi, selon comment je me sens »*, *« pour l'instant nous ne faisons rien d'original, juste du missionnaire tout doux ».*

La majorité des femmes ayant repris les rapports sexuels constatent aujourd'hui une nette amélioration de la qualité des rapports, notamment grâce à l'atténuation voire à la disparition de leurs douleurs. Par le même temps, elles notent aussi, en général, une diminution de l'appréhension ; *« aujourd'hui ça va vraiment mieux, quasiment plus de douleur, même s'il reste toujours une petite appréhension »*, *« aujourd'hui je sens plus du tout ».*

Quelques-unes des jeunes mamans remarquent aussi un resserrement de la béance vulvaire et une tonification du plancher périnéal, grâce à leur rééducation du périnée. Elles sentent qu'elles contrôlent mieux leurs contractions musculaires à ce niveau-là, et ont de ce fait plus de sensations et de plaisir lors des rapports sexuels ; *« la rééducation je trouve que ce n'est pas mal, et j'ai l'impression que c'est de mieux en mieux »*, *« grâce à la rééducation du périnée, j'ai commencé à ressentir que je pouvais contracter en bas, j'ai demandé à mon conjoint s'il sentait aussi une différence pendant les rapports, et il m'a dit que oui ».*

Au contraire, plusieurs des patientes décrivent une appréhension plus importante aujourd'hui qu'avant leur premier rapport pendant le post-partum, engendrant une diminution du désir de leur côté ; *« j'ai eu plus d'appréhension la deuxième fois au final, et pour le moment le passage à l'acte c'est pas quelque chose d'agréable, y'a moins de désir du coup », « comme maintenant je sais que je vais avoir mal, j'ai plus de plaisir, ni de désir »*,

Nombreuses d'entre elles ne constatent parallèlement à cela aucune diminution des douleurs et des gênes qu'elles ressentent lors de la pénétration, notamment dans le cas de Laurène : *« c'est sans doute même plus douloureux les rapports aujourd'hui qu'au début, mais c'est peut-être dû au psychologique, et au fait que je sois moins dedans », « malgré les séances de rééducation, la crème et tout ce qu'il faut j'ai toujours aussi mal, et ça me rassure vraiment pas »*.

Pour ces mêmes femmes, ces difficultés qu'elles rencontrent entraînent un décalage avec leur conjoint, qui eux ressentent beaucoup de désir pour elles. Il devient alors difficile dans le couple de conserver une sexualité fondée sur le partage : *« je lui dis que pour moi ce n'est pas terrible, que je ressens rien et que je prends pas de plaisir, du coup lui il est déçu... Il tente des fois hein mais bon... », « il y a un peu d'envie de son côté à laquelle je ne peux pas forcément répondre »*.

Les patientes ayant déjà repris les rapports sexuels espèrent retrouver la qualité de la sexualité qu'elles avaient avant d'être enceinte, mais pour six d'entre elles, malgré les améliorations qu'elles ont déjà pu constater, il persiste un doute quant à cela : *« j'espère que ça redeviendra aussi bien qu'avant mais pour l'instant, j'ai quand même un doute », « j'espère que le temps va faire son œuvre », « je me demande quand ça va cesser, et franchement ça m'inquiète », « j'ai l'impression que ça sera plus trop comme avant »*.

## IV. Discussion

### IV.3.A - Forces et limites de l'étude

Tout d'abord, nous avons rencontré une difficulté par rapport aux séquelles périnéales associées à l'extraction instrumentale ; neuf sur dix de nos patientes ont subi une épisiotomie, la dernière ayant eu une déchirure complète compliquée, nous avons donc par moment eu du mal à faire la part des choses entre les conséquences des lésions périnéales et celles de l'extraction instrumentale en elle-même.

Au cours de notre étude, nous avons rencontré des difficultés dans la constitution de notre échantillon. Tout d'abord nous n'avons pas réussi à interroger de multipares, aucune des sages-femmes participantes n'en ayant suivies pendant notre période de recrutement. De plus nous avons eu du mal à obtenir un nombre satisfaisant de patientes prêtes et disponibles pour répondre à nos questions. Nous avons contacté quinze sages-femmes libérales et n'avons souvent pas eu de retour. En obtenant seulement cinq réponses positives, il a été difficile d'avoir un grand nombre de patientes qui rentraient dans les critères d'inclusion, pendant notre période de recrutement.

Cependant, bien que notre échantillon soit de faible quantité, nous n'avons pas constaté de nouvelles informations après notre 8<sup>ème</sup> entretien, nous pensons donc être arrivés à saturation des données.

Bien que nous souhaitions rencontrer également des multipares, le fait de n'avoir interviewées que des primipares nous assure que leur témoignage n'a pas été biaisé par un premier accouchement.

S'adresser à des sages-femmes libérales a également généré un biais de recrutement : nous n'en sommes pas dupes. Les femmes interrogées étaient toutes suivies par la sage-femme pour leur préparation à la naissance et/ou leur rééducation périnéale. Ces consultations étant facultatives, nous nous sommes adressés à des patientes d'un niveau socio-économique sûrement plutôt aisé.

Les professionnelles contactées avaient toutes leur cabinet en ville, ce qui là aussi nous a mené vers une certaine catégorie de population, plutôt citadine, en excluant une population rurale. Cependant, leur cabinet étant dans différents arrondissements de Lyon, nous avons tout de même pu rencontrer, supposément, des femmes de différents horizons sociaux.

Le fait même que les sages-femmes aient accepté de nous aider dans notre enquête nous fait supposer qu'elles sont intéressées par le sujet de la sexualité, et l'abordent peut-être différemment avec leurs patientes. De plus, les professionnelles ont choisi à quelles patientes proposer une participation à notre étude, en excluant peut-être spontanément des femmes qu'elles pensaient ne pas être prêtes, ou volontaires, s'ouvrir leur intimité pour une raison ou une autre. Effectivement, toutes les femmes qui nous ont répondu étaient d'accord pour se confier à nous, prêtes à évoquer l'intimité, ce qui prouve un certain recul et une certaine réflexion qu'elles ont pu avoir au préalable à notre entretien. Nous pouvons supposer que les femmes pour qui l'accouchement a créé un traumatisme bloquant toute interaction, n'auraient pas souhaité nous répondre.

Dans les témoignages récoltés, les jeunes mamans ont dit ce qu'elles souhaitaient en fixant elles-mêmes leurs limites, et donc potentiellement en omettant certaines informations.

D'autre part, nous avons interviewé les patientes relativement tôt après leur accouchement. Elles n'avaient donc que peu de recul à ce moment-là, mais cela nous a permis de réduire au maximum le biais de mémoire puisque nous les interrogeons, pour la plupart, sur leur présent. D'ailleurs, nous avons demandé l'autorisation, à chacune des patientes rencontrées, de pouvoir les recontacter quelques semaines après notre entretien, pour suivre leur évolution à distance et enrichir notre étude, afin de dépasser les limites imposées par la dimension pragmatique de l'étude.

Une autre limite réside dans l'analyse de contenu : premièrement nous n'avons pas évoqué leur gestuelle ou encore leur temps de réponse à nos différentes questions. Cependant nous avons, à chaque fois que cela a retenu notre attention pendant l'interview, mis en évidence leur intonation, leur comportement ou leur réaction lors de certaines de leurs explications.

Les exemples des propos des femmes peuvent parfois paraître subjectifs, puisqu'ils sont sortis de leur contexte, pour illustrer l'idée que nous avons pu tirer de l'ensemble de nos entretiens. Ils ont été interprétés en considérant notre propre subjectivité et réceptivité personnelle.

Certains témoignages nous ont plus marqués que d'autres, nous avons donc probablement plus insisté dessus. Mais cela fait partie, de notre point de vue, de la richesse d'une analyse qualitative.

Bien que nous ayons pris tout le recul possible, nous avons peut-être manqué certaines informations qui auraient pu enrichir notre analyse. Une lecture par un tiers nous aurait possiblement permis d'identifier de nouveaux éléments d'analyse. Toutefois, nous avons d'abord assisté à l'entretien puis l'avons retranscrit, et enfin relus, à distance et à plusieurs reprises, ce qui laisse finalement assez peu de place à l'oubli d'éléments majeurs dans les témoignages.

Malgré les réserves énoncées dans cette étude, présenter nos résultats afin d'en discuter.

#### IV. 3. B - Synthèse des résultats

Différents éléments ont pu être mis en lumière au sein des résultats de notre étude.

Nous avons dans un premier temps pu constater dans les différents témoignages, que l'extraction instrumentale ne pouvait être responsable à elle seule d'un traumatisme. Tout le contexte autour, dont le mode de mise en travail (spontané ou déclenché), le déroulement du travail, l'indication du geste, l'attitude des professionnels, ont une répercussion directe sur le vécu de l'accouchement *a posteriori*.

Nous avons également mis en évidence deux difficultés omniprésentes lors de la reprise des rapports sexuels : l'appréhension et la douleur. Toutes deux sont étroitement liées puisqu'elles peuvent s'influencer l'une et l'autre. Nous tenterons de préciser leurs mécanismes et de les comparer aux ressentis des femmes ayant eu un accouchement eutocique.

Enfin, un point nous est apparu essentiel pour comprendre et mettre en place une prise en charge adaptée : le fait de voir chaque couple dans sa globalité et sa singularité. La sexualité, comme la grossesse et la parentalité, se vit à deux. Les femmes ont parfois eu l'impression d'être elles-seules les patientes, leur conjoint n'étant qu'un témoin.

Nous allons à présent répondre à nos objectifs fixés au préalable de cette enquête, en discutant de nos résultats.

#### IV.1 - Discussion des résultats

##### IV.3.A - Contexte de l'accouchement

Comme nous en avons fait l'hypothèse au début de ce travail, il a été constaté au fur et à mesure des entretiens que le vécu de la naissance *a posteriori* était intimement lié au contexte dans lequel la décision avait été prise, ainsi qu'à l'attitude des professionnels au moment du geste. Les situations d'urgences ont souvent paru plus difficiles à surmonter dans les suites. Certains propos qui ne sont à la base pas destinés aux couples mais parfois entendus, se sont révélés choquants pour plusieurs d'entre eux. Les couples placent leur santé ainsi que celle de leur enfant à venir entre nos mains, et n'ont pour cela d'autres choix que de nous accorder leur confiance. Ainsi, il est important d'être à même de les « contenir », c'est-à-dire d'être rassurants, de les aider à supporter leurs angoisses, de leur servir de pare-excitation (14). Nous devons faire attention aux mots que nous utilisons, et garder un comportement permettant aux couples de se reposer sur nous. Cette nécessité de maîtriser ses émotions, ses réactions et ses paroles, est bien identifiable à travers les propos de patientes interrogées dans une étude à propos du vécu des accouchements avec extraction instrumentale, tels que « *je sentais que l'équipe était paniquée* » ou « *j'ai eu des remarques d'une étudiante sage-femme peu rassurante, un professionnel ne doit pas montrer ses doutes* » (12).

Nous avons supposé que la présence du papa pendant le geste représenterait une difficulté supplémentaire à la reprise des rapports sexuels dans le post-partum. Nous avons été confortés dans cette idée par la lecture d'une étude dans laquelle des pères témoignaient avoir surestimé leur capacité à endurer l'accouchement, et avoir parfois mis du temps à s'en remettre (15). Dans notre enquête, selon les dires des femmes, cela n'a pas semblé effrayer les partenaires, qui avaient peu d'appréhension et étaient finalement les plus demandeurs de retrouver une sexualité après la naissance. Nous souhaitons tout de même nuancer ces affirmations ; l'étude de C. Blanc, sage-femme, menée pour son travail de mémoire auprès des pères, a souligné que moins de la moitié des hommes avaient rediscuté de leur propre vécu après la naissance (16). Nous ne sommes donc pas à même d'affirmer que les pères n'ont réellement pas été choqués, ou bien s'ils souhaitent protéger leur femme, ou même juste ne pas en parler. En tout cas, les mamans dont les conjoints sont restés dans la salle du début à la fin, mettent en évidence une grande compréhension de leur part, puisqu'ils ont assisté à l'accouchement et peuvent donc mieux comprendre ce qu'elles ressentent aujourd'hui. Là-encore, les couples semblent avoir besoin d'être soutenus par le personnel médical. Le fait d'être guidés de façon claire semble leur apporter une certaine sécurité dont les mères ont rapporté leur satisfaction *a posteriori*.

Contrairement à ce que nous avons imaginé, nous avons remarqué que la technique utilisée, ventouse ou forceps, ne prédit pas d'un meilleur ou d'un moins bon vécu de la naissance. Bien évidemment, nous en avons une présupposition intuitive, mais le présent travail nous a plus que jamais permis de faire l'économie d'un thème majeur, difficilement quantifiable : les aspects subjectifs. Nous nous sommes rapidement aperçus, au fil des entretiens, de l'existence de toute une dimension en termes de subjectivité et de particularité des vécus, qui n'était pas si facilement mesurable. Le souvenir que laisse l'accouchement à la patiente ne se réduit pas à la nécessité d'une extraction instrumentale, mais est impacté par tout le contexte médical autour ainsi que par la singularité et l'histoire de chaque couple.

D'ailleurs nous retrouvons dans la littérature qu'un bon vécu de l'accouchement ne garantissait pas d'une satisfaction de cette naissance (12) ; il y a donc bien une nuance entre ce qui a été décevant et ce qui a été traumatisant, que nous devons tenter de distinguer lors de l'accompagnement des patientes.

Les femmes n'ont pas un regard objectif sur notre pratique d'un point de vue médical, et c'est justement pour cela qu'il est primordial de faire preuve d'une oreille attentive pour chacune, permettant une ouverture au dialogue. Nous pourrions parfois mettre en évidence et ainsi reparler d'éléments du déroulement de l'accouchement, incompris ou mal interprétés, dans l'objectif d'éviter un potentiel traumatisme de s'installer et de persister. Il serait adapté que ce dépistage ait lieu lors du séjour en suite de couches, quand l'accouchement est encore un souvenir vif. Nous sommes conscients que la réalité des services ne permet pas de bénéficier du temps nécessaire au chevet de chaque patiente pour identifier celle en particulier qui aura besoin de notre écoute. Il faudrait donc être capable de reconnaître des facteurs de risques, comme nous le faisons pour les pathologies gravidiques de façon générale, sur un versant psychologique. Il semble qu'il existe un manque de connaissances des professionnels médicaux vis-à-vis de cela ; les propos de certaines patientes, semblant parfois totalement incompris par les soignants, font penser que nous, professionnels de santé, manquons de données d'identification. Il nous faudrait acquérir des réflexes, peut-être grâce à des formations menées par des spécialistes, afin d'identifier des repères de vigilance qui nous incitent à approfondir les ressentis, chez les patientes en ayant besoin. L'objectif étant de reconnaître les femmes « fragiles » et de les orienter si besoin vers des professionnels qualifiés. Nous imaginons des échelles mises à disposition des sages-femmes, comme elles existent déjà pour la dépression du post-partum. Celles-ci guideraient les professionnels des services, dans leur reconnaissance des points d'appels qui peuvent témoigner d'un vécu pathologique. Ils pourraient se retrouver dans des paroles, des gestes ou encore dans des façons de s'exprimer face à nous. La collaboration pluridisciplinaire est indispensable pour être en mesure de mener à bien cette investigation.

De plus, il est important de ne pas négliger les récits des patientes, qui sont un reflet direct de la qualité de notre prise en charge. Ils doivent aussi être entendus comme argument pour diriger l'amélioration de nos pratiques, et pas seulement comme potentiellement révélateur de traumatismes chez elles.

#### IV. 3. B - Abord de l'appréhension et de la douleur

Le premier point essentiel qui nous est apparu à la réalisation des entretiens correspondait à l'appréhension des rapports sexuels. Le mémoire de C. Foucault, sage-femme, montre que 40 à 64% des femmes, de façon générale, la craignent (17). Dans notre enquête, toutes celles ayant repris une activité sexuelle parlent de l'appréhension qu'elles ont ressentie en amont. Deux de celles qui n'ont pas encore repris disent ne pas avoir de craintes particulières, ce qui peut paraître paradoxal. Nous nous sommes interrogés sur l'existence d'un mouvement dénégatoire de ces femmes. N'ont-elles aucunes craintes où mettent-elles en place des mécanismes de défense, en refusant de les admettre ?

Nous avons tout de même essayé de préciser cette notion d'appréhension. Parmi les femmes ayant accouché par les voies naturelles de façon eutocique, l'appréhension dominante de la reprise des rapports sexuels est celle de la douleur (18). Nous avons tenté d'en identifier l'origine, en pensant particulièrement à l'épisiotomie. Cette cicatrice modifie objectivement l'anatomie, au toucher notamment, surtout dans les premières semaines de post-partum. Les femmes peuvent sentir les points, les fils, qui créent des bourrelets à l'intérieur du vagin et sur la peau. Nous retrouvons dans la littérature que parmi vingt patientes ayant subi une épisiotomie lors d'un accouchement eutocique, seuls dix expriment une appréhension avant de reprendre les rapports sexuels. Pour ces dix patientes, les craintes exprimées sont en lien direct avec la cicatrice, c'est-à-dire peur que la cicatrice les fasse souffrir, ou que les points lâchent (19). En revanche, dans notre enquête, nous avons rapidement mis en évidence une autre source d'appréhension : la crainte que le rapport soit différent, en l'occurrence de moins bonne qualité, pour les femmes elles-mêmes mais aussi pour leur conjoint.

Ce nouvel élément nous a permis de supposer que l'extraction instrumentale en elle-même pourrait modifier la perception que les patientes ont de leur propre corps après l'accouchement. Que peut-être, le forceps ou la ventouse augmentent cette impression que leur anatomie a été bouleversée.

Nous avons aussi eu le sentiment que leur sensation de béance vulvaire était dominante après leur accouchement, élément qui n'est pas retrouvé dans l'étude de C. Toinon, sage-femme, à propos de la reprise des rapports sexuels de primipares après un accouchement voie basse, de façon générale (18). Pourtant la béance vulvaire causée par l'accouchement par voie basse, même eutocique, suffit à distendre les tissus. Nous avons eu l'impression que le fait d'avoir eu une extraction instrumentale, en plus des séquelles périnéales, rendrait la réappropriation comme le réinvestissement de leur intimité, plus délicats. Cette déformation amplifiée de leur intimité semble les faire redouter d'autant plus de ne pouvoir retrouver le plaisir sexuel qu'elles ressentaient avant d'accoucher.

Le fait de devoir utiliser des instruments semblent aussi aggraver l'image que les femmes se font de l'état de leur périnée. Nous avons remarqué que pour plusieurs mères, il y avait un manque d'explications sur l'épisiotomie. Ce défaut d'information cause probablement des déformations de la réalité par l'imaginaire, participant à l'augmentation de l'appréhension. Après l'accouchement, peu des patientes se sentent capables d'explorer cette zone que ce soit par la vue ou par le toucher. Ainsi, elles pouvaient quelques fois avoir une représentation assez éloignée de la réalité, comme.

Les paroles d'une des patientes notamment, « *on sait qu'on a été charcutée, qu'on a super mal, que ça saigne, mais on ne voit rien et on ne nous explique pas* », nous ont montré à quel point l'information de la part des opérateurs, tant sur le geste de l'extraction que sur celui de l'épisiotomie, était essentiel à la cicatrisation psychologique. Bien qu'elles soient renseignées en amont, par des proches, par la sage-femme ou le médecin qui les a suivis lors de la grossesse ou encore via internet, elles ont besoin d'avoir une explication objective du professionnel présent, sur leurs lésions.

Probablement qu'il suffirait de donner quelques précisions sur la localisation, la taille ou la manière de suturer. Ensuite expliquer à quoi les marques de l'accouchement ressembleront, ce qu'elles pourront ou pas entraîner, les solutions et les soins à pratiquer. Il paraît adapté d'en discuter au moment de la suture, car le professionnel est alors celui qui a réalisé l'accouchement, et donc le plus à même à donner des explications objectives par rapport à la réalité. Nous retenons qu'il est important de ne pas banaliser les gestes que nous, médecins et sages-femmes, réalisons tous les jours, et de ne pas omettre que les femmes, elles, sont en même temps dans l'inconnu et touchées au cœur de leur intimité.

Nous nous sommes ensuite intéressés à la difficulté majeure qui a été exprimée dans chacun de nos entretiens lors des premiers rapports sexuels : la douleur. Une étude australienne informe qu'un accouchement par voie instrumentale entraîne cinq fois plus de risque de douleurs périnéales et deux fois plus de risques de dyspareunies qu'un accouchement voie basse spontané (20). L'épisiotomie occasionne, elle aussi, plus de dyspareunies les premiers mois après la naissance (4,8). En nous penchant sur les résultats de différents travaux, nous avons tenté de qualifier au mieux les différentes douleurs rapportées par les femmes. Nous retrouvons dans la littérature que huit à douze semaines après l'accouchement, seul 16% des patientes ayant subi une épisiotomie se plaignent de dyspareunies (21). Dans une étude qualitative s'intéressant au vécu de l'épisiotomie 3 à 6 mois après sa réalisation, les dyspareunies sont décrites comme des brûlures au-niveau de la cicatrice, parfois associées à une rigidité des tissus (19). De plus, à l'inverse de nos résultats où toutes les patientes ont dit avoir eu mal, au moins au début, toutes les femmes ayant des lésions périnéales ne sont pas victimes de dyspareunies ; dans l'étude de C. Foucault en 2011, nous retrouvons que seulement 11% d'entre elles se plaignent de douleurs lors des rapports sexuels (17).

Les patientes ayant participé à notre enquête mettent toutes évidence de la douleur. De plus, dans leurs descriptions de ces sensations, nous relevons d'autres caractéristiques. Plusieurs femmes ont décrit une douleur plutôt profonde, localisée à distance de leur cicatrice. La plupart d'entre elles n'incriminent pas l'extraction instrumentale directement. Pourtant elles dissocient leur gêne pendant les rapports de la douleur de l'épisiotomie.

Nous avons émis l'hypothèse qu'une difficulté d'acceptation de l'accouchement pourrait se traduire par cette sensation désagréable, qui persiste au fur et à mesure des rapports, mais s'atténue jusqu'à ne représenter plus qu'une gêne. Ou que là-encore la représentation déformée de leurs lésions les empêcherait de se sentir totalement à l'aise dans leur intimité.

Notre analyse des propos fait ressortir que les douleurs ressenties pendant les rapports sexuels ne semblaient pas qu'organiques. Nous avons identifié dans certains propos une sorte de surinvestissement de la souffrance, qui mélange douleur physique avec souffrance psychologique, comme Laurène, qui répète sans cesse des mots du champs lexical de la douleur associés à des superlatifs, tout en ayant conscience que ce qu'elle ressent physiquement n'est pas d'une telle intensité. La réflexion que propose M. Aulagnier, psychanalyste et psychiatre, dans son discours reste centrale : « *Il semble important d'écouter ce que la douleur veut signifier, masquer ou éviter, c'est-à-dire tenter une lecture symptomatique de la douleur [...], à savoir tenter de comprendre le sens du symptôme.* » (22). Le mal-être semble parfois décorrélé de l'organicité. Pour des patientes dont l'accouchement a été mal vécu, il semble difficile de se rapprocher de leur intimité dans un autre cadre que celui du soin. La pénétration est pour certaines presque impossible, tandis que parallèlement, le fait que la sage-femme place une sonde de rééducation périnéale à la patiente n'occasionne ni douleur ni appréhension. Les propos du Docteur Kervasdoué, gynécologue, illustrent assez bien cela : « *Toutes les zones habituellement dévolues au plaisir sont transformées en lieu de souffrance et rendent caresses et rapports problématiques* » (23). La fonction plaisir des organes sexuels serait totalement négligée, pour n'être plus qu'un objet de soin aux yeux de la femme. Au fil de nos entretiens, nous avons remarqué que l'importance du traumatisme médical, par rapport au type d'extraction et à l'importance des lésions périnéales, n'influe pas ou peu, ni sur le délai de reprise des rapports, ni sur leur qualité. En revanche, un vécu difficile de l'accouchement semblerait amplifier les difficultés rencontrées dans la reprise de la sexualité. La perception de la douleur est appréciée par la subjectivité et la tolérance de chacun, et elle semble fortement influencée par le ressenti qu'ont les femmes vis-à-vis de leur accouchement.

Là encore, l'analyse plus profonde de chaque personnalité, dans chaque contexte personnel, aurait apporté plus d'objectivité dans notre analyse des différents témoignages. Il nous semble évident que la vulnérabilité constitutive de certaines femmes soit un facteur déterminant de leurs différentes réactions. Mais cela n'était pas l'objet de notre étude.

#### IV. 3. C - Prise en compte de la globalité du couple

Il nous a semblé évident qu'il était indispensable de recueillir un minimum d'informations sur l'équilibre du couple antérieur à la naissance.

Une seule des patientes interviewées a qualifié sa sexualité de peu satisfaisante avant sa grossesse, en mettant en cause son parcours PMA. Son témoignage a mis en évidence que parfois, les professionnels oublient de prendre en compte l'histoire de chacun. Tout au long de son parcours, son couple était suivi par une psychologue, les professionnels portaient une attention particulière à l'épreuve que représente ce genre de prise en charge pour leur équilibre et leur sexualité. Une fois enceinte, elle est rentrée du jour au lendemain dans le suivi « classique », d'une future maman qui ne pouvait qu'être heureuse et épanouie de ce petit miracle. Alors, qu'à ce moment-là, sa vie intime continuait à se détériorer, et qu'elle ne s'épanouissait pas dans ce corps de future mère. Notre spécialité nous conduit souvent vers des couples heureux d'être là et d'attendre un enfant. Mais il ne faut pas perdre de vue que la grossesse et l'accouchement induisent une réelle crise identitaire pour la femme, et nécessite toute une réorganisation de la sphère familiale, qui n'est pas toujours évidente à gérer par les couples.

Nous avons observé, aussi et *a contrario*, que le fait d'avoir une vie sexuelle épanouie avant la grossesse, ne protégeait pas des difficultés par la suite. Les différents témoignages recueillis nous ont rappelé que le sujet de la sexualité ne devait pas être tabou dans notre prise en charge. Une enquête auprès des femmes a montré que les patientes identifient la sage-femme comme la professionnelle de choix à qui se confier et demander conseil sur sa sexualité (17).

Il paraît important de les informer sur la sexualité pendant et après la grossesse, afin de mieux les préparer mais aussi de leur ouvrir une porte à la confiance. Les femmes ne devraient pas, ne pas oser en parler.

Nous avons identifié certains sujets sur lesquels les patientes ont assez peu développé leurs réponses, notamment quand nous avons enquêté sur la satisfaction sexuelle des femmes avant la grossesse. Toutes nous ont donné une note sur dix, en vertu de la consigne nécessairement réductrice, mais sans justification aucune. Comme si elles s'empêchaient de repenser à ce qu'était leur sexualité avant le bouleversement de la grossesse. Par la suite, nous nous sommes demandé si ce n'était pas une tentative d'évitement de se confronter à ce qu'elles avaient avant. Peut-être serait-il encore difficile pour elles d'accepter que leur sexualité ne serait plus jamais la même. S'étaient-elles déjà demandé comment elles se sentaient dans leur couple et dans leur intimité ? Étaient-elles toujours conscientes d'être épanouies ou de ne pas l'être ?

Nous retrouvons dans la littérature une étude qui rapporte que l'extraction instrumentale n'a pas d'influence sur le délai de la reprise des rapports sexuels mais plutôt sur la qualité des rapports à plus ou moins long termes (17).

Dans notre enquête, nous avons observé que la date de reprise des rapports sexuels des patientes interviewées était semblable à celle de la population générale (3). C'est au moment même de la reprise que nous avons constaté des divergences. Ce sont souvent les premiers rapports sexuels qui causent les problèmes dont les femmes se sont plaintes lors de notre rencontre. Pour beaucoup d'entre elles, le fait que les premiers rapports soient douloureux, et ne leur procurent aucun plaisir, a altéré leur désir envers leur partenaire. Les femmes ont ainsi de plus en plus d'appréhension puisqu'elles ont conscience des douleurs qu'elles vont subir. Il y a alors un déséquilibre qui se crée au sein du couple, puisque le conjoint lui, a envie, et se retrouve déçu de ne pas pouvoir satisfaire sa compagne.

Là encore, l'approfondissement du versant psychologique gagnerait à être exploré. Nous avons trouvé le questionnement de M. Aulagnier pertinent : « *Est-ce la douleur qui perturbe le désir ou l'absence de désir qui se traduit par une douleur ?* » (22).

Nous constatons à plusieurs reprises lors de nos échanges, que les patientes étaient incapables de savoir et de définir clairement leurs sensations. Elles ne parvenaient pas à distinguer si elles ressentait de l'appréhension qui les empêchaient de s'abandonner dans leur sexualité, ou bien un désir diminué du fait de leur parentalité qui était devenue le centre de leurs préoccupations. Comme l'a dit M. Aulagnier « *là où il n'y a pas de plaisir, il y a de la douleur* » (22). Nous avons émis l'hypothèse que les douleurs ressenties seraient un mécanisme de défense qui leur permettrait d'éviter de se confronter à leur réalité, puisque des souffrances physiques seraient, elles, atténuées avec le temps. Nous analysons cette forme d'évitement évoquée plus avant en discussion, comme pour ne pas reconnaître que quelque chose d'autre ferait obstacle à une sexualité épanouie.

Certaines femmes semblent avoir abandonné la fonction érotique de leur couple, au profit de leur nouveau rôle de parent. Nous sommes conscients de la multitude de facteurs qui peuvent être en cause dans ce désinvestissement de la sexualité, et il n'est pas facile d'identifier et de quantifier le rôle des conditions de l'accouchement parmi eux. Des femmes interrogées à l'occasion d'une étude suédoise identifient quatre principaux thèmes influençant leur sexualité dans le post-partum : l'image du corps de la mère après la naissance, l'activité sexuelle altérée avec le stress de la vie de famille, la discordance entre le désir sexuel de la femme et celui de son conjoint, et enfin la nécessité d'être rassurée (24). Evidemment, nous retrouvons ces quatre causes chez nos patientes. Le type d'accouchement n'étant qu'un élément supplémentaire à prendre en compte. Il ne dispense pas des autres bouleversements qu'impliquent une naissance.

Il nous a semblé important que nous, sages-femmes, profitons de notre place centrale dans le suivi des futures mamans, en les prévenant qu'une naissance ne se vit pas juste sur un instant « t », mais a des effets aussi à plus longs termes. Il implique un déséquilibre, au-delà des modifications physiques, à l'issue de laquelle le couple va devoir s'adapter à une nouvelle triade. La parentalité est toujours présentée dans la société comme un événement heureux. S'en plaindre serait s'exposer aux jugements désagréables de l'entourage. Il faut accorder aux femmes l'occasion d'exprimer les souffrances, qui sont légitimes après une naissance.

Nous nous devons de rester attentifs à leur évolution, et de les déculpabiliser quand elles en ont besoin. Commencer par leur donner des informations sur la parentalité comme nous les prévenons du baby blues. En suites de couches, nous pourrions simplement mettre en lumière, dans notre discours, les réajustements qui seront nécessaires afin de retrouver une harmonie dans leur couple. Lors du retour à la maison, les deux partenaires vont devoir apprendre à rester un couple, en même temps qu'ils vont découvrir et expérimenter leur nouveau rôle de parents.

Pendant les neuf mois de la grossesse, les couples sont habitués à rencontrer différents professionnels de santé, plusieurs fois par mois. Seulement, une fois le bébé venu au monde et le séjour à la maternité passés, les jeunes parents sont rapidement livrés à eux-mêmes.

C'est pour cela que la prévention est indispensable. Ajouté à cela, il est important d'ouvrir, pour toutes les patientes, une issue de secours. Nous pensons qu'il est pertinent de parler à chaque maman de l'existence de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), et de ses différentes fonctions. Elle ne doit se réduire pour personne à un endroit où l'on peut peser son bébé, ou à une structure destinée aux femmes d'un faible niveau-socio-économique. Cela permettrait que chacune puisse avoir une personne ressource vers qui se tourner, si un jour elles ne peuvent plus faire face, seules.

Quand une femme devient mère, elle traverse une crise identitaire. Ses sentiments passés sont réactualisés. Les bouleversements hormonaux, les modifications de l'image du corps, le changement d'identité de femme à mère, participent à un remaniement profond de tout ce qui avait été établi jusqu'à lors (14). Il paraît donc évident que l'histoire, les habitudes du couple antérieurs, sont les éléments de départ qui seront mis à l'épreuve lors de la grossesse et de l'accouchement, permettront la création d'un nouvel équilibre par la suite. *« De tous les changements au cours des trimestres de grossesse, le plus bouleversant reste sans doute celui de l'accouchement »* (14).

Dans les témoignages des patientes interrogées dans notre enquête, nous avons identifié à plusieurs reprises le manque de prise en charge du papa. Elles regrettent d'avoir dû faire l'intermédiaire entre les professionnels et leur conjoint.

Nous avons entendu des paroles *comme* « *j'aurais aimé qu'ils le disent à mon mari, pour qu'il comprenne* », « *à aucun moment j'ai eu l'impression qu'ils faisaient attention à lui* ». Les femmes seraient rassurées par le fait que leur conjoint reçoive lui aussi des informations, et soit alors placé sur un pied d'égalité. Ils vivent la grossesse de l'extérieur et semblent être trop tenu à l'écart de tout l'aspect médical. Les femmes ont parfois l'impression d'un désinvestissement de leur part qui peut se révéler frustrant.

Comme le met en lumière C. Blanc dans son travail, les pères déplorent eux aussi d'être parfois juste considérés par les professionnels comme témoins, et souhaiteraient être plus acteurs de leur paternité (16). Ainsi, tenter de les inclure chaque fois que cela est possible dans le suivi pourrait les aider à trouver leur place. Il existe des cours de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) pour les hommes. Mais, de notre expérience personnelle, ces cours restent tournés sur la femme et l'enfant. Il nous semblerait profitable, pour eux, de créer des groupes de papas, dans lesquels nous leur expliquerions les étapes qu'ils vont franchir dans leur couple, et comment les aider à les surmonter. Ils pourraient aussi échanger entre eux, sans être intimidés par la présence des partenaires, qui sont au cœur de l'expérience. Une limite réside toujours dans le fait qu'une grande majorité des sages-femmes sont des femmes. Les hommes ayant moins tendance à confier leurs sentiments, ne serait-il pas d'autant plus compliqué de se livrer à une personne du sexe opposé ?

Si nous ouvrons le dialogue auprès des papas, les mères pourraient elles aussi se sentir plus à l'aise et comprises par leur conjoint. Nous savons que sur le terrain, il n'est pas toujours évident de s'organiser comme nous le souhaiterions. Mais il serait, selon nous, bénéfique d'attendre, quand cela est possible, le père lors des explications en suites de couches, notamment lors des conseils de sortie. Une fois l'enfant né, il est primordial, même si ce n'est pas toujours évident en pratique, d'intégrer les papas à part entière dans notre prise en charge. Bien ce soit la femme qui porte l'enfant, tous les bouleversements de la sphère familiale concerne les deux membres du couple.

L'homme aussi va devoir apprendre à devenir parent, aux côtés de sa partenaire. Il nous a semblé essentiel que les pères soient plus considérés dans notre prise en charge.

## Conclusion

Nous sommes partis de l'idée ingénue qu'une extraction instrumentale serait potentiellement source de traumatisme, et ainsi aurait des conséquences sur la reprise des rapports sexuels dans le post-partum. Nous nous sommes vite aperçus qu'il était compliqué d'extraire le seul facteur de l'extraction instrumentale, difficilement isolable, mais plus pertinent d'en observer tout le contexte, et ce dans la singularité de chaque couple.

Au terme de ce travail, il apparaît que les accouchements avec extraction instrumentale ne sont pas directement en cause dans les difficultés sexuelles rencontrées en postpartum. En faisant attention à nos propos et en accompagnant au mieux chaque couple dans sa singularité, nous sommes capables de réduire au maximum les risques de traumatisme des jeunes mères, et ainsi de faciliter le réinvestissement de leur intimité.

Nous avons cependant remarqué des facteurs, qui n'étaient initialement pas l'objet de notre étude, mais qui jouent un rôle non négligeable dans la reprise des rapports sexuels dans le post-partum. Nous notons notamment l'équilibre du couple antérieur à la grossesse. Celui-ci gagnerait à être plus approfondis dans une prochaine étude.

Comme nous l'avons développé, la sexualité est une histoire de couple, c'est pourquoi il nous paraîtrait intéressant d'investiguer, à l'occasion d'une prochaine étude, les vécus et les ressentis des hommes vis-à-vis de cela.

La dynamique conjugale reste avant tout, *a fortiori*, dans le domaine de la sexualité des satisfactions que l'on peut attendre, affaire non seulement de subjectivité, mais bien plus encore d'interaction fonctionnelle ou non, ne l'oublions jamais !

## Références bibliographiques

1. OMS. Santé sexuelle et reproductive: compétences de base en soins primaires. 2012.
2. Leeman L, Roger R. Sex After Childbirth : Postpartum Sexual Function. *Obstet Gynecol.* mars 2012;119(3):647-55.
3. Fabre-Clergue C, Duverger-Charpentier H. Sexualité du postpartum. *Rev Sage-Femme.* 2008;7:301-4.
4. Barrett G, Peacock J, Victor C, Mayonda I. Cesarean Section and Postatal Sexual Health. *Birth.* 2005;32(4).
5. Bornallet G. Inconfort et douleurs périnéales du post-partum : à propos d'une étude prospective de 85 primipares. [Ecole de Sages-Femmes de Lyon]: Claude Bernard LYON1; 2003.
6. Signorello L, Harlow B, Chekos A. et al. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma : A retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol.* avr 2001;181-90.
7. Rogers G, Leeman M, Migliaccio L, Albers L. Does the severity of spontaneous genital tract trauma affect postpartum pelvic floor function. *Int Urogynecology J.* 2008;19:429-35.
8. Handa V. Sexual Function and Childbirth. *Semin Perinatol.* 2006;30:353-6.
9. Larousse É. Définition traumatisme [Internet]. [cité 3 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/traumatisme/79279>
10. Larousse É. Définition traumatisme psychique [Internet]. [cité 3 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/archives/medical/page/1024>
11. Définition état de stress post-traumatique [Internet]. [cité 3 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.iusmm.ca/hopital/usagers--famille/info-sur-la-sante-mentale/etat-de-stress-post-traumatique.html>
12. Mulot V. Vécu de l'extraction instrumentale : Etude prospective sur une population de 100 patientes primipares à terme sous analgésie péridurale. [Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen]: De Rouen; 2014.
13. CNGOF. Extractions intrumentales: recommandations pour la pratique clinique [Internet]. [cité 3 mars 2018]. Disponible sur: [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_21.HTM#2](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_21.HTM#2)
14. Foucan Delphine. Naissance et maternité. Cours, module de psychologie présenté à; 2015; Ecole de Sages-Femmes de Bourg en Bresse.
15. Mayenga J-M. Sexualité du post-partum. *Lett Gynécologue.* févr 2012;24:368-9.

16. Blanc Camille. Pères en salle de naissance : Quand les complication s'en mêlent ! [Ecole de Sages-Femmes de Bourg en Bresse]: Claude Bernard LYON 1; 2015.
17. Foucault C. Sexualité du post-partum. Evaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels. [Ecole de Sages-Femmes de Baudelocque]: Paris Descartes; 2011.
18. Toinon C. Reprise de la sexualité après l'accouchement : Etude du vécu des femmes primipares. [Ecole de Sages-Femmes de Bourg en Bresse]: Claude Bernard LYON 1; 2011.
19. Bernard S. Vécu de l'Épisiotomie chez la Primipare de 3 à 6 mois après sa Réalisation. [Ecole de Sages-Femmes de Bourg en Bresse]: Claude Bernard LYON 1; 2009.
20. Brown S LJ. Maternal health after childbirth: Results of an Australian population based survey. Br J Obstet Gynaecol. 1998;105-56.
21. Larsson P, Platz-Christensen J, Bergman B, Wallstersson G. Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. Gynecol Obstet Invest. 1991;31:213-6.
22. Bastien D. Le plaisir et les mères. Imago. 1997. 176 p.
23. Tournier C. Réflexions sur la crise du post-partum. Spirale. 2003;2(26):109-15.
24. Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E. Women's thoughts about sexual life after childbirth : focus group discussions with women after childbirth. Nord Coll Caring Sci. 2005;19:381-7.

# Annexes

## Annexe 1 : Grille d'entretien

Informations générales

**Temps écoulé depuis l'accouchement**

**Type d'AVB :**

**Parité :**

**Type d'accouchement :**

Vécu de la grossesse de façon générale

- **Sur un plan global, indépendamment des questions relatives à la sexualité, quel est le vécu de votre grossesse ?**
- **Était-elle souhaitée ?**
- **Comment avez-vous vécu les modifications de votre corps durant votre grossesse ?**

Sexualité avant la grossesse

- **Sur une échelle de 0 à 10, comment coteriez-vous votre satisfaction sexuelle avant la grossesse ?**
- **Avez-vous déjà rencontré des problèmes lors des rapports sexuels au cours de votre vie ?**

Sexualité pendant la grossesse

- **Sur une échelle de 0 à 10, comment coteriez-vous votre satisfaction sexuelle pendant la grossesse ?**  
**S'il existe une différence de cotation par rapport à avant la grossesse, comment vous l'êtes-vous expliqué ?**
- **Avez-vous reçu des informations sur la sexualité pendant et/ou après la grossesse ?**  
**Si oui, dans quel contexte le sujet a-t-il été abordé ?**  
**Si non, est-ce que cela vous a manqué ? Avez-vous cherché des informations ailleurs ?**
- **Avez-vous parlé sexualité, à titre personnel ou encore de manière générale, pendant et après la grossesse avec votre conjoint ?**  
**Si oui, pourquoi ou même comment ? Si non, pourquoi ?**

## Accouchement

- Comment s'est déroulé votre accouchement ? Dans quel contexte la décision de l'extraction a été prise ? Quelle(s) a/ont été votre/s réaction/s ?
- Vous aviez-t-on déjà parlé des extractions instrumentales pendant la grossesse ? Dans quel contexte ?  
Si oui, pensez-vous que cette information préalable a été profitable pour vous ou au contraire source de stress ? Si non, regrettez-vous de ne pas avoir eu d'explications au préalable par un professionnel de santé ?
- En avez-vous reparlé a posteriori avec un professionnel de santé ? Qui a abordé le sujet ? À quel moment ?
- Votre conjoint était-il présent pendant le travail ? Pendant les efforts expulsifs ? Pendant l'extraction instrumentale ?  
Était-ce son choix d'être présent/de ne pas être présent ? Selon vous ou d'après ce qui a pu en être dit par la suite, aurait-il préféré rester/sortir au moment de l'extraction ?
- Quelles ont été les séquelles périnéales ? Comment les avez-vous vécues et comment les vivez-vous aujourd'hui ?
- Si vous deviez décrire votre accouchement en trois mots aujourd'hui, quels seraient-ils ?
- Quels sentiments ou affects éprouvez-vous aujourd'hui, lorsque vous vous remémorez ou lorsque vous parlez de votre accouchement ?

## Sexualité dans le post-partum

- Depuis l'accouchement, comment vous représentez-vous votre corps ?
- Depuis, avez-vous repris une sexualité sous une forme ou une autre ? À quel moment ? Quand avez-vous commencé à y penser ? Comment avez-vous imaginé cette reprise ?
- Aviez-vous des appréhensions ? Qu'elles étaient-elles ?
- Qu'en était-il pour votre conjoint ? Avez-vous remarqué qu'il abordait les choses différemment ?
- En avez-vous discuté ensemble ou chercher à le faire ? Si oui, cela vous a-t-il soulagé ? Si non, pourquoi ?
- Sur une échelle de 0 à 10, comment coteriez-vous votre satisfaction sexuelle depuis votre accouchement ?
- D'après vous, l'extraction instrumentale a-t-elle retardé la reprise de vos rapports ?
- Comment se sont-ils passés ? Avez-vous eu des douleurs ? De quel type ? À quel(s) moment(s) du rapport ?
- Aujourd'hui, comment se passent les rapports ? Avez-vous toujours de l'appréhension, des douleurs avant, pendant ou après le rapport ?
- Avez-vous changé vos pratiques et habitudes sexuelles depuis votre accouchement ?
- Votre libido a-t-elle été modifiée par rapport à avant l'accouchement ? Et celle de votre conjoint ? Si oui, de votre point de vue, à quoi est due cette modification ? (Présence de l'enfant, contraception, allaitement, appréhension, pas de désir... ?)

Visite post-natale

- Avez-vous volontairement attendu la VPN avant de reprendre les rapports sexuels ? Si oui, pourquoi ? (Contraception, avis de la SF sur la cicatrisation du périnée, besoin d'aborder la question de la sexualité avec un professionnel de santé... ?)
- Ressentiez-vous le besoin de reparler des circonstances de votre accouchement lors de cette visite ? L'avez-vous fait ? Cela vous-a-t-il soulagé ?
- Lors de la VPN, le sujet de la sexualité a-t-il été non abordé/juste abordé/a fait l'objet d'une réelle conversation ?  
La conversation a-t-elle répondu à vos questions/attentes ?

Souhaiteriez-vous évoquer ou ajouter quelque chose suite à cet entretien ?

## Annexe 2 : Courrier à destination des patientes

Zoé PORTE  
Ecole de sages-femmes de Bourg en Bresse  
Centre hospitalier de Fleyriat  
900 Route de Paris  
01000 BOURG EN BRESSE

Madame,

Actuellement en dernière année d'école de sages-femmes, je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. Celui-ci porte sur le thème de la reprise des rapports sexuels après un accouchement par extraction instrumentale.

Pour effectuer ce travail, j'aimerais donc réaliser avec vous un entretien deux mois minimum après votre accouchement. Je suis consciente que c'est un sujet très intime, je tiens donc à vous préciser que toutes les données resteront anonymes et protégées par le secret médical.

Si vous êtes d'accord pour collaborer à ce travail, je vous propose de vous rencontrer à domicile ou à la suite de votre consultation chez votre sage-femme dans un lieu neutre, selon votre choix.

Ce travail a pour but de mieux appréhender cette étape dans la vie d'un couple pour être à même, en tant que professionnels, de vous accompagner au mieux.

Je vous invite à remplir le coupon ci-dessous (sur lequel je ne vous demande que votre prénom pour conserver l'anonymat) puis à le rendre à votre sage-femme, pour que je puisse vous contacter afin de convenir d'un rendez-vous.

Je reste à votre disposition pour tout complément d'information au 06.60.13.60.83 ou par e-mail : zoeporte@gmail.com.

En vous remerciant d'avance de votre participation, je vous prie d'agréer, Madame, mes sincères salutations.

Zoé PORTE

### Coupon-réponse

Je soussignée (prénom) : \_\_\_\_\_

- Accepte
- N'accepte pas (1)

Que Zoé PORTE, étudiante sage-femme, me contacte pour un entretien, dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Informations complémentaires :

- Date d'accouchement : \_\_\_\_\_
- Adresse e-mail : \_\_\_\_\_
- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

(1) Rayer la mention inutile

### **Résumé :**

L'objectif de cette étude, de prime abord, était de comprendre le vécu des femmes lors d'un accouchement avec extraction instrumentale et d'en analyser les conséquences sur la reprise des rapports sexuels dans le postpartum.

C'est en laissant la parole à dix jeunes mamans, par le biais d'entretiens semi-directifs, que nous avons pu réaliser une analyse qualitative de leurs témoignages.

De leurs confidences, nous avons pu mettre en lumière l'importance du contexte de l'accouchement dans sa globalité, et donc de la capacité des professionnels à réduire au maximum la survenue de traumatismes. L'extraction instrumentale ne cause pas, à elle seule, un traumatisme.

Nous avons distingué que les principales difficultés rencontrées par les femmes lors de la reprise des rapports sexuels se trouvaient dans l'appréhension et dans le ressenti de la douleur. Pour les atténuer au maximum, l'information et les explications de la part des professionnels de santé doivent être mises à l'honneur.

A travers nos réflexions, nous avons également mis en évidence la nécessité de prendre en charge la triade homme-femme-bébé et non seulement la mère et son enfant. Nous nous devons d'aborder la parentalité dans tous ses enjeux psychologiques, et de mettre au courant les couples des réajustements nécessaires, après une naissance, afin de retrouver un nouvel équilibre familial, et ainsi une harmonie dans leur couple.

La dynamique conjugale reste avant tout, *a fortiori*, dans le domaine de la sexualité des satisfactions que l'on peut attendre, affaire non seulement de subjectivité, mais bien plus encore d'interaction fonctionnelle ou non, ne l'oublions jamais !

**Titre :** Reprise des rapports sexuels dans le postpartum : Impact d'une extraction instrumentale

**Mots-clés :** Sexualité - Postpartum - Extraction instrumentale - Dyspareunies

### **Auteur :**

Zoé PORTE, née le 21 août 1995  
3 Avenue du Doyenné  
69005 LYON  
zoeporte@gmail.com

*Année 2018*