



HAL
open science

**Grossesse et accouchement : leurs impacts dans la vie
d'une femme : étude qualitative par entretien
semi-directif auprès de 11 patientes Mosellanes à trois
mois du post-partum en 2020/2021**

Céline Lambert

► **To cite this version:**

Céline Lambert. Grossesse et accouchement : leurs impacts dans la vie d'une femme : étude qualitative par entretien semi-directif auprès de 11 patientes Mosellanes à trois mois du post-partum en 2020/2021. Médecine humaine et pathologie. 2021. hal-04331063

HAL Id: hal-04331063

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04331063v1>

Submitted on 8 Dec 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine
Ecole de Sages-Femmes de Metz

Grossesse et accouchement
Leurs impacts dans la vie d'une femme

Etude qualitative par entretien semi-directif auprès de 11 patientes Mosellanes
à trois mois du post-partum en 2020/2021

Mémoire présenté et soutenu par :

Céline LAMBERT

Née le 16 mars 1998

Directeur de mémoire : Laure BERNARD, *sage-femme enseignante*

Experte de mémoire : Laure BRUNSTEIN, *psychologue clinicienne*

Promotion 2017-2021

Université de Lorraine
Ecole de Sages-Femmes de Metz

Grossesse et accouchement
Leurs impacts dans la vie d'une femme

Etude qualitative par entretien semi-directif auprès de 11 patientes Mosellanes
à trois mois du post-partum en 2020/2021

Mémoire présenté et soutenu par :

Céline LAMBERT

Née le 16 mars 1998

Directeur de mémoire : Laure BERNARD, *sage-femme enseignante*

Experte de mémoire : Laure BRUNSTEIN, *psychologue clinicienne*

Promotion 2017-2021

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au soutien et à l'aide de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance.

Je voudrais tout d'abord adresser toute ma gratitude à ma directrice de mémoire, Laure BERNARD (sage-femme enseignante), pour sa patience, sa disponibilité et son soutien sans failles.

Merci également à mon experte de mémoire, Laure BRUNSTEIN (psychologue clinicienne), pour ses précieux conseils, son implication et ses encouragements.

Je remercie mes parents pour l'éducation qu'ils m'ont donné, pour le soutien et les encouragements qu'ils m'ont apporté tout au long de ces 5 années d'étude, merci d'avoir toujours cru en moi. Merci à mes deux petits frères sans qui la vie ne serait pas si belle.

Merci à toi, François, d'illuminer chaque jour de ma vie, de me soutenir quand je perds confiance en moi et de me pousser à donner le meilleur de moi-même.

Merci à mes copines de promotions, Camille, Marine et Doriane qui ont toujours été là dans les hauts comme dans les bas, et sans qui ces 4 années n'auraient pas été aussi bonnes.

Merci enfin aux professionnels de terrain, qui durant ces 4 années, m'ont énormément appris et fait devenir la sage-femme que je rêvais d'être.

Sommaire

PREFACE	6
LISTE DES ABREVIATIONS	8
1. INTRODUCTION	9
1.1. DISPOSITIONS PSYCHOLOGIQUES DE LA FEMME PENDANT LA GROSSESSE ET LE POST-PARTUM	9
1.2. OBSTACLE A L'ACCOMPAGNEMENT DE CES FEMMES	12
1.3. QUAND L'ACCOUCHEMENT IMPACTE LA VIE D'UNE FEMME/DU COUPLE.....	13
1.4. EVALUATION DE L'IMPACT DE L'ACCOUCHEMENT	14
2. MATERIELS ET METHODE	16
2.1. OBJECTIFS DE L'ETUDE	16
2.2. HYPOTHESE DE L'ETUDE	16
2.3. RECUEIL DE DONNEES.....	16
2.4. POPULATION D'ETUDE.....	16
2.5. TRAITEMENT DES DONNEES	17
2.6. OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES.....	17
3. RESULTATS	18
3.1. POPULATION	18
3.2. ACCOUCHEMENT : SOURCE DE TRAUMATISME ?.....	19
3.3. LIEN MERE-ENFANT ET RELATION A LEUR MERE	22
3.4. PERCEPTION DE SOI	25
3.5. RELATION CONJUGALE.....	26
3.6. POUR ALLER PLUS LOIN.....	29
4. DISCUSSION	34
4.1. BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE	34
4.2. COMPARAISON AVEC D'AUTRES ETUDES	34
4.3. LA SAGE-FEMME : UN ACCOMPAGNANT DE CHOIX POUR AMELIORER CE VECU	41
5. CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE	46
ANNEXES	52

Préface

Personne ne saurait l'expliquer, même pas moi, mais devenir sage-femme était, pour moi, une évidence. Je me suis alors lancée corps et âme dans ces études pour un jour réaliser mon rêve de petite fille : être sage-femme.

Pour moi, le métier de sage-femme était au départ partager du bonheur, de la joie, des rires, des pleurs, le plus beau jour de la vie de ces femmes et ces couples... Pour moi, être sage-femme c'était donner du bonheur aux autres, les aider à construire de merveilleux souvenirs... Pour moi, être sage-femme, c'était accompagner les femmes à donner la vie, c'était me sentir vivante chaque jour d'exercer ce si beau métier... le « *plus beau* » métier du monde.

Puis mes études ont commencé avec les stages qui vont avec, le stress, l'adrénaline, les papillons dans le ventre et l'excitation avant chaque garde... Je découvrais enfin ce monde qui me passionnait tant. Mon rêve de petite fille devenait réalité et avec cette réalité apparaissait l'autre côté du plus beau métier du monde...

La position d'étudiant(e)s sage-femme, nous amène à passer plus de temps avec les patientes que les sages-femmes elles-mêmes. Ce temps nous est permis lorsque les sages-femmes se consacrent à l'administratif et aux appels téléphoniques, que nous, étudiant(e)s sages-femmes ne gérons pas...ou peu.

Ce temps passé auprès de ces femmes, de tout horizon, de tout âge, crée une certaine intimité, un temps d'échange particulier avec celles-ci qui les poussent parfois à se confier... Cette confiance prend lieu lorsque nous nous trouvons dans une écoute bienveillante et empathique.

Par nature, j'aime le contact avec les gens, discuter...et surtout écouter. Il m'est donc arrivée à plusieurs reprises durant mes stages de me retrouver avec des femmes durant de nombreuses minutes, voire heures à discuter, à écouter, à sécher des larmes, à soutenir, encourager, apporter de la douceur à ces patientes qui en avaient parfois tant besoin.

Avec ces temps d'échange je me suis rendu compte que parfois donner la vie pouvait engendrer des conséquences importantes chez les femmes, pouvait être mal vécu...voire totalement traumatique. Il m'est alors arrivé de me retrouver face à des femmes décrivant leur accouchement comme « *une scène de crime* », se comparant à « *une truie qu'on égorgeait à vif* », émettant l'idée que plus jamais elle ne pourrait donner la vie par peur de revivre cela.

A ce moment-là, mon rêve de petite fille se brisa, je me rendis compte que le « *plus beau jour de la vie d'une femme* » pouvait devenir pour quelques-unes d'entre elles « *le pire* ».

Il m'est alors apparue comme une évidence que je devais faire mon mémoire sur ce thème, pour comprendre l'impact que peut avoir la grossesse et l'accouchement dans la vie de ces femmes. Parce que de notre point de vue objectif de sage-femme, une grossesse et un accouchement se déroulant parfaitement, peuvent en fait dans le subjectif de chaque patiente, avoir été un véritable cauchemar, de même que l'inverse est possible, une grossesse et un accouchement catastrophiques de notre point de vue objectif peuvent en fait avoir été très bien vécu de manière subjectif par une patiente. Il paraît alors évident que l'impact de la grossesse et de l'accouchement va plus loin que de simple critères objectifs, médicaux et techniques.

Aujourd'hui cela fait 5 ans que je fais ces études, aujourd'hui cela fait 4 ans que je vais en stage, 4 ans que je me lève chaque jour avec la joie et l'excitation de démarrer une nouvelle garde, de

rencontrer de nouvelles patientes. Aujourd'hui cela fait 4 ans, que j'essaie du plus profond de mon cœur de faire vivre la plus belle expérience de leur vie à ces femmes. Mais aujourd'hui je me rends compte que j'ai besoin d'en savoir plus sur leur ressenti, sur leur vécu pour pouvoir rendre ces grossesses et ces accouchements inoubliables, d'un point de vue positif, à toutes ces femmes, tous ces couples, que je prends plaisir chaque jour de ma vie à rencontrer.

Liste des abréviations

AMP : aide médicale à la procréation
DG/R : diabète gestationnel sous régime
ESPT : état de stress post-traumatique
HAD : hospitalisation à domicile
HPV : Human Papillomavirus
HTA : hypertension
MAP : menace d'accouchement prématuré
PMI : protection maternelle et infantile
PNP : préparation à la naissance et à la parentalité
PRADO : programme de retour à domicile
RPM : rupture prématurée des membranes
SA : semaines d'aménorrhées
SOPK : syndrome des ovaires micro-polykystiques
SSPI : salle de surveillance post-interventionnelle

1. INTRODUCTION

1.1. DISPOSITIONS PSYCHOLOGIQUES DE LA FEMME PENDANT LA GROSSESSE ET LE POST-PARTUM

1.1.1. Désir de grossesse = désir d'enfant ?

Depuis plus d'un siècle, la psyché maternelle interroge. La grossesse ainsi que l'accouchement est un moment de remaniement psychique intense dans la vie d'une femme, il s'agit en effet pour elle d'une crise développementale, d'une crise identitaire comme l'est par exemple la crise adolescente. De plus, le désir de grossesse n'est pas toujours accompagné du désir d'enfant. En effet, le désir de grossesse renvoie à une recherche de l'identité de femme qui se traduit traditionnellement dans l'inconscient collectif par « porter une vie », le désir d'enfant est quant à lui tourné vers « l'Autre » qui vient de soi mais qui est différent. Ces deux désirs sont le plus souvent associés. Mais, parfois le désir d'enfant ne s'est pas étayé et un sentiment de culpabilité vis-à-vis de cet enfant non désiré peut apparaître. Ainsi, des changements intenses et irréversibles tant au niveau corporel que psychique vont subvenir et vont nécessiter pour la femme un effort d'adaptation et de réajustement continu.

1.1.2. La maternalité selon Racamier

Le concept de « maternalité » introduit par Paul-Claude Racamier se construit sur la base des mots «maternel», «maternité» et «natalité». La maternalité qualifie ainsi tous les processus de maturation psychique liés au désir et à la réalisation de la maternité qui se développent chez une femme. Ce processus concerne autant les transformations corporelles que psychiques. D'un point de vue corporel, les transformations du corps et de l'image corporelle peuvent être source de questionnements et de stress pendant la grossesse et après l'accouchement du fait d'un changement brutal ; d'un point de vue psychique, il peut y avoir une réactivation des conflits latents avec sa propre mère, un processus de régression, une transformation de l'identité personnelle avec l'émergence du sentiment de devenir mère, des manifestations anxieuses, une réadaptation aux nouvelles positions familiales et sociales. Le « devenir mère » chez la femme provoque un changement de statut et entraîne ainsi inévitablement un questionnement sur ses propres origines, sur la différence des générations ou encore sur la mort. Il s'agit ainsi d'une véritable réorganisation du moi et de la personnalité. Selon Racamier, cette période est marquée par plusieurs éléments : des mouvements hormonaux importants, une vaste remise en question de soi, de ses relations ; une identification principalement à sa mère ou à une autre figure maternante; de grandes variations des états du moi, des représentations de soi et de nouvelles positions relationnelles ainsi que des réalisations concrètes socialement importantes. Nous nous rendons alors compte que cette période fait intervenir de nombreux facteurs, à la fois hormonaux, neuropsychologiques et sociologiques, mais aussi ethnologiques qui contribuent aux réaménagements conscients et inconscients de la femme devenant mère [1-4].

1.1.3. La perméabilité de l'inconscient de Bydlowski

La neuropsychiatre et psychanalyste Monique Bydlowski en 1997 qualifie de « transparence psychique » l'état relationnel particulier de la femme enceinte.

Celle-ci est caractérisée par l'abaissement des mécanismes de défense habituels de la jeune femme, fantasmes et affects sont alors plus accessibles à la conscience, on parle de « perméabilité de l'inconscient » qui va alors rendre la femme vulnérable.

Il y aura ainsi une grande nécessité d'avoir un environnement protecteur pour la mère en devenir afin de lui permettre de vivre au mieux cette période. En effet, du fait de cette perméabilité de l'inconscient, la réactivation du passé est remarquable chez ces jeunes femmes, des souvenirs anciens et des fantasmes habituellement oubliés vont revenir en force à la mémoire sans être barrés par la censure qui est normalement effectuée par le mécanisme de refoulement du cerveau. Ces souvenirs passés (traumatismes, violences, viols, relation conflictuelles ou fusionnelles avec la mère ou le père etc.) peuvent ressurgir sous la forme d'un affect douloureux, d'une tristesse irraisonnée et mettre à l'épreuve l'équilibre psychique des femmes et des couples au niveau individuel, conjugal, familial et sociétal [5,6]

1.1.4. La dilatation psychique de Bergeret

Catherine Bergeret-Amselek émet quant à elle une autre idée, pour elle, la naissance correspond à une double ouverture, certes l'ouverture du col pour laisser passer le bébé lors de l'accouchement mais également pendant la grossesse, l'ouverture du psychisme (« dilatation psychique ») pour faire de la place à son enfant. Ainsi tout au long de sa grossesse, la femme se prépare physiquement à l'accouchement via les transformations de son corps. Mais en parallèle, la femme se prépare psychologiquement à accueillir son enfant : elle va préparer la chambre, choisir un prénom, imaginer ce bébé... La grossesse lui impose donc un processus d'intégration psychique du fœtus.

La « dilatation psychique » est donc utilisée pour décrire cette capacité de la future mère à faire de l'espace dans son psychisme pour son enfant, pour l'imaginer et ensuite le laisser en sortir pour le découvrir en réalité et devenir mère [1, 2, 7, 8].

1.1.5. La nidification parentale de Missonnier

En complément des trois concepts précédents, Missonnier a émis l'idée d'une « nidification parentale ». La mère se sait habitée par un autre être qu'elle ne connaît pas et qu'elle ne perçoit pas (au début). Elle doit ainsi établir progressivement une relation abstraite avec un petit être inconnu en gestation au milieu d'elle-même.

C'est en effet quelque chose d'incroyable d'être en relation avec un autre que soi, à l'intérieur de soi-même. D'ordinaire, l'autre est à l'extérieur!

Ce concept de nidification définit l'identification projective que la mère et le père font tout au long de la grossesse à propos de leur enfant. Il s'agit de l'anticipation de son arrivée au monde, c'est un processus d'humanisation par lequel le fœtus devient une personne à part entière de la famille avant même d'être né. Les parents vont en effet élaborer tout au long de la grossesse un bébé imaginé, rêvé, fantasmé. A travers ce concept, Missonnier émet l'idée que le fœtus ne naît pas humain, il le devient durant la grossesse et ses premiers mois de vie extra-utérine et qu'on ne naît pas parent à la naissance mais qu'on le devient ensuite par le travail d'élaboration/d'investissement parental évolutif pendant la grossesse et en post partum. Une relation d'objet virtuelle se crée donc tout au long de la grossesse entre les parents et le bébé à venir [9-11].

1.1.6. La préoccupation maternelle primaire de Winnicott

Donald Winnicott a décrit la « préoccupation maternelle primaire » du fait de l'hypersensibilité de la mère autour de la naissance et de son état d'hypervigilance par rapport au nourrisson. Cet état se développe graduellement pendant la grossesse et atteint son développement maximal dans les

dernières semaines, il perdurera ensuite dans les premières semaines après la naissance. Cette période de « préoccupation maternelle primaire » est à son apogée durant le « quatrième trimestre ». C'est un mécanisme complexe et adapté qui nécessite une bonne santé maternelle pour pouvoir se développer et ensuite disparaître sans avoir d'impact nocif chez la femme. Cette modification psychique permet à la mère d'utiliser toutes les ressources pour répondre au mieux aux tous premiers besoins de son bébé et à ses états internes et en lui donnant un environnement le plus propice à son développement [5,9].

1.1.7. Le baby-blues

Le baby-blues apparaît dans les 10 premiers jours suivant la naissance avec un pic entre le 3ème et le 5ème jour. Il est caractérisé par des pleurs et une labilité émotionnelle de la mère souvent associés à des sentiments d'incompétence, d'incapacité à faire face et d'inquiétude. Celui-ci concerne 50 à 70% des accouchées et n'est pas corrélé avec une psychopathologie sous-jacente de la mère. Ce baby-blues est dû à la chute des hormones, la perte de complétude narcissique et l'accueil du nouveau-né dans la réalité, les femmes se sentant alors délaissées : toute l'attention est portée sur le nouveau-né et non plus sur elles et elles ressentent également le manque de leur exclusivité sur leur bébé. Le baby blues représente ainsi un moment de transition normal, sans nécessité de traitement particulier. Sa prise en charge par nous, professionnels de santé, consiste essentiellement à écouter, rassurer et reconforter la mère. En revanche, si les symptômes persistent au-delà de ces deux semaines, la question d'une difficulté maternelle émergente doit se poser et éventuellement celle d'un diagnostic de trouble dépressif caractérisé [12,13].

1.1.8. Dépression du pré et post-partum

Selon De Tychev, Bastien et Braconnier en 2003, il y a une véritable continuité entre les deux formes de dépression pré et post natale : 52% des femmes déprimées en pré le serait toujours en post.

Malgré ces statistiques, certaines études ont constaté qu'environ la moitié de ces dépressions ne sont pas reconnues par le médecin généraliste ou les autres professionnels de la santé intervenant auprès de la mère. La dépression du post partum touche 10 à 15% des femmes à la suite d'un accouchement, elle est caractérisée par une extrême tristesse, de la culpabilité, des pleurs incontrôlables, une insomnie ou au contraire une hypersomnie mais aussi une perte d'appétit ou une suralimentation, etc.

La dépression post natale a de réelles conséquences sur l'enfant (accordage affectif mère bébé pathologique, attachement insécuré, désordres psychosomatiques...), La non-disponibilité affective de la mère, qui l'empêche de reconnaître les signaux que l'enfant lui adresse dans l'interaction et d'y répondre de manière adéquate ; une altération de sa capacité à se mettre « à la place » de l'enfant et un impact négatif sur les comportements intuitifs qu'elle utilisera dans la communication avec l'enfant. Une mère dépressive mettra ainsi deux fois plus de temps à répondre à une vocalisation de son enfant.

La dépression post partum aura également des conséquences sur la femme (dévalorisation, ambivalence des sentiments, repli sur soi...) et sur la vie de couple (incompréhension, tensions, séparations...)[14-19].

1.1.9. Place de la sage-femme : un environnement protecteur ?

La grossesse et l'accouchement ont donc un impact non négligeable dans la vie d'une femme que ce soit au niveau du lien mère-enfant, de la relation conjugale, de la relation à sa propre mère ou encore de son estime de soi. C'est pourquoi, il est primordial, pour nous, professionnel de santé, de bien encadrer ces patientes. De notre prise en charge de ces patientes, découlera leur vécu de la grossesse et de l'accouchement et les conséquences à long terme de ceux-ci dans leur vie. La sage-femme, qu'elle exerce en suites de couche ou bien à domicile après le retour à la maison, occupe une place prépondérante dans la détection des difficultés et l'aide à apporter aux accouchées.

Ceci nécessite une disponibilité physique et psychique au travers d'une écoute attentive et empathique. Il s'agira d'exercer une sorte de prévention primaire, un repérage précoce des difficultés de la femme dans cet accès à la parentalité.

La sage-femme assure de la continuité des soins et de l'accompagnement après la naissance, il est en effet impératif, pour elles, d'être vigilantes quant à l'élaboration de la relation mère-enfant et des interactions mère-nourrisson lors du séjour en Maternité.

La sage-femme essaye ainsi d'engager une relation de confiance avec la mère, en s'entretenant avec elle de sa relation avec l'enfant, de ses sentiments, de ses craintes et de la rassurer afin de la prendre en charge et de l'accompagner de la manière la plus adéquate.

Pour accompagner et prendre en charge au mieux ces patientes, la sage-femme se constitue un maillon du réseau de soin périnatal solide afin d'instaurer un travail d'équipe et de coordination [5, 6, 20-23].

1.2. OBSTACLE A L'ACCOMPAGNEMENT DE CES FEMMES

1.2.1. Economie et administratif

Malgré tout, de nos jours du fait de certaines restrictions économiques, les absences des professionnels (arrêt maladie, maternité) ne sont pas remplacées alors que le nombre de patientes ne décroît pas. Nous nous retrouvons alors avec un déséquilibre entre le nombre de sages-femmes et le nombre de patientes. De plus, ces dernières années avec l'essor de la technologie, nous avons vu arriver dans les grandes structures, la centralisation des monitorings (tous les monitorings sont projetés dans le central sur un écran). La sécurité des patientes est assurée mais il n'y a plus de ce fait plus la nécessité d'aller dans la salle de naissance pour vérifier le monitoring. Cela a eu pour impact de réduire considérablement le temps que les professionnels passent auprès des patientes. Il y a une perte de relation, celle-ci est « techniquée », la surveillance du bien-être fœtal et maternel passe par un écran et des appareils (monitoring, appareil tensionnel...) et non plus par la discussion et la prise en compte du dire, du ressenti réel des patientes. D'autres parts, l'informatisation des dossiers et l'ensemble des documents administratifs à remplir après un accouchement et avant la sortie de maternité prend énormément de temps aux professionnels de santé. En conséquence, les sages-femmes (et autres professionnels de santé) ne trouvent plus le temps d'écouter, d'échanger avec les patientes, de les rassurer, de les soutenir et de les encourager...

1.2.2. Sorties précoces

Parallèlement à ce manque de temps, le séjour en maternité est de plus en plus court et les sorties peuvent maintenant se faire plus tôt avec une visite à domicile du fait de la mise en place du service PRADO (Programme de Retour A Domicile) qui permet le passage d'une sage-femme libérale au

domicile des patientes à la suite de la sortie de maternité. Les sorties de maternité se font aujourd'hui entre le 3^{ème} et le 4^{ème} jour après un accouchement voie basse et entre le 4^{ème} et le 6^{ème} jour en moyenne à la suite d'une césarienne mais ce délai pour être écourté dans le cadre de sortie précoce passant d'une sortie à moins de 72 heures après un accouchement voie basse et moins de 96 heures après une césarienne. Le raccourcissement de la durée de séjour et la moindre disponibilité des sages-femmes entraînent un manque de soutien et d'informations considérables pour certaines de ces femmes qui se retrouvent alors seules face à leurs incertitudes et leurs doutes avant l'arrivée de la sage-femme libérale à leur domicile [24-27].

1.3. QUAND L'ACCOUCHEMENT IMPACTE LA VIE D'UNE FEMME/DU COUPLE...

Aucune naissance ne sera sans conséquence dans la vie d'une femme. L'accouchement développe chez les patientes un sentiment de non-maîtrise, d'inconnu qui peut être source de peur. Certaines situations seront davantage susceptibles d'entraîner des conséquences néfastes. Parfois l'origine apparaît claire, comme dans le cas d'une intervention en urgence, voire en catastrophe, ou de mort du bébé, mais ce sont quelquefois des circonstances plus banales qui génèrent chez la parturiente ou son compagnon un sentiment de peur intense, d'impuissance, de mort imminente ou d'horreur [28].

Plusieurs facteurs liés à l'accouchement peuvent être impliqués : la douleur, les extractions instrumentales, la césarienne en urgence ou encore l'hémorragie de la délivrance. Mais le traumatisme peut également se développer lorsque l'accouchement diffère de l'idée que la patiente s'était faite de son futur accouchement [14, 15, 29-31].

Le contexte psycho-affectif peut également être impliqué notamment lorsqu'il y a préexistence d'une pathologie psychologique de type anxiété, dépression ou encore stress sévère mais aussi en cas d'antécédents traumatiques notamment sexuels, des psychopathologies survenues durant la grossesse, un manque de soutien et d'informations de la part de l'équipe soignante [16, 29, 28, 32, 33, 34-37].

D'autre part, lorsqu'il s'agit d'une deuxième, troisième grossesse (ou plus), il est logique et courant chez ces patientes qu'elles comparent cette grossesse et cet accouchement avec ceux précédents. Cependant, il y a alors un risque d'être déçu si cela ne se passe pas aussi bien que le précédent voire de susciter des angoisses liées à la précédente maternité mais qui ne seront plus valables pour cette grossesse et cet accouchement actuels. Il est donc important de rappeler à ces patientes que chaque grossesse, chaque accouchement, chaque nouveau-né sont singuliers afin de les recentrer sur cette grossesse-ci et parfois les rassurer.

1.3.1. Enfant imaginaire versus enfant réel

L'accouchement et le post-partum sont source d'angoisse pour la mère. La période post-natale entraîne une ambivalence chez la toute jeune mère : d'une part, la confrontation avec l'enfant réel, forcément différent de l'enfant rêvé/ fantasmé qui va conduire à la nécessité de faire le deuil de l'enfant imaginaire, idéal ; d'autre part, l'absolue dépendance du bébé, avec un sentiment de perte de liberté des parents et de grande responsabilité. Il y a aussi durant cette période, un épuisement physique bien présent, des nuits trop courtes, qui engendrent une réaction de défense compréhensible, une perte de patience, une agressivité des mères et des pères qui ont alors parfois

le désir de se retrouver sans cet enfant qui complique l'assouvissement de leurs propres besoins [22, 38].

L'accouchement entraîne un changement de statut, les parents deviennent grands-parents, la fille devient mère et le fils devient père, le couple devient un trio. Cela nécessite un remaniement important dans la vie d'une famille et notamment au sein de la dyade parents-enfant [23].

1.3.2. Confiance en soi, relation de couple

Suite à tout cela, nous nous rendons compte que la grossesse et l'accouchement sont des éléments pivots dans la vie d'une femme, qui auront des conséquences qu'elles soient bonnes ou mauvaises. Un bon vécu de la grossesse et de l'accouchement favorisera un sentiment d'accomplissement personnel, de valorisation et de confiance en soi, celui-ci pourra également faciliter la relation avec l'enfant et augmenter la satisfaction du rôle parental, tandis qu'un vécu plus difficile entraînera un sentiment de détresse, pouvant aller jusqu'à la dépression post-natale voire au syndrome de stress post-traumatique. Nous pouvons également penser qu'une mauvaise expérience aura un impact sur la relation conjugale (tant sur le plan psychique que physique), l'attachement à l'enfant, la perception de son propre corps ou encore la sexualité (avec la survenue potentielle de dyspareunie) et le désir d'une nouvelle grossesse. Ainsi d'une manière générale, un accouchement, qu'il soit traumatique ou non, aura des conséquences irrémédiables dans la vie d'une femme [29, 32, 33, 37-42].

1.3.3. Etat de stress post-traumatique

Ces conséquences peuvent ainsi être peu importantes et donc facilement surmontables mais elles peuvent également atteindre un degré plus important avec la nécessité d'une prise en charge psychologique approfondie. L'accouchement est décrit comme un événement traumatisant par 20 à 50% des femmes [43-48].

Et il peut entraîner dans les cas les plus difficiles, un état de stress post-traumatique. Celui-ci touche 2 à 10% des femmes à la suite d'un accouchement. Il est défini comme un trouble anxieux qui se manifeste chez les personnes ayant été confrontées à un événement particulièrement traumatisant, provoquant une peur et/ou une détresse importante de manière soudaine. Ce syndrome de stress post-traumatique se manifeste par un état dépressif perdurant au-delà d'un mois après l'événement traumatique pouvant s'étendre à plusieurs années s'il n'est pas pris en charge par un spécialiste. Il s'accompagne de cauchemars, de flashbacks et d'une impossibilité à revivre l'événement ou un événement similaire, ou encore à retourner à l'endroit où cela s'est produit. On distingue l'état de stress aigu quand les symptômes durent moins d'un mois et l'état de stress post-traumatique quand ces symptômes persistent au-delà d'un mois. Il y a quatre catégories de symptômes consécutifs à l'événement traumatique : la reviviscence de l'événement traumatique, l'évitement persistant de tout ce qui rappelle l'événement traumatique, l'altération négative des cognitions et de l'humeur et l'altération de l'éveil et de la réactivité [1, 3, 30, 32, 49, 50].

1.4. EVALUATION DE L'IMPACT DE L'ACCOUCHEMENT

Nous retrouvons très peu d'études s'interrogeant sur les conséquences d'un accouchement lorsqu'il n'y a ni dépression du post-partum ni état de stress post-traumatique. Mais dans le cas où il y a une dépression ou un ESPT, ces conséquences sont bien décrites tant du point de vue de la relation

mère-enfant que de la relation conjugale (il y aura une altération dans les deux cas, une perte d'intérêt, des difficultés à la création d'un lien). Les facteurs de risque de ces états sont également bien décrits et détaillés (nous évoquerons par exemple les antécédents psycho-pathologiques, les antécédents gynéco-obstétricaux tels que fausse-couche et mort néonatale ou encore les interventions obstétricales en urgence). Malheureusement lorsqu'il s'agit d'un accouchement dit « classique », il n'en ait pas de même, rappelons qu'un accouchement peut avoir été physiologique du point de vue objectif de la sage-femme mais avoir été vécu de manière traumatique du point de vue subjectif de la patiente. Ces patientes dont l'accouchement a semblé physiologique vont ensuite retourner chez elle, avec leur enfant, et se retrouver seule, sans accompagnement supplémentaire alors qu'elles en auraient peut-être besoin. Ainsi il y aurait la grossesse, puis le point culminant l'accouchement qui nécessiterait une surveillance des plus rapprochée...et puis plus rien, comme si cela n'avait rien changé dans la vie d'une femme et qu'elle ne nécessitait alors aucun suivi. Comme si mettre au monde un enfant n'avait pas d'importance et était forcément bien vécu. Ainsi, il serait intéressant de s'interroger sur le vécu, l'impact/les conséquences de l'accouchement dans la vie d'une femme afin d'adapter nos prises en charge professionnelles et accompagner au mieux ces femmes, pour qui la venue au monde de leur enfant n'est pas rien.

C'est pourquoi, nous avons réalisé cette étude avec pour problématique : en quoi la grossesse et l'accouchement peuvent-ils impacter la vie d'une femme ? [51].

2. MATERIELS ET METHODE

Etude qualitative par entretien semi-directif, sur les conséquences de la grossesse et de l'accouchement dans la vie d'une femme, réalisée auprès de 11 patientes messines aux alentours du 3^{ème} mois du post-partum entre le 23 octobre 2020 et le 06 février 2021.

2.1. OBJECTIFS DE L'ETUDE

2.1.1. Objectif principal

Décrire les conséquences d'un accouchement dans la vie d'une femme.

2.1.2. Objectifs secondaires

Décrire les pratiques professionnelles dans la prise en charge de l'accouchement et du post-partum de patientes Messines en 2020/2021

Démontrer la nécessité d'une prise en charge adaptée.

Proposer des réajustements dans l'accompagnement de ces femmes.

2.2. HYPOTHESE DE L'ETUDE

H1 : La grossesse et l'accouchement peuvent être source de traumatisme.

H2 : La grossesse et l'accouchement peuvent entraîner des difficultés de création du lien mère-enfant.

H3 : La grossesse et l'accouchement peuvent modifier la perception du corps de la femme

H4 : La grossesse et l'accouchement peuvent entraîner des difficultés dans la relation de couple.

H5 : La grossesse et l'accouchement peuvent entraîner des difficultés dans la reprise des rapports sexuels.

H6 : La grossesse et l'accouchement peuvent supprimer tout désir de grossesse future.

H7 : La sage-femme est le professionnel de choix pour accompagner les femmes dans leur difficulté.

2.3. RECUEIL DE DONNEES

Les données ont été recueillies par entretiens semi-directifs réalisés par vidéoconférence du fait du contexte sanitaire actuel. Les patientes nous ont été adressées par les sages-femmes libérales. Nous avons demandé à 15 sages-femmes libérales de Moselle d'en parler à leur patiente lors de la visite post-natale ou de la première séance de rééducation périnéale (soit environ à 8 semaines du post-partum) et de leur distribuer mes lettres d'informations afin qu'elles nous recontactent par la suite.

Un minimum de 10 patientes étaient nécessaires pour réaliser cette étude.

2.4. POPULATION D'ETUDE

2.4.1. Critères d'inclusion

Toutes les patientes étaient éligibles pour réaliser cette étude quel que soit le mode d'accouchement, la parité...il suffisait que leur(s) enfant(s) soi(en)t né(s) vivant(s) et viable(s).

2.4.2. Critères de non-inclusion

Les femmes mineures ou majeures sous tutelle, les femmes ayant effectué leur visite post-natale en milieu hospitalier ou chez un médecin gynécologue-obstétricien et les femmes ayant donné naissance à un enfant mort-né.

2.4.3. Critères d'exclusion

Les femmes avec une barrière linguistique, perdues de vue (qui n'ont jamais répondu à notre mail pour fixer un rendez-vous) et les femmes refusant de faire partie de l'étude.

2.5. TRAITEMENT DES DONNEES

Pour répondre à cette étude nous avons analysé le verbatim des patientes et codées les données grâce à Excel et retranscription de l'entretien sur Word.

2.6. OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES

2.6.1. Modalités d'information et de recueil de la note d'information.

Etude épidémiologique observationnelle de catégorie 3 : recherche non interventionnelle. Information et déclaration de non-opposition libre et éclairée. Une lettre d'information (annexe 1) a été transmise au sage-femme libérale afin de les distribuer à leurs patientes éligibles.

2.6.2. Modalités de gestion des données : confidentialité

Les données ont été recueillies anonymement avec l'attribution d'un numéro d'anonymat en fonction de la retranscription et du codage des entretiens.

2.6.3. Déclaration de conflits d'intérêt

Etude épidémiologique – observationnelle de catégorie 3 : recherche non interventionnelle. Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêt.

2.6.4. Archivage des données

Les données recueillies seront détruites après l'analyse et la publication des résultats.

2.6.5. Règles de publication

Les résultats seront publiés après la validation par la soutenance devant un jury d'examen.

3. RESULTATS

Treize patientes avaient accepté de faire partie de l'étude. A l'issu de cette période de réalisation des entretiens, 11 entretiens ont pu être réalisés et 2 patientes ont été exclues du fait de leur non-réponse à notre mail pour fixer un rendez-vous. Les 11 entretiens réalisés nous ont permis d'obtenir des données variées qui vont être analysées par thème.

Les entretiens ont eu une durée moyenne de 52 minutes (allant de 37 minutes à 1h26 pour l'entretien des jumeaux).

3.1. POPULATION

3.1.1. Caractéristiques générales

Tableau I : Caractéristiques générales des 11 patientes

	Durée (min)	Age (années)	Profession	Situation maritale	Profession du père
Patiente 1	41	30	Coiffeuse	Mariée	Coiffeur
Patiente 2	46	28	Adjointe manager	En couple	Tatoueur
Patiente 3	65	32	Technicienne labo	En couple	Ouvrier
Patiente 4	45	20	Sans emploi	Séparée du père	/
Patiente 5	55	31	Aide cuisinière	En couple	Cuisinier
Patiente 6	67	29	Femme au foyer	Mariée	Chômeur
Patiente 7	40	29	Comptable	Mariée	Comptable
Patiente 8	47	28	Professeur des écoles		Chauffeur-livreur
Patiente 9	37	33	Juriste en droit social	Mariée	Contrôleur
Patiente 10	57	26	Assistante commerciale	Mariée	Responsable informatique
Patiente 11	86	26	Mère au foyer	Séparée	/
Moyenne	52	28	/	/	/

Min : Minutes

Tableau II : Antécédents

	Gynécologiques	Gestité – Parité	Obstétriques	Traumatismes
Patiente 1	HPV	IIG – IP	FC	Violences conjugales
Patiente 2	/	IG – IP		/
Patiente 3	/	IG – IP		Divorce des parents
Patiente 4	/	IG – IP		/
Patiente 5	/	IG – IP		/
Patiente 6	/	IG – IP		Epilepsie (frères et sœurs)
Patiente 7	/	IIG - IIP	MAP – AVBT / ES Baby-blues	/
Patiente 8	/	IG - IP		AVC à 18 ans
Patiente 9	/	IIG - IIP	AVB	Violences physiques et verbales
Patiente 10	SOPK	IIIG - IP	FC – IVGm	/
Patiente 11	/	IIG - IIIP	Déclenchement pour PES à 38 SA AVB - *	Peur des espaces clos (bloqué dans un ascenseur dans l'enfance)

AVC : Accident vasculaire cérébral – HPV : Human Papillomavirus – SA : Semaine d'aménorrhée – SOPK : Syndromes des ovaires polykystiques – IVGm : Interruption médicale de grossesse médicamenteuse – MAP : menace d'accouchement prématurée – ES : Episiotomie-suture – PES : Pré-éclampsie sévère

* : La patiente 11 a été reprise au bloc 6 mois après son accouchement pour douleur cicatricielle :
« n'en parlons pas, j'en pleurais »

Aucune patiente de l'étude n'a eu recours à un psychologue ou psychiatre mais la patiente 8 pensait que ça aurait pu l'aider « non, on ne me l'a jamais proposé mais avec le recul je pense que j'en aurais

eu besoin, que ça aurait été nécessaire [...] je l'ai digéré mais chaque douleur de tête de moi ou mes proches j'ai peur que ce soit ça et d'autant plus depuis que je suis maman »

3.2. ACCOUCHEMENT : SOURCE DE TRAUMATISME ?

3.2.1. Le déroulement de la grossesse

Les 11 patientes ont obtenu une grossesse spontanée, la patiente 10, suivi en PMA, était en période de pause de stimulation lorsqu'elle a été enceinte. Seule la patiente 11 attendait des jumeaux.

Tableau III : Déroulement de la grossesse.

	Désir de grossesse	SPN	Pathologie / Hospitalisation
Patiente 1	Oui	Non	RPM à 27 SA – Hospitalisation à Nancy (Corticothérapie et tocolyse) puis HAD
Patiente 2	Oui	Classique	Essoufflement au repos et DG/R
Patiente 3	Oui	Classique	MAP à 5 mois avec alitement jusqu'à 8 mois et DG/R
Patiente 4	Non	Classique	/
Patiente 5	Oui	Classique	/
Patiente 6	Oui	Classique	/
Patiente 7	Oui	Piscine	/
Patiente 8	Oui	Classique	/
Patiente 9	Oui	Classique et Yoga	MAP à 6 mois nécessitant du repos
Patiente 10	Oui	Classique	HTA gravidique et DG/R
Patiente 11	Non	Non	MAP à 19 SA avec protubérance de la PDE – Hospitalisation en GHR jusqu'à l'accouchement

SPN : Séance de préparation à la naissance - DG/R : diabète gestationnel sous régime ; GHR : grossesse à haut risque ; HAD : hospitalisation à domicile ; RPM : rupture prématurée des membranes – PDE : Poche des eaux – HTA : Hypertension artérielle – MAP : Menace d'Accouchement Prématuré.

- **Eléments perturbateurs**

Trois patientes ont vécu des événements perturbant ou compliquant leur grossesse :

- La patiente 3 a eu une grossesse découverte dans une situation compliquée, elle était en couple depuis 4 ans avec le père de son enfant et ils venaient de se pacser. Celui-ci devait être muté dans le Sud du fait de sa profession. Malheureusement, il est parti à l'annonce de la grossesse. La patiente a ainsi vécu sa grossesse seule, sans père.

- La patiente 6 a eu une grossesse marquée par des démarches administratives nombreuses afin d'obtenir les papiers de nationalité française pour son mari. Cette patiente a ainsi été suivie par une assistante sociale et la PMI tout au long de sa grossesse du fait de sa situation précaire afin d'obtenir des aides. Sa grossesse a également été marquée par la maladie de son père et par le décès de son grand-père suite au Covid.

- La patiente 9 avait subi des violences physiques et verbales de la part de son père qu'elle ne voyait plus depuis qu'elle avait quitté le domicile parentale. Celui-ci a tenté de reprendre contact avec elle durant la grossesse, en se rendant sur son lieu de travail pour connaître son adresse, requête à laquelle les collègues de la patiente n'ont pas accédé.

3.2.2. Vécu des grossesses

Trois patientes sur les 11 avaient un bon vécu et un excellent souvenir de leur grossesse, elles ne regrettaient rien :

- Patiente 2 *« j'ai pu bouger et être active jusqu'à mes 9 mois de grossesse [...] Si j'avais pu être enceinte pendant 20 mois, j'aurais été super contente »*

- Patiente 5 « *j'ai eu une grossesse parfaite [...] je me sentais belle et rayonnante, j'avais envie de mettre des hauts serrés, de montrer mon ventre* ».

Cinq patientes avaient un avis mitigé sur leur vécu de grossesse :

- Patiente 1 « *j'étais très fatiguée, à bout de force, j'avais pris énormément de poids [...] je ne me sentais pas prête à accoucher* »

- Patiente 3 « *le suivi gynécologique par la sage-femme libérale, c'était très bien mais par contre pour le suivi des échographies [...] on nous jette dehors, on nous dit salut au revoir, elle ne prenait pas le temps de me montrer mon bébé, ça durait vraiment 5 minutes quoi, il n'y avait pas d'humain, j'étais un numéro [...] ils n'acceptent pas les papas lors des échographies [...] c'est plein de moments comme ça qu'il n'a pas pu partager avec moi et donc ça on l'a un peu mal vécu[...] il était mis de côté* », « *j'avais peur de mourir* »

Trois patientes enfin avaient un mauvais vécu de leur grossesse :

- Patiente 4 « *je pleurais parce que j'avais honte, j'étais stressée [...] je lui (ndlr. Son compagnon) ai annoncé il s'en foutait clairement [...] on s'est séparé [...]. Ce n'était donc pas joyeux et ça a été très difficile de l'annoncer. Mais après ma grossesse s'est plutôt bien déroulée. La fin a été un peu plus chaotique, j'ai été déclenché* »

- Patiente 9 « *je ne l'ai pas très bien vécu [...] le fait d'être enceinte je n'aime pas du tout. [...] excusez-moi du terme mais ça fait quand même un peu alien, quelque chose qui pousse entre votre estomac et votre poumon [...] on est quand même un peu diminué [...] Je n'avais qu'une seule envie c'était que ça se finisse* »

3.2.3. Déroulé des accouchements

Sur les 9 péridurales, 4 étaient non fonctionnelles ou latéralisées selon les dires des patientes.

Tableau IV : déroulé des accouchements

	Terme (SA)	Début	Voie d'accouchement et anesthésie	Lésions	Accompagnant
Patiente 1	37	C programmée pour siège	C sous rachianesthésie	CC	Père
Patiente 2	41	DCT pour DG/R	VBI par ventouse sous APD	D/S	Père
Patiente 3	41	Spontané	VBI par ventouse sous APD	D/S	Père
Patiente 4	38	DCT pour RPM>24h	VB sous APD	D/S	Mère de la patiente
Patiente 5	40	Spontané	VB sous APD	D/S	Père
Patiente 6	40	Spontané	VB sous APD	/	Père
Patiente 7	40	Spontané	VB sous APD	D/S	Père
Patiente 8	39	Spontané	VB sous APD	D/S	Père
Patiente 9	41	Spontané	VB sous APD	D/S	Père
Patiente 10	38	Spontané	VB	D/S	Père
Patiente 11	24	Spontané	VB sous APD puis C en urgence sous AG	CC	Père
Moyenne	38				

SA : semaines d'aménorrhées – C : césarienne – DCT : déclenchement – DG/R : diabète gestationnel sous régime – RPM : rupture prématurée de la poche des eaux – VBI : voie basse instrumentale – APD : anesthésie péridurale – VB : voie basse – AG : anesthésie générale – CC : cicatrice de césarienne – D/S : déchirure suturée

Trois des patientes ayant eu la péridurale ne souhaitaient pas l'avoir au départ et l'ont prise soit par obligation (souffrance fœtale et risque de césarienne) soit parce qu'elles ne se sentaient pas assez prêtes, accompagnées et soutenues dans la gestion des contractions.

- Patiente 4 « *j'aurais souhaité accoucher sans péridurale, mais j'ai eu le sentiment de ne pas avoir le choix de la péridurale* »,

- Patiente 9 « *ils m'ont dit qu'ils me gardaient en continu sous monitoring car le cœur de bébé n'était toujours pas bon. Au bout de 2h de monitoring, ils sont venus me voir en me demandant si je ne voulais vraiment pas la péridurale parce que si ça continuait comme ça la prochaine étape était la césarienne et vu que je n'avais pas de péridurale ils auraient dû me faire une anesthésie générale. Donc du coup je leur ai dit "oui" ».*

Tableau V : Ressenti psychologique des accouchements

	Fierté ?	Ressenti	Accouchement ou naissance ?
Patiente 1	Oui	Sensation forte	Les deux
Patiente 2	Oui	Sensation forte	Naissance
Patiente 3	Oui	Souffrance	Naissance
Patiente 4	Oui	Douleur	Accouchement
Patiente 5	Oui	Sensation forte et douleur	Naissance
Patiente 6	Oui	Sensation forte	Naissance
Patiente 7	Oui	Sensation forte et douleur	Naissance
Patiente 8	Oui	Sensation forte	Naissance
Patiente 9	Non	Sensation forte	Naissance
Patiente 10	Oui	Sensation forte	Les deux
Patiente 11	Oui	Douleur	Accouchement

Parmi les patientes fières d'avoir accouchées, nous avons pu entendre :

- Patiente 2 « *je me dis que je l'ai fait, que j'ai mis un enfant au monde, on a fabriqué un humain ensemble et ça fait tout drôle dans le bon sens* »

- Patiente 3 « *je suis fière d'avoir mené ma grossesse seule, d'avoir accouché* ».

3.2.4. Vécu des accouchements

Quatre patientes avaient un bon voire très bon souvenir de leur accouchement et ne regrette rien :

- Patiente 5 « *la deuxième sage-femme est venue se présenter avec une étudiante, elles étaient géniales, souriantes, bienveillantes, chaleureuses, à l'écoute [...]. Elle a essayé jusqu'au bout de me faire tenir mon projet [...] heureusement qu'elle était là, elle m'accompagnait pour respirer, elle était géniale* »

- Patiente 6 « *vraiment j'ai eu une super équipe, je pouvais poser toutes les questions que je voulais [...] j'étais super contente parce que c'est l'équipe de la journée qui m'a finalement accouché à 19h* »

Quatre patientes avaient un souvenir mitigé de leur accouchement, elles nous livrent

- Patiente 2 « *j'allais être hospitalisé pour être déclenché [...] le ciel m'est tombé sur la tête. Je voulais vraiment avoir les contractions naturellement donc j'étais un peu triste, [...] je pleurais. [...] J'avais peur de mal pousser car il a fallu utiliser la ventouse [...] L'équipe médicale m'a énormément rassuré et expliqué [...] parce qu'au début je me disais vraiment que j'étais nulle. [...] Après l'accouchement ils l'ont emmené (ndlr. Son nouveau-né) tout de suite donc j'ai eu un peu peur [...] ils m'ont dit qu'il avait la clavicule gauche de cassée [...] à ce moment-là il a pleuré donc j'ai cru que je lui avais fait mal [...] le lendemain de l'accouchement on m'a dit qu'il avait pas du tout la clavicule gauche de cassée donc tant mieux mais d'un autre côté j'étais un peu déçue parce que je n'ai pas pu faire la tétée de bienvenu et de peau-à-peau avec lui* »

- Patiente 9 « ça a été spécial puisque mon conjoint n'était pas là tout le temps. [...] Je m'attendais à ce que ce soit encore plus rapide que le premier[...] ça n'a pas été le cas. Et de savoir que le rythme cardiaque n'était pas bon, me retrouver toute seule, sans le père, l'équipe médicale était là, venait régulièrement, mais ce n'est pas pareil, du coup ça a été plus compliqué. C'était clairement source d'angoisse[...] l'équipe médicale était très présente, ils m'ont encouragé à me détendre et qu'ils géraient eux le cœur de bébé »

Enfin trois patientes avaient un mauvais souvenir de leur accouchement :

- Patiente 3 « mon accouchement était horrible vraiment [...] j'avais peur de mourir [...] à ce moment-là je me suis dit que l'humain on pouvait l'oublier ici [...] c'était vraiment du travail à la chaîne, comme de la viande [...] la péridurale ne fonctionnait plus du tout et je souffrais et du coup j'ai vraiment tout senti, c'était horrible ! [...] Je vais parler cru mais elle avait les doigts dans ma chatte et en même temps elle était au téléphone quoi, puis elle se barrait sans rien me dire. Je n'étais pas un être humain, j'étais une dinde à Noël qu'on fourrait. [...] Sans me prévenir, la sage-femme qui m'a accouché a rentré sa main dans mon ventre, [...] La douleur c'était horrible, j'ai hurlé[...] La sage-femme qui m'a accouché m'a vraiment torturé [...], je suis restée 3h en salle, elle est revenue au bout de 3h [...] fait deux points de suture à vif 3h après l'accouchement, sans même me remettre de l'anesthésiant. Elle est arrivée, comme chez le boucher, elle a pris le crochet et bim allez on recoud, elle a demandé à une aide-soignante et une autre personne de me tenir les jambes pour me recoudre, c'était une boucherie, on ne m'a pas demandé mon avis [...]. Ça m'a tellement traumatisé [...] c'était encore pire que ce que j'imaginai »

- Patiente 10 « j'étais un peu déboussolée au début. Je me suis dit mais c'est vraiment moi, ou est-ce qu'on a pris un bébé à côté et on me l'a passé, je n'étais pas prête, je n'ai pas réalisé, ça a été trop rapide.[...] La sage-femme avait l'air d'être pressée de partir [...] on a fait des essais de poussée et elle est partie, elle est sortie de la salle [...] à la contraction suivante la tête est sortie, j'ai dit à mon mari d'aller chercher la sage-femme et quand il est allé la chercher elle lui a répondu « bon...bon... je ne pense pas qu'elle soit encore là » et quand elle est arrivée elle a dit « ah bah si finalement elle est là. Pour le coup j'ai vraiment eu peur ».

Concernant leur premier sentiment les patientes étaient nombreuses à répondre que c'est « indescriptible », « qu'il n'y a pas de mots », elles nous confiaient qu' « il faut attendre que l'équipe sorte pour réaliser », elles disaient que « c'est fou », « c'est magique ». Elles étaient également nombreuses à exprimer un sentiment de « soulagement », à dire « mon bébé va bien, il est vivant » voire pour certaines « je suis vivante ».

D'autres part la sensation de ventre vide était « bizarre » pour de nombreuses patientes, elles exprimaient un sentiment de « manque », de « perte », ou encore de « nostalgie ». Nous confiant qu'elles ne le « sentiront plus bouger », que leur bébé « ne sera plus qu'à elle », et qu'elles se demandaient « comment il a fait pour tenir à l'intérieur de mon ventre ? ». Elles restaient nombreuses à garder le réflexe quelques jours après l'accouchement de « toucher leur ventre ».

3.3. LIEN MERE-ENFANT ET RELATION A LEUR MERE

3.3.1. Nouveau-nés

De l'accouchement de ces 11 femmes, sont nés 12 nouveau-nés.

Tableau VI : Caractéristiques des nouveau-nés et vécu des patientes

	Poids (g)	Alimentation	Adaptation	Sentiment premier	Difficulté	Besoin de s'éloigner
NN 1	3145	AMixte puis AA	Bonne adaptation	Fusion/amour	Pleurs du soir/ besoin de contact	Non
NN 2	3450	AA	Bonne adaptation	Amour	/	Non
NN 3	2640	AMixte puis AA	Coliques et plagiocéphalie	Difficulté puis amour petit-à-petit	Pleurs	Oui
NN 4	3265	AM	IPLV	Protection	Pleurs	Oui
NN 5	3600	AM	Bonne adaptation	Amour	/	Non
NN 6	3700	AM	Ictère et suspicion FC	Formidable	Pleurs	Oui
NN 7	3200	AM	Bonne adaptation	Amour	Pleurs	Oui
NN 8	3370	AM	Bonne adaptation	Fierté	Pleurs	Non
NN 9	2700	AM	Suspicion infection CMV	Attachement	/	Non
NN 10	2630	AMixte	Bonne adaptation	Amour/fierté	Pleurs de faim	Oui
NN 11	500	SG puis AA	DR : O ² -thérapie puis double opération du CA Rétinopathie	Bonheur	Double besoin à comprendre	Oui
NN 12	750	SG puis AA	HC stade 3-4 opérée ECUN			
Moyenne	2995	/	/	/	/	/

NN : nouveau-né – g : grammes – AMixte : allaitement mixte – AA : allaitement artificiel – AM : allaitement maternel – SG : sonde gastrique – IPLV : intolérance aux protéines de lait de vache – FC : fracture clavicule – CMV : cytomégalovirus – DR : difficulté respiratoire – O²-thérapie : oxygénothérapie – CA : canal artériel – HC : hémorragie cérébrale – ECUN : entérocolite ulcéro-nécrosante

La 3^{ème} patiente nous confiait avoir eu des difficultés dans la création d'un lien avec son enfant :
« l'amour se construit au fil du temps mais je n'arrive pas toujours à trouver de moments de bonheur avec mon enfant ».

Huit patientes avaient eu des difficultés qui reposaient en globalité sur la compréhension des pleurs :

- Patiente 3 *« entre les pleurs et l'alimentation j'ai parfois l'impression de ne pas pouvoir profiter de son bébé, de lui faire des massages etc. »*

- Patiente 4 *« j'aimerais avoir une « machine pour savoir où mon bébé a mal et pourquoi il pleure »*

- Patiente 6 *« au début je ne connaissais rien, je n'arrivais pas à décrypter ses pleurs mais aujourd'hui c'est bien j'y arrive de mieux en mieux »*

Parmi toutes ces patientes, 6 ressentent le besoin de prendre de la distance pour *« souffler »*, *« se calmer »*, *« s'aérer un peu la tête »* pour ensuite pouvoir revenir et apaiser à leur tour leur nouveau-né.

Enfin certaines patientes émettaient l'idée qu'avant d'être mère, il manquait de la vie à leur vie :

- Patiente 1 *« avant ma vie devait être nulle, je ne peux plus vivre sans lui, c'est trop. Je n'arrive plus à me décoller de lui »*

- Patiente 6 *« C'est vraiment mon rayon de soleil, ma joie de vivre...fin je suis déjà joyeuse à la base...mais là on va dire qu'il me donne de l'énergie supplémentaire chaque jour, qu'il ramène de la vie de la maison ».*

D'autres part certaines patientes exprimaient avec une légère retenue le fait de ne pas s'être senti mère d'emblée prouvant ainsi que l'instinct maternel n'est pas inné mais s'acquiert au fil du temps.

- Patiente 1 « *ils me l'ont montré mais je ne réalisais pas que c'était mon bébé, je n'ai pas senti que c'était mon bébé, c'était bizarre hein, parce que je ne l'ai pas senti passer en fait, je sentais qu'ils me touchaient et tout mais je ne les ai pas senti sortir le petit* »

- Patiente 3 « *je n'ai pas eu de vague d'amour lorsque la petite a été posée sur son ventre* »

- Patiente 10 « *je me suis dit « ah elle est un petit peu dégueulasse » mais bon...ça c'est normal. Mais je n'ai pas eu tout de suite le coup de foudre comme disent certains parents, au premier regard tout ça* »

- Patiente 11 « *je suis où...je n'ai pas réalisé que mes enfants étaient sortis* »

3.3.2. Relation à leur mère

- Avant la grossesse

A l'issu des entretiens, nous retrouvons 4 patientes qui avaient une relation de confiance totale avec leur mère, la décrivant même parfois comme « *fusionnelle* ». Ces patientes parlaient de leur mère avec des termes comme « *confiance à 100%* », « *on se dit tout, on s'appelle tous les jours* », « *on est complice et soudée* » ou encore « *on est très proche* ».

Trois patientes quant à elles nous disaient avoir une relation « *sereine* » avec leur mère mais « *pas fusionnelle* », elles disaient alors de leur mère « *on a une très bonne relation, mais pas une relation de copine, après je sais que je peux compter sur elle* ».

Trois patientes nous confiaient avoir une relation « *compliquée* » ou « *conflictuelle* ».

Enfin une patiente nous disait être en rupture avec sa mère depuis 10 ans.

- Après la grossesse

Trois patientes avaient vu leur relation avec leur mère s'intensifier suite à leur grossesse. Elles nous confiaient « *on était déjà super proche avant la grossesse et l'accouchement, mais là encore plus. On se voit tous les jours, je lui envoie milles photos par jour* », « *ils ont intensifié cette relation, ça l'a prononcé encore plus. J'ai pu partager pleins de choses avec elle par rapport au bébé et à l'accouchement* ».

A l'issu de ces entretiens, nous nous rendions également compte que la grossesse et l'accouchement avaient tendance à améliorer les relations mère-fille complexes. En effet, les trois patientes qui avaient une relation compliquée et conflictuelle avec leur mère avaient vu leur relation s'apaiser. Elles nous disaient par exemple « *on a une relation plus sereine, ni proche, ni conflictuelle* », « *il y a eu une amélioration, on a partagé plus de choses, je me suis rendu compte de toutes les choses qu'elle avait fait pour nous* » ou encore « *ça nous a rapprochée, dans le fait que je sais aussi ce que c'est d'être maman, il y a des choses que je comprends plus* ». La grossesse avait donc tendance à améliorer la compréhension entre une mère et sa fille.

Quatre patientes n'avaient vu aucune différence entre avant et après la grossesse et l'accouchement, ni d'amélioration, ni de dégradation « *elle a été un peu mon souffre-douleur à certains moments, je me défoulée mais c'était mon soutien* », « *quand j'avais un petit doute je lui posais des questions. [...]* Mais non je ne crois pas que ça ait changé nos relations ».

Enfin la patiente en rupture avec sa mère exprimait avec une certaine émotion : « *durant mon accouchement il m'a manqué une mère, pas « ma mère », mais « une mère », « une figure maternelle » avec qui partager certains moments de ma grossesse. Ça a été une situation psychologiquement compliquée à vivre pour moi. Je ne comprends pas comment ma mère a pu être comme ça avec moi maintenant que je suis maman. Du coup je cherche à donner à ma fille tout ce que je n'ai pas pu avoir ».* Elle concluait en disant « *ma fille passe en premier ».*

3.4. PERCEPTION DE SOI

Tableau VII : aspect corporel des 11 patientes

	IMC (kg/m ²)	Prise de poids (kg)	Ce qu'elles aiment	Ce qu'elles n'aiment pas
Patiente 1	29.1	+32	Rien	Cuisse
Patiente 2	27.7	+35	Rien	Ventre
Patiente 3	38.6	-10	Quasiment tout comme avant	Ventre
Patiente 4	26.3	+12	Fesses	Ventre
Patiente 5	25.6	+12	Ventre	Rien
Patiente 6	19.5	+7	Seins	Vergetures
Patiente 7	26.9	+14	Rien	Ventre
Patiente 8	21.1	+14	Jambes	Ventre
Patiente 9	19.7	+8	Rien	Taille
Patiente 10	33.6	-20	Tout	Poitrine
Patiente 11	27.3	-10	Cuisse	Ventre
Moyenne	26.9	+16/ -13	/	/

IMC : indice de masse corporelle – kg : kilogramme – m : mètre



Figure 1 : Echelle de silhouette présentée aux patientes

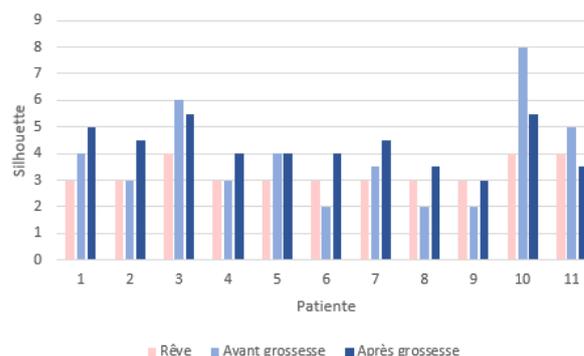


Figure 2 : Evolution de la perception corporelle des 11 femmes

Quand nous demandons à ces femmes de parler de leur corps, elles utilisent parfois des termes violent, voire dégradant, nous avons pu entendre par exemple

- Patiente 2 « *C'est dur, il est dégueulasse mon corps* »
- Patiente 6 « *ça se voit que j'ai 30 ans, que je viens d'avoir un bébé, j'ai tout mon corps qui est fatiguée, je suis fatiguée* »
- Patiente 7 « *je ne l'aime pas, je ne m'accepte pas* »
- Patiente 9 « *je ressemble à un tronc* »

D'autres rapportent la description de leur corps à leur fonction de mère, elle ne voit plus leur corps que comme l'endroit qui a porté et donné la vie

- Patiente 4 « *ce n'est plus le même, on voit qu'un bébé est passé par là* »
- Patiente 5 « *un corps de maman, confortable et bien pour un bébé* »
- Patiente 10 « *c'est lui qui a réussi à porter et à mettre au monde mon petit bébé* ».

D'autres enfin son beaucoup plus bienveillante avec leur corps, elles disent de lui

- Patiente 3 « *je me sens bien, je n'ai pas eu de rejet* »,
- Patiente 10 « *je voyais mon ventre grandir petit à petit et je me disais que j'avais quand même un beau corps avec mon gros ventre donc c'est comme ça qu'on a appris à se réécouter, et finalement aujourd'hui je ne vais pas dire que j'en suis fière mais on va dire que j'ai beaucoup moins de haine envers lui qu'avant* ».

3.5. RELATION CONJUGALE

3.5.1. Soutien pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum

En globalité en ce qui concerne le vécu de la grossesse par les patientes, 10 patientes sur 11 ont été soutenues et écoutées par leur conjoint comme elles le souhaitaient...voire plus.

- Patiente 1 « *il a assuré, il venait tout le temps avec moi au rendez-vous* »
- Patiente 6 « *mon mari c'est mon double, c'est ma moitié, j'ai de la chance de l'avoir, il m'a beaucoup aidé pendant ma grossesse, il m'aidait pour les tâches ménagères, me soulageait bien* »
- Patiente 8 « *il m'a énormément soutenu, il m'aidait à la fin quand c'était plus difficile* »

Pour l'accouchement, cinq patientes estiment que sans la présence de leur conjoint elle n'y serait pas arrivée ou aurait mal vécu l'accouchement :

- Patiente 1 « *je pense que sans lui je serais déjà tombé dans les pommes* »,
- Patiente 3 « *la seule chance que j'ai eu c'est que mon mari puisse y assister* »,
- Patiente 5 « *il m'a massé tout au long du travail, il me servait d'appui pour m'étirer, je lui détruisais les mains aussi. Il a été génial [...] je n'y serais jamais arrivé sans lui, je le remercie tellement* »

Trois trouvent que leur conjoint a été un soutien non négligeable et qu'il a fait ce qu'il fallait :

- Patiente 6 « *mon mari a été super, il a eu très peur, mais il a pris son courage à deux mains et a réussi à couper le cordon* »
- Patiente 10 « *pendant les contractions il me faisait des massages comme on avait vu avec la sage-femme, il me rappelait qu'il fallait bien respirer, il m'a pas mal soutenu physiquement parce que c'était parfois un peu dur de rester debout* »

La neuvième patiente regrette que son mari n'ait pu être là en continu avec elle du fait de la situation sanitaire : « *ça a été spécial puisque mon conjoint n'était pas là tout le temps, me retrouver toute seule, sans le père, ça a été plus compliqué* ».

Enfin deux patientes se sont senties seules malgré la présence de l'accompagnant

- Patiente 4 « *j'aurais accouché seule ça aurait été pareil* »
- Patiente 11 « *le papa était un peu largué* »

Ces hommes assurent également une fonction de réassurance, de remise en confiance concernant le physique de leur partenaire.

Les femmes ont pu nous dire de leur conjoint

- Patiente 1 « *il me rassure* »
- Patiente 2 « *il me dit qu'il me trouve magnifique* »

- Patiente 5 « *heureusement qu'il est là parce que s'il n'était pas là je n'aurais pas la même image de moi-même, il me motive* »,

Voire certains conjoints rassurent leur femme en leur disant qu'ils les préféreraient encore plus maintenant, et alors avec un rire de joie les femmes nous racontaient

- Patiente 8 « *Lui il est content parce qu'avec l'allaitement j'ai pris des tailles de bonnet* »
- Patiente 9 « *lui il aime bien, parce que je suis un peu plus...rondelette on va dire à certains endroits* ».

Le conjoint de la quatrième patiente reste mitigé vis-à-vis du corps de sa partenaire : « *mon conjoint est ambiguë vis-à-vis de mon corps, il me dit que je suis belle mais en même temps qu'il aimerait que je perde mon ventre parce que je n'ai plus le ventre plat* ».

3.5.2. Modification de la relation conjugale ?

A cette question, il semblait y avoir un mouvement défensif puisque toutes les patientes répondaient d'emblée « *non* », puis en y réfléchissant, elles modifiaient leur réponse et nous disaient qu'« *elle était modifiée* » dans le sens où il y avait une tierce personne qui venait s'inclure dans ce couple.

- Patiente 1 « *c'est différent, tout ce qu'on fait on le fait à trois, ça nous a peut-être éloigné dans ce sens-là, le petit est au milieu de nous deux maintenant* »

- Patiente 5 « *non pas forcément, après je dirais que je fais plus de câlin au bébé qu'à lui, [...] maintenant c'est plus moi et lui, c'est lui, moi et le petit* »,

- Patiente 7 « *on est plus un papa et une maman qu'un couple. Ce n'est pas évident de se retrouver en tant que couple* »

D'autres enfin nous livraient leur besoin de se retrouver en tant que couple

- Patiente 7 « *lui vit mieux que moi cette situation mais moi je lui fais souvent part que j'aurais besoin qu'on se retrouve plus souvent tous les deux, qu'on se fasse un petit weekend etc.* ».

- Patiente 10 « *j'ai quand même hâte de pouvoir poser ma fille chez ma belle-mère dans quelques weekends, histoire de pouvoir moi me reposer, passer des nuits complètes, passer du temps avec mon mari* »

Seules deux patientes trouvaient que leur relation conjugale n'avait pas été modifiée par l'arrivée de ce nouveau-né

La deuxième patiente nous confie que la naissance de leur enfant a renforcé leur couple : « *je ne remerciais jamais assez mon conjoint pour le cadeau qu'il m'a fait de me donner un enfant. La grossesse a intensifié notre relation* ». De même pour la dixième patiente, même si cela a nécessité des réajustements « *quand on remarque tous les deux qu'on n'est pas d'accord alors on en parle et on se ressoude encore plus qu'avant* ».

Enfin trois patientes, nous livrent que l'arrivée au monde de cet enfant a entraîné l'apparition de tensions au sein du couple. La neuvième patiente nous confie par exemple : « *ça créé certaines tensions du fait de la fatigue accumulée [...] des fois ils nous mettent dans des états pas possible donc forcément il y a plus de tension, en tout cas plus qu'avant* ». Ces tensions ayant même pour certaines entraîner la séparation définitive du couple pour la onzième patiente : « *C'était surtout vis-à-*

vis de la fatigue et du stress, je suis quelqu'un de très carré alors que lui est plutôt laxiste donc ça n'allait pas ».

3.5.3. Intimité

La sexualité pendant la grossesse et l'accouchement reste un sujet pour le moins tabou, les femmes n'osent pas en parler et estiment que ce n'est pas une priorité.

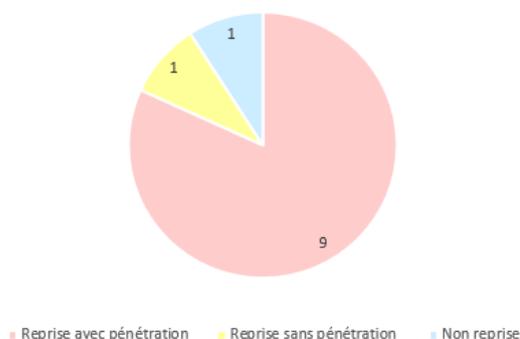


Figure 3 : Reprise d'une activité sexuelle au moment de l'entretien

Une seule n'avait encore pas repris par peur d'avoir mal et surtout par accumulation de fatigue, elle nous dit « *on est encore bien fatigué donc dès qu'on peut dormir on dort* ». Une autre nous explique que le manque de temps entre également en jeu, elle nous dit « *on n'avait pas de rapports pas par manque d'envie mais par manque de temps* ».

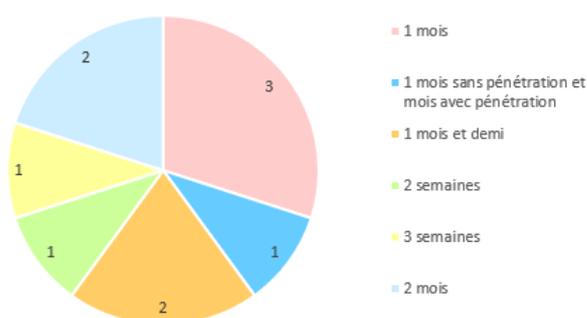


Figure 4 : Délai de reprise

Le délai moyen de reprise est donc de 5,7 semaines.

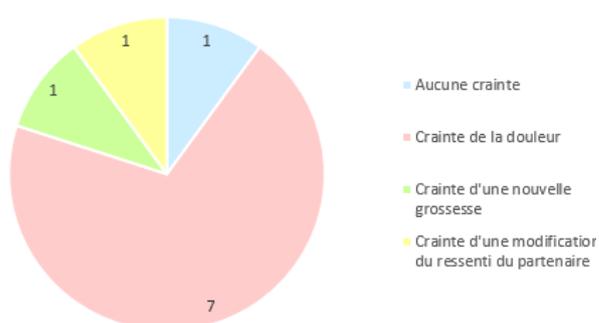


Figure 5 : Crainte à la reprise

Patiente 10 : « *j'avais peur parce que je pensais que vu que j'avais accouché ça allait tout changé, que mon mari n'allait plus ressentir la même chose, qu'il n'allait pas forcément apprécier la pénétration ou quoi [...] ça ne m'intéresse pas forcément tout le*

temps mais on reprend petit à petit. J'avais aussi peur d'avoir mal ». Elle nous raconte également que le fait de reprendre une intimité avec son partenaire lui donnait l'impression d'abandonner en quelque sorte son enfant « *j'avais aussi un peu l'appréhension par rapport au fait que j'étais un peu corps et âme pour mon bébé au début, et me dire que j'allais reprendre un activité sexuelle alors qu'entre guillemet c'était du temps perdu où j'aurais pu m'occuper de mon bébé, au début ça me dérangeait un peu mais au final je me rends compte qu'elle n'est pas plus perturbée que ça* ».

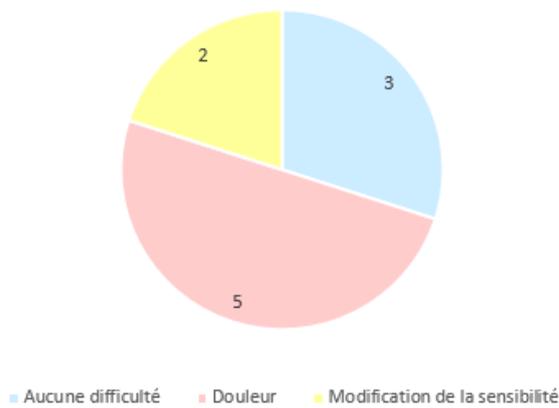


Figure 6 : Difficulté lors de la reprise

Patiente 5 « *c'est plutôt une sensibilité à la pénétration, ça fait comme une sorte de bourrelet, c'est bizarre, je ne sais pas comment le définir, mais ça ne me fait pas mal* ».

Tableau VIII: Douleur lors de la reprise des rapports

	Patiente 3	Patiente 4	Patiente 6	Patiente 8	Patiente 10	Moyenne
Douleur (EVA)	8	7	7	3	7	6,4

EVA : échelle visuelle analogique cotée de 0 à 10

Cette douleur s'estompait au cours du rapport, avec l'utilisation de lubrifiants ou encore la réalisation de préliminaires plus prolongés.

La reprise s'est en tout cas, dans la grande majorité, effectuée en douceur et au rythme de la patiente.

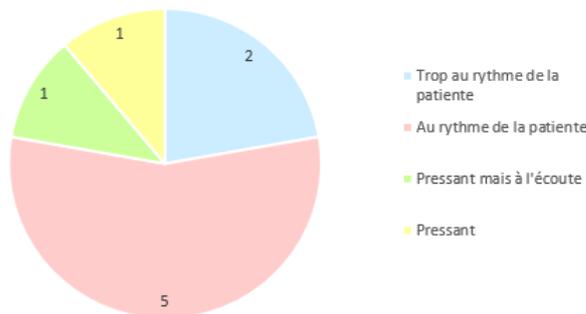


Figure 7 : Comportement du conjoint vis-à-vis de la reprise des rapports (n = 9)

Patiente 2 « *il va même un peu trop à mon rythme* ».

Patiente 6 « *Non pas du tout, il a été à mon rythme, c'est même moi qui lui ait mis la pression j'étais la plus demandeuse* ».

Patiente 4 « *oui, totalement pressant. Je lui en ai voulu au départ, j'aurais aimé qu'il comprenne que j'avais besoin d'encore un peu de temps* ».

3.6. POUR ALLER PLUS LOIN

3.6.1. Aide et soutien reçu

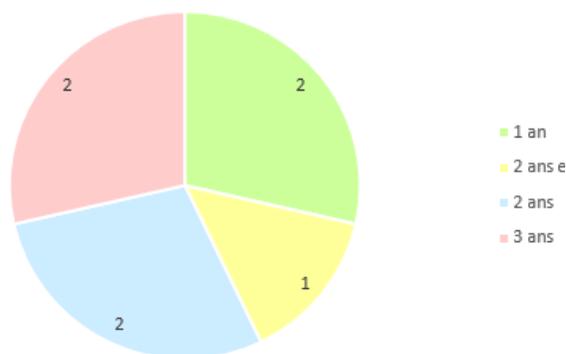
Huit patientes nous disaient qu'elles avaient reçu l'aide et le soutien qu'elles souhaitaient, soit de la part de l'équipe médicale, soit de la part de leur famille et de leur conjoint. La onzième patiente nous disait qu'elle cherchait elle-même les informations qu'elle voulait car elle ne les recevait pas.

La sixième patiente s'est retrouvée en difficulté sociale et a ressenti un besoin d'aide à ce niveau, elle exprime certains aléas du système français ; « *j'ai ressenti un besoin d'aide surtout au niveau social, financier, parce qu'on a que le RSA et c'était compliqué de payer le loyer et en même temps d'acheter les accessoires pour le bébé* ».

Enfin la troisième patiente s'est retrouvée en détresse psychologique et aurait eu besoin d'une aide plus accrue : « j'ai eu des cauchemars suite à l'accouchement. J'ai vu la psychologue à la maternité mais ça n'a pas été utile pour moi. Aujourd'hui je sais que le traumatisme restera toujours ».

3.6.2. Désir de grossesse future

A l'issu de ces entretiens, 7 patientes nous confiaient vouloir une grossesse dans le futur.



Ainsi 2-3 ans semble être le délai idéal selon les patientes pour avoir une nouvelle grossesse puisque 5/7 patientes se trouvent dans ce délai.

Figure 8 : Délai pour une nouvelle grossesse (n=7)

Lorsqu'on demandait à ces patientes quels seraient pour elles la grossesse et l'accouchement idéaux, 4 nous répondaient « *la même chose que j'ai eu* » avec quelques nuances :

- Patiente 2 « *sans les 35kg, sans ventouse* »
- Patiente 5 « *sans péri* »
- Patiente 8 « *sans les nausées et sans le masque* »
- Patiente 10 « *sans perdre les eaux pour pouvoir accoucher dans une baignoire* ».

La première patiente nous disait souhaiter « *une grossesse sans trop de prise de poids, sans hospitalisation et un accouchement voie basse* ».

Deux patientes souhaiteraient vivre leur prochaine grossesse dans un cadre plus serein :

- Patiente 4 « *grossesse avec un papa présent et un accouchement sans déclenchement et sans péridurale. Annoncer la grossesse et que tout le monde soit content, annoncer la grossesse au papa avec un body ou une petite surprise comme ça* »
- Patiente 6 « *j'aimerais que ce soit une grossesse voulue, dans de bons moments, sans tous le stress que j'ai pu avoir pour cette grossesse, et surtout me sentir plus libre, avoir une grossesse sans le COVID 19 et le confinement, et le masque. L'accouchement, j'aimerais qu'il soit moins long* ».

Les 4 patientes ne souhaitant pas d'autres grossesses avaient chacune des raisons propres.

- Patiente 3 : « *absolument pas, j'ai vécu un traumatisme total, c'était un cauchemar* ».
- Patiente 7 : « *j'ai toujours voulu une fille et un garçon et maintenant que je les ai je suis contente* ».
- Patiente 9 : « *la situation économique qu'on va avoir fait que je préfère n'avoir que deux enfants* ».
- Patiente 11 : « *c'est bon j'ai déjà donné, j'en ai 3* ».

3.6.3. Quand les femmes nous racontent ce qu'elles auraient aimé avoir et aimerait...
Sur cet instant libre, les patientes pouvaient nous parler de tout ce qu'elle voulait.

Deux patientes nous parlaient du contenu des séances de préparation à la naissance :

- Patiente 5 « *Ce qui me chagrine c'est l'accompagnement que j'ai eu lors de la préparation à la naissance. J'aurais aimé un accompagnement un peu plus individuel, plus personnalisé* ».

- Patiente 10 « *Les séances de PNP j'aurais aimé les vivre différemment parce qu'à cause du Covid c'était beaucoup de visio et du coup les fameux groupes de mères qui font des séances ensemble et qui ensuite font des petits groupes ensemble et parlent etc. je n'ai pas eu* ».

La onzième patiente souhaitait nous parler de l'hospitalisation : « *J'aurais souhaité plus d'humanité pendant mon hospitalisation, qu'on arrête de me dire que mes bébés allaient mourir, qu'on arrête de me parler en termes médicaux/techniques et qu'on arrête surtout de me sortir des statistiques* ».

Quatre patientes souhaitaient quant à elles nous parler de l'accompagnement lors du travail :

- Patiente 3 « *Il y a une nécessité que les femmes soient plus accompagnées et qu'il y est plus d'humains dans la relation. Juste un mot peut changer les choses, prendre le temps de nous expliquer les choses peut tout changer* ».

- Patiente 4 « *J'aurais aimé être beaucoup plus soutenue pendant les contractions, qu'on m'accompagne, qu'on soit avec moi, qu'on m'explique* ».

Trois patientes abordaient le sujet de l'allaitement maternel :

- Patiente 4 « *mon enfant avait un frein de langue non détecté à la maternité et ça m'a beaucoup posé problème pour l'allaitement. J'aurais beaucoup aimé être plus accompagné et soutenu pour mon allaitement* ».

- Patiente 6 « *Par contre pour l'allaitement ça a été un peu plus compliqué parce que je ne connaissais rien et finalement je me suis rendu compte que ma PNP avait manqué en préparation pour l'allaitement.*».

- Patiente 7 « *Et c'est vrai que là-dessus, pareil je pense qu'on pourrait avoir plus d'information sur le fait de stimuler sa lactation parce qu'on n'est pas assez informé sur la manière dont on pourrait continuer d'entretenir la lactation pour poursuivre l'allaitement* ».

Quatre nous avaient parlé du post-partum :

- Patiente 1 « *J'aurais aimé continuer à avoir un suivi en post-partum, parce qu'on est suivi de manière rapprochée pendant 9 mois puis plus rien, on se retrouve seule* ».

- Patiente 2 : « *Je trouve que je n'ai jamais entendu parlé du post-partum avant l'accouchement, jamais, jamais, jamais, à aucun moment. On part du principe qu'il y a la grossesse et le point l'accouchement, puis plus rien. Alors que pour moi c'est le « pire ». [...] A la maternité je souhaitais à tout prix rentrer, puis je suis rentrée, je me suis pris la vérité dans la tronche et j'ai pleuré pendant 2j sans comprendre pourquoi. Je ne savais pas ce qu'était le baby-blues* »

- Patiente 5 « *Pour le post-partum, je trouve que personnellement on est quand même vite laissée face à nous-même avec le bébé* ».

- Patiente 7 « *on dit que la grossesse ça dure neuf mois mais finalement le post-partum c'est considéré comme le 4^{ème} trimestre et c'est exactement ça. C'est vrai que là-dessus on n'est pas assez*

préparé, on est bien préparé à la grossesse, comment ça peut se dérouler, à l'accouchement mais c'est vrai que l'après on est quand même livré à soi-même ».

3.6.4. La sage-femme : un professionnel de choix pour accompagner les femmes

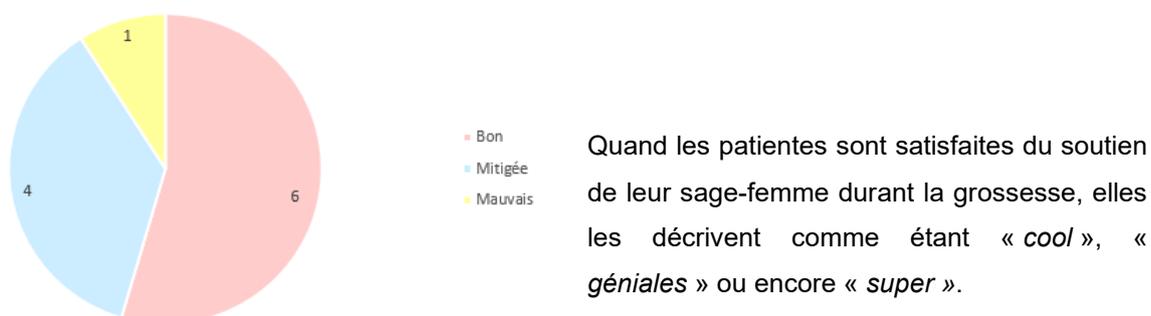


Figure 9 : Qualité du soutien de l'équipe soignante durant la grossesse

Quand elles étaient mitigées, elles nous disaient par exemple :

- Patiente 4 « *au début j'étais suivie par une gynécologue, c'était une catastrophe donc je suis allée chez une sage-femme libérale et là c'était parfait* »

- Patiente 5 « *je trouve que je n'ai pas eu assez de soutien sur mon projet d'accouchement physiologique sans péridurale* »

- Patiente 10 « *finalement à la fin de la grossesse lors des rendez-vous avec les gynécologues de la maternité je me suis rendu compte que mon gynécologue de ville ce n'était pas autant de suivi que j'aurais dû avoir manifestement* »

Enfin parfois la grossesse a été mal vécue du point de vue du suivi, l'équipe était alors décrite comme « *chaotique [...] on ne m'expliquait rien, on me parlait en termes techniques que je ne comprenais pas, on tournait autour du pot* » (patiente 11).

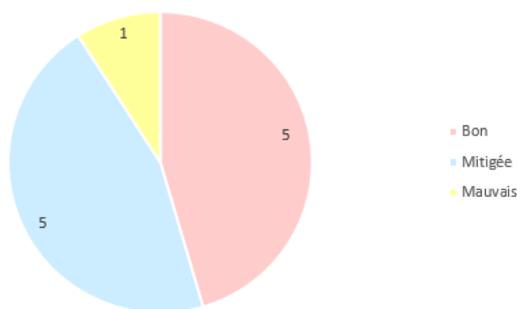


Figure 10 : Qualité du soutien des sages-femmes pendant l'accouchement

L'encadrement de l'équipe médicale à toute son importance pour améliorer davantage le vécu de cet accouchement. En effet, les patientes qui étaient satisfaites de leur accouchement décrivaient l'équipe médicale comme étant « *top malgré tout* », « *géniales, souriantes, bienveillantes, chaleureuses, à l'écoute* », « *super* » et ajoutaient pour certaines « *heureusement qu'elle était là* », « *elles m'ont beaucoup soutenu, beaucoup encouragé* ».

Parfois il arrivait cependant que l'équipe médicale ait entraîné certains regrets chez les patientes, elles nous disaient par exemple

- Patiente 4 « *j'aurais préféré être plus soutenue et encadrée pour la gestion des douleurs plutôt que d'avoir la péridurale directement [...] je me suis sentie un peu forcée parce qu'à la base je ne voulais pas de péridurale du coup j'aurais bien aimé que l'équipe m'accompagne plus pour gérer mes contractions* »

- Patiente 10 « *elle avait l'air d'être pressée de partir [...] je me suis sentie un peu seule j'aurais bien aimé qu'on m'aide un peu plus* »

- Patiente 11 « *la sage-femme m'a fait une réflexion qui m'a blessé [...] "oh madame c'est un petit bébé vous n'allez pas me dire que vous n'arrivez pas à la sortir" [...] ça a été un peu dur quoi, je me suis sentie nulle* ».

Enfin, l'accompagnement, les actes et les paroles avaient parfois un effet dévastateur sur les patientes, les rabaisant à un simple animal « *je n'étais pas un être humain, j'étais une dinde à Noël qu'on fourrait. [...] La sage-femme qui m'a accouché m'a vraiment torturé [...] Elle est arrivée, comme chez le boucher [...] il n'y a pas eu d'humain [...] c'était encore pire que ce que j'imaginai* » (patiente 3).

4. DISCUSSION

4.1. BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE

La situation sanitaire actuelle a constitué un biais non négligeable dans notre étude. En effet, de nombreuses situations ne se seraient pas produites en dehors de cette période (absence du père, préparation à la naissance par téléphone, masque...). Cette situation sanitaire a donc eu un impact important pour le vécu de certaines de ces patientes.

D'autre part, un autre biais dans notre étude a été le fait que les femmes qui ont été traumatisées par leur accouchement n'en parleront pas. C'est un principe de base du traumatisme : le principe d'évitement. Ces patientes vont alors éviter d'en parler, de revivre, de se souvenir de cet événement traumatique. Ainsi dans notre étude, la majorité des femmes qui ont témoigné, avaient un bon souvenir de leur grossesse et de leur accouchement et en parlaient avec plaisir. Une seule de ces patientes aura eu le courage de parler de cet accouchement qui l'a traumatisé et pour cela elle peut être fière d'elle.

4.2. COMPARAISON AVEC D'AUTRES ETUDES

4.2.1. Grossesse et accouchement : surmédicalisés ? traumatique ?

Au cours des siècles, nous avons pu voir une évolution du regard autour de la maternité. Au départ considérée comme la vocation « naturelle » de la femme, elle est aujourd'hui devenue un choix pour elle (notamment le choix de ne pas en avoir grâce à la contraception, l'IVG). Durant les années 70, il y a donc eu une libération de la femme. Celle-ci n'était plus vue uniquement comme une mère nourricière, femme au foyer et cela a été possible grâce au droit des femmes de travailler, grâce également à l'apparition du biberon, des petits pots ou encore des couches jetables. Dans la perspective d'une naissance désirée, la découverte de la grossesse est souvent un moment de joie et la venue au monde d'enfants a souvent été présentée comme la principale source de bonheur pour les femmes. Celles-ci ont conscience d'avoir un rôle dans le développement du caractère, des qualités physiques et morales de l'enfant avant sa naissance mais ce rôle est parfois vécu avec inquiétude, tant la responsabilité est importante. Il est difficile d'accepter dans l'imaginaire commun qu'une femme puisse ne pas aimer être enceinte. Dans notre étude, les patientes qui expriment le fait de ne pas avoir aimé être enceinte ou de ne pas s'être sentie prête à donner la vie, le font de manière très modérée et précautionneuse en pesant leur mot. A partir du moment où nous leur disons qu'il n'y a pas de honte à ressentir cela et qu'elles ne seront pas jugées pour ça, alors elles se livrent à cœur ouvert sur leur sentiment le plus profond...parfois avec un rire gêné, « *je n'aime pas être enceinte, j'ai l'impression qu'il y a un alien dans mon corps [...] je n'attendais qu'une chose, que ça se finisse* ». Parfois même, ces grossesses sont non désirées. Dans notre étude, 2 grossesses ne l'étaient pas au départ « *j'étais jeune, au lycée* » nous dit la quatrième patiente, « *j'ai mal calculé* » nous dit la onzième. En effet, si les femmes souhaitent avoir des enfants, cela ne signifie pas qu'être enceinte soit agréable. Pour beaucoup de femmes, il s'agit souvent d'une période d'anxiété liée à la peur de la douleur et de la mort où l'accouchement est évoqué de manière omniprésente comme le « moment critique », la « situation menaçante » [52-54].

Une grossesse peut être non désirée pour de multiples raisons, une famille déjà nombreuse, l'âge trop jeune ou élevé de la mère mais aussi les situations amoureuses ou financières instables [52].

Au cours du temps, il a donc été question de réduire cette part « désagréable » de la grossesse et de l'accouchement ainsi que la morbi-mortalité induite. Malgré une réduction nette la mortalité maternelle et néonatale, l'image d'une situation à risque a longtemps perduré, justifiant ainsi une médicalisation croissante. De plus, la douleur, la souffrance féminine n'est à ce jour plus vue comme une obligation et il est légitime de proposer de la soulager [52-55].

A partir des années 50 la proportion s'inverse entre accouchement à domicile et accouchement à l'hôpital. Dès lors, il y a un accroissement de la médicalisation de la naissance, les médecins sont d'abord mobilisés par le défi de la sécurité plutôt que par la préoccupation d'offrir à la mère une expérience intime profonde, confortable et débarrassée de la souffrance. Ainsi c'est dans les années 90, que des mouvements vont se former pour la mise en place d'espaces qui visent à un accompagnement global, intégrant certes l'intervention médicale si elle est nécessaire, mais aussi la transmission d'une expérience humaine, le soutien social et psychologique. Ainsi réintégrer le temps de la relation humaine tout au long de cette période est l'un des objectifs du plan périnatalité 2005-2007 intitulé « Humanité, proximité, sécurité, qualité ». Les femmes souhaitent aujourd'hui revenir à des choses naturelles et que nous les accompagnons pour cela [53-55].

Progressivement de nouvelles avancées paraissent nous conduire vers un accompagnement plus humain sans que cela se fasse nécessairement au détriment de la sécurité. Les patientes, de leur côté, expriment plus clairement leurs souhaits ou même leurs exigences pour l'accouchement, et écrivent pour certaines d'entre elles un projet de naissance la plupart du temps centré sur l'accouchement souvent source d'inquiétudes. Il constitue une excellente base de départ puisque, en incitant les parents à le remplir assez tôt, nous pouvons mieux les informer en amont et expliquer quelles demandes sont peu réalistes, ce qui est possible sans danger ou ce qui ne l'est pas [54, 55].

Malheureusement, par souci d'efficacité et de rapidité, le contexte hospitalier et médical met peu en avant la liberté des patients et entraîne au contraire une standardisation des méthodes. Les femmes sont très vulnérables à ce moment-là et la peur de la douleur et de l'incontrôlable s'inscrit dans une société de consommation où tout se règle rapidement et où souffrir est inacceptable. Pourtant la médicalisation des dernières années ne profite plus à la santé périnatale puisque les chiffres de morbi-mortalité stagnent. Toutes ces techniques de médicalisation (péridurale, instruments, déclenchement, césarienne) conduisent à une perte de contrôle de la mère/du couple et donc à une diminution de la confiance de la femme en ces propres capacités/ressources. Elles ont aussi tendance à augmenter le stress de la femme et du couple (branchement à des machines, rythme cardiaque fœtal en continu, interventions chirurgicales redoutées) ; le désir de rapidité du personnel, justifié par des horaires chargés et par souci d'efficacité dans les hôpitaux, met ainsi une pression évidente sur la mère. Le fait pour la mère d'être entourée des gens qu'elle aime, notamment le père, lui donne le sentiment d'être soutenue et accompagnée émotionnellement dans cet événement. Le toucher physique, notamment à travers des massages, rassure la femme, diminue la douleur et permet dans un même temps de renforcer le père dans un rôle actif et valorisant. A l'issue de notre étude, nous constatons que la qualité du soutien apporté par le conjoint est primordiale pour le vécu des patientes puisque 8 patientes sur 11 estiment que leur conjoint a fait « *tout ce qu'il fallait* », était « *génial* » voire qu'elle n'y « *serais pas arrivé sans lui* ». Tandis que la patiente qui n'a pas pu avoir son mari auprès d'elle du fait de la situation sanitaire exprime clairement le fait que « *sans lui c'était compliqué* ».

D'autre part, l'état psychologique de la mère joue un grand rôle dans l'interaction avec son bébé : une déception à la suite d'un accouchement qui ne s'est pas déroulé selon ses espoirs ou encore une dépression post-partum la rendent moins disponible à son enfant. Il paraît donc évident qu'un accouchement traumatique, un accompagnement défaillant, risque d'entraîner des conséquences irrémédiables sur la relation mère-enfant. C'est notamment le cas dans notre étude où la patiente ayant vécu un accouchement traumatique a eu plus de difficultés à créer du lien avec son enfant [55, 56].

Le baby blues semble devenir de plus en plus fréquent, surtout parmi les primipares, écrasés par leurs nouvelles responsabilités, il faut alors les écouter, les assister. Mais ce n'est pas le seul problème des suites de couches ; le corps de la femme est source de préoccupation pour elle et peut majorer le baby-blues voire la dépression du post-partum en diminuant la confiance de la femme en elle-même [55].

Bien entendu, nous ne contestons pas ici le recours à des interventions intensives pour les accouchements problématiques. Depuis des siècles, des interventions comme la césarienne permettent de sauver des mères et leur nouveau-né, la médicalisation peut donc être d'un grand secours [55, 56].

4.2.2. Relation au nouveau-né

La naissance n'est ainsi pas toujours l'heureux événement, la « délivrance » que nous imaginions. Au moment de la naissance, le rêve, les représentations, les attentes se heurtent alors au réel. Si le nouveau-né ne correspond pas à ce que c'était imaginé ses parents alors il peut y avoir un délai d'adaptation, un temps permettant au couple de renoncer à l'enfant parfait avant de pouvoir créer un lien avec cet enfant réel. Le temps de séjour à la maternité très court fait que la mère peut vraiment se retrouver toute seule et fragilisée avec son bébé. D'autre part, l'entrée en parentalité réactive les conflits infantiles avec ses propres parents : elle oblige à des réaménagements psychiques et affectifs pour répondre aux besoins de son enfant de façon adéquate et oblige à se repositionner par rapport à ses propres parents. En effet, nous avons pu remarquer dans notre étude que lorsque la patiente a une relation conflictuelle ou est en rupture avec sa mère, elle va plus facilement utiliser le registre de la protection et du non-abandon pour parler de son bébé « *il s'agit de la chair de sa chair, je ferais tout pour elle, et je lui donnerais tout ce que je n'ai pas pu avoir* », « *j'ai besoin de le protéger* » contrairement aux autres qui utilisent d'emblée le registre de l'amour, de l'attachement. Cependant, ces rendez-vous manqués de début de vie ne déboucheront pas forcément sur une vie ratée. Les rattrapages sont possibles, l'être humain a des ressources pour affronter et intégrer les aléas d'une telle rencontre, il tissera des liens si nous avons pris le temps de le laisser parler, de l'écouter, de le rassurer et l'encourager [57].

Comme nous avons pu le voir précédemment, le premier contact, le premier regard est indispensable pour le développement futur du lien mère-enfant. D'après Vincent C, le peau à peau est initialisé massivement après la naissance (75% des cas) mais s'interrompt rapidement pour une majorité de nouveau-nés (71% dans la première heure) afin d'effectuer ses premiers soins. Les soins de routine sont pratiqués pour un grand nombre avant la première mise au sein notamment la désobstruction des voies aériennes supérieures (80% des cas). D'autre part, les sages-femmes proposent une aide à la mise-au-sein dans 65 à 70% des cas dans la première heure contre seulement 10% au-delà de

1h30. Ainsi pour certaines sages-femmes, les soins néonataux ne sont réalisés qu'à la fin du séjour en salle de naissances (20%), laissant apparaître la faisabilité d'un temps plus long de rencontre entre la mère et son enfant. Dans notre étude, 9 patientes avaient pu faire du peau-à-peau mais toutes avaient été interrompu avec la réalisation des premiers soins dans la première heure. Nous nous rendons alors compte qu'il y a des progrès à faire à ce niveau-là, pour améliorer la prise en charge du couple mère/enfant. Cet élément est un point important du label IHAB (interaction précoce, une heure, allaitement maternel, bien-être du bébé) qui se bat pour favoriser la mise en place du lien précoce entre la mère et son enfant [58].

D'après Bieber E, à la suite d'une césarienne, pour les mères ayant pu avoir un contact avec leur nouveau-né, celui-ci a durée en moyenne 34 secondes avant d'être emmené pour les premiers soins. Par la suite, seuls 64% des nouveau-nés seront de nouveau amené à la mère. Après cette deuxième présentation, les femmes sont séparées de leur nouveau-né dans 100% des cas, ceux-ci sont placés en incubateur, dans une salle avec leur père s'il est présent. Le peau à peau n'était proposé à aucun d'entre eux et seulement 27% avait eu la possibilité de donner eux-mêmes le biberon à leur nouveau-né. Dans cette étude, 86% des nouveau-nés placés en incubateur avait été amené à leur mère pour qu'elle le voit. Cela n'est pas fait ou alors très rarement en Moselle (au CHR Metz-Thionville seule 2% des patientes ont pu voir leur nouveau-né en incubateur en SSPI en 2020), en effet dans notre étude, les deux patientes ayant eu une césarienne n'ont pu voir leur nouveau-né lorsqu'elles étaient en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI). D'autant plus au vue de la situation actuelle donnant alors l'impression aux femmes de ne pas être mère, de ne pas avoir accouché « *je ne me suis pas sentie mère* », « *j'avais l'impression de ne pas avoir accouché* ». Il apparaît alors évident qu'il reste des progrès à faire à ce niveau en Moselle, notamment en permettant aux femmes de voir ou même pouvoir faire du peau-à-peau et une première mise au sein en SSPI. Ce qui semble largement admis et séculaire dans d'autres lieux [59].

Les soins maternels sont indispensables dans la maturation physique et psychique du bébé. En effet, s'il naît avec de multiples compétences, le nourrisson a besoin, pour les révéler, les exercer et les développer, d'un contexte relationnel favorisant, à la fois contenant et stimulant. Mais une mère sans enfant, cela n'existe pas non plus. Si les idéaux sociaux qui façonnent son imaginaire depuis sa plus tendre enfance, les bouleversements hormonaux et physiologiques qui métamorphosent son corps pendant la grossesse, la préparent à devenir mère, c'est seulement dans la rencontre avec le bébé réel qu'elle accède au sentiment de maternalité. Un nourrisson gratifiant fait naître le sentiment d'être « la bonne mère d'un bon bébé ». Ainsi le bébé crée la mère autant que la mère crée le bébé [60].

4.2.3. Perception de soi

Une autre difficulté du post-partum, outre la création du lien mère-enfant est l'acceptation de son nouveau corps. Dans notre étude, en comparant leur IMC à leur perception d'elle-même, 7 patientes avaient une vision d'elle-même concordant à leur IMC, deux patientes hésitent entre deux tailles (la leur ou celle du dessus) enfin deux patientes se voient plus fortes que leur IMC réel. Ainsi globalement, l'image qu'ont les femmes d'elle-même reste plutôt concordant avec leur IMC ou bien se trouve juste au-dessus, sans qu'il n'y ait un écart trop important.

Selon Colombini G. et Bardy A. les patientes interrogées mettent toutes sans exception en avant la difficulté à accepter leur corps après l'accouchement. Sans forcément parler de chiffres précis sur la balance, c'est leur regard sur elle-même qui change, elles décrivent des sentiments violents envers elle-même : la honte, le dégoût, la peur. Nos patientes nous ont confié « *c'est dur* », « *je suis dégueulasse* », « *ce n'est plus mon corps* ». Il s'est avéré qu'il s'agissait, chez 8 de nos patientes, du point sur lequel la grossesse et l'accouchement avait le plus gros impact psychologique avec un sentiment de perte de confiance en soi, de diminution de l'estime de soi chez les femmes voire la mise en place d'un comportement de défense visant à mettre ce sujet de côté, à ne pas y penser ou à le masquer derrière autre chose : « *aujourd'hui quand je me regarde dans la glace, je ne suis plus dans le corps que j'aime, je n'ai plus confiance en moi* », « *je n'ai pas confiance en moi c'est sur et je ne me trouve pas jolie. J'essaie de faire un peu plus d'efforts et je me dis que je peux être jolie quand même si je m'apprête mais mon corps non quoi* », « *mon corps a un impact sur l'estime de moi-même comme un peu tout le monde je pense. Au niveau des vêtements il faut s'adapter, quand on a des beaux vêtements on se sent plus en confiance donc là avec le corps c'est un peu pareil* » ou encore « *ça a un impact sur ma confiance en moi alors que d'habitude non mais j'avoue que là j'ai mal* ». Seules 3 nous confiaient se sentir mieux car elles avaient perdu du poids : « *aujourd'hui je me sens bien comme ça, je ne voudrais pas faire un 38-40, ça n'irait pas avec ma personnalité quoi. Je suis une bonne vivante, je voudrais juste perdre un peu de ventre* », « *pour le moment mon corps ne me pose pas de problème mais j'aimerais bien reprendre une pratique sportive pour profiter de ma perte de poids et continuer dans cette lancée* ». Malgré toutes les difficultés engendrées par les changements corporels dans cette période délicate qu'est le post-partum, le bien-être de l'enfant reste bien sûr au centre du discours des nouvelles mamans et les considérations corporelles passent finalement au second plan. C'est ce qui ressort également de notre étude « *j'ai donné la vie c'est le plus important* », « *je n'y pense pas je le mets de côté* », « *j'ai un corps confortable pour un bébé* ». Dans l'étude d'Aranud M., nous remarquons que bien souvent les gênes liées au corps sont issues des pensées des femmes plutôt que des discours ou des regards de l'entourage.

Malgré tout, la préoccupation principale des femmes, c'est le bien-être de leur enfant, devant celle de la prise de poids et du sommeil. C'est la préoccupation maternelle primaire, décrit par Winnicott, elles sont toutes entièrement dévouées à leur nouveau-né et mettent leur propre sentiment de côté [61,62].

Actuellement seule 24% des femmes enceintes pratiquent une activité physique. Dans notre étude, aucune de nos patientes n'avait pratiqué d'activité sportive pendant sa grossesse et n'avait démarré d'activité physique en post-partum malgré parfois l'envie. Elles nous confient « *je voulais retourner à la salle mais elles ont fermé* », « *je ne suis pas motivée à en faire toute seule* ». Il existe une grande carence d'informations à ce sujet de la part des médecins, de la littérature et un manque de documents d'informations. Récemment cependant, un document du Ministère des Sports est paru afin de promouvoir cette activité physique mais il reste pour le moment peu connu du grand public. De plus, il y a beaucoup d'idées fausses à ce sujet, attribuer une complication obstétricale au simple fait de pratiquer une activité physique sportive est un raccourci facile et courant. Le sport est ainsi vécu comme un danger pour la grossesse qu'il ne faut surtout pas prendre le risque de pratiquer... Malgré toutes ces idées fausses, il existe de nombreux bénéfices connus et reconnus pendant la grossesse : elle diminue le risque de faire un diabète ou un hypertension gestationnels, des lombalgies et de

prendre trop de poids, elle améliore l'humeur et l'estime de soi, elle n'est pas préjudiciable pour le fœtus et influencera cet enfant dans sa pratique sportive future. Le post-partum qui, comme nous l'avons vu, peut-être une période critique pour la maman qui est fatiguée, épuisée, très occupée semble être mieux vécu chez la femme qui a pratiqué une activité sportive pendant sa grossesse et la perte de poids et la récupération physique plus rapide. Malgré tous ces bénéfices, il existe toujours des difficultés à la prescription et l'accompagnement à l'activité physique et sportive pendant la grossesse. D'une part car la grossesse devient une pathologie surmédicalisée accompagnée d'un entourage surprotecteur parfois néfaste. D'autre part, les idées fausses restent un frein important. De nos jours, la sédentarité fait partie de notre quotidien et les modifications comportementales deviennent de plus en plus difficiles à effectuer notamment pendant la grossesse. Pendant la grossesse, il existe donc deux types de patientes, la sportive habituelle qui continuera le sport naturellement pendant la grossesse et la non-sportive qui n'envisagera même pas une activité sportive. En complément de toutes ces difficultés et malgré un conseil médical clair, précis et applicable, le manque de temps (lié à la profession, à l'organisation familiale) pour la patiente semble rester un frein évident pour adopter une pratique sportive régulière. La grossesse paraît être un moment idéal pour effectuer des modifications comportementales chez ces femmes qui souhaitent le meilleur pour leur enfant (arrêt du tabac, pratique de sport). La sage-femme semble être une interlocutrice de choix pour cela, des cours destinés aux femmes pourraient être proposées et les professionnels du sport devraient être formés. Les bénéfices maternels du sport durant la grossesse et le post-partum sont ainsi des éléments qui permettent de redonner à la patiente enceinte son statut d'individu, de femme et non plus uniquement de mère voire « d'incubateur ». Elle fait du sport parce que c'est bon pour ELLE [63, 64].

4.2.4. Relation conjugale et sexualité

Le conjoint a un rôle indispensable à jouer sur cet impact psychologique du corps chez la femme, en effet dans notre étude 10 patientes nous confiaient « *il me rassure* », « *il me dit que je suis belle* », améliorant ainsi leur estime d'elle-même.

Nous avons pu voir au début de ce mémoire, que dans le post-partum, la bulle dans laquelle se trouve la dyade mère-enfant laisse peu de place au père. Il est donc plutôt rare de connaître réellement la place qu'ont les pères durant cette période. Ainsi, cette dyade doit se trianguler dans un second temps, c'est ce que soulignait Winnicott en émettant l'idée que c'est le nouveau-né qui fait de la mère une mère mais que c'est la mère qui fait du père un père en lui laissant sa place. Il s'est avéré dans notre étude que pour huit des onze patientes, ce conjoint était un soutien non négligeable, une épaule sur laquelle s'appuyer à chaque moment de doute, de faiblesse... mais également une personne ressource, une figure d'attachement primaire aussi importante que la mère pour cet enfant qui découvre le monde : « *il est parfait pour moi, il est investi, mentalement il m'aide beaucoup, je n'ai rien à lui reprocher, c'est un papa et un homme formidable, j'ai énormément de chance* », « *il m'aide beaucoup, me décharge en fin de journée, il prend le relai en rentrant du travail* », « *j'ai un peu de mal à comprendre ses pleurs de faim alors que mon mari y arrive très bien, alors je m'appuie sur ce qu'il me dit* ». Enfin pour deux patientes, l'implication du conjoint a été plus compliqué, pour l'un il s'agissait d'une difficulté de compréhension des besoins de son enfant, pour l'autre d'un désintérêt total de l'enfant de sa conjointe qui n'est pas de lui : « *il a eu du mal au début parce que quand il rentrait le*

soir le petit pleurait et ça il a eu beaucoup de mal à comprendre que c'était tous les bébés, il pensait que c'était parce que son fils ne l'aimait pas ou parce que qu'il ne le voyait pas assez » et « mon compagnon ne s'intéresse pas à la petite. Cela n'est pas forcément source de conflit mais il y a un désintérêt complet de sa part, c'est comme-ci elle n'était pas là pour lui ».

Lorsqu'un enfant paraît, tout change, c'est une véritable révolution. D'après Floquet A. 64% des couples ont une entente identique ou meilleure à celle d'avant grossesse, il semblerait donc qu'il n'y ait pas véritablement de bouleversement au sein du couple pendant la grossesse. Le délai moyen de reprise des rapports sexuels est d'environ 3 mois après l'accouchement (69%). Dans son étude, nous pouvons voir que 2 % des femmes interrogées appréhendent la reprise d'une activité sexuelle, soit par peur de ne pas avoir les mêmes sensations et le même plaisir qu'avant l'accouchement, soit par peur de la douleur de la cicatrice. Par conséquent il semble qu'un périnée cicatriciel et un accouchement voie basse ont des répercussions sur la reprise d'une sexualité [65].

Dans l'étude de Jalabert A. 16% des couples n'avait pas repris de rapports à 14 semaines du post-partum pour différentes raisons : la fatigue (48%), la peur de la douleur (48%), le manque de désir (36%), ou encore l'allaitement, les saignements, le stress et l'attente d'une contraception. La moyenne du délai de reprise de la sexualité est de 4 à 8 semaines après l'accouchement. Au moment de l'étude, 100% des femmes ayant un périnée intact avait repris une activité intime contre environ 87% de celles ayant eu une déchirure ou une épisiotomie. Il est important d'ajouter que nous notons la présence de rapports sexuels sans pénétration avant les rapports sexuels avec pénétration dans 60% des cas. Pour la reprise, 84% des femmes ont estimé que leur homme été compréhensif et/ou doux. Enfin 80% avaient des craintes quant à la reprise des rapports sexuels et ont cité la douleur comme cause principale [66].

Selon Toesca C., chez les patientes ayant repris une activité sexuelle, 51% avaient accouché par voie basse spontanée, 22% par voie basse instrumentale et 27% par césarienne. L'état périnéal ne semblerait pas influencer la reprise ou non des rapports de manière significative contrairement à ce que disent les deux précédentes études. Pour notre part nous serions plutôt d'accord avec cette étude, la moyenne du délais de reprise ne varie pas que le périnée ait été intact ou non, par contre les appréhensions varient. Selon Toesca, 99% des patientes ayant repris une activité sexuelle avouaient avoir une appréhension à la reprise de cette activité, 64% à cause du périnée, 58% par crainte de la douleur et enfin 44% qui avait une mauvaise image de leur corps. Par ailleurs, parmi les 59 femmes ayant repris les rapports sexuels, 49 trouvaient que leur conjoint avait été doux et 22 ont déclaré que leur partenaire avait été compréhensif [67].

Ces trois études, tout comme nous, s'accordent à dire que la fréquence des rapports ainsi que le désir des femmes sont diminuées dans le post-partum, que la décision de reprise est commune aux deux partenaires (45% à 75% selon les études) et rarement uniquement du ressort de la femme (5 à 7% seulement). C'est également ce qui ressort de notre étude, 7 femmes sur 11 ont repris par décision commune et une seule reprise était voulue uniquement par la femme.

Dans notre étude, la moyenne de reprise se situent entre 4 et 8 semaines tout comme celles de Jalabert. Pour ce qui est de l'appréhension à la reprise et du comportement du conjoint, nous serions

plutôt de concert avec les études de Jalabert et Toesca, la grande majorité avait une appréhension à la reprise (91% des cas) et 10 patientes sur 11 ont trouvé leur conjoint compréhensif et patient.

4.3. LA SAGE-FEMME : UN ACCOMPAGNANT DE CHOIX POUR AMELIORER CE VECU

4.3.1. Préparation à l'accouchement et au post-partum

Aujourd'hui après une hausse de la médicalisation de l'accouchement, les femmes changent de mentalités et souhaitent pour certaines revenir à des choses plus naturelles, physiologiques et parfois essayer d'accoucher sans l'aide de la péridurale. Nous l'avons vu dans cette étude, de nombreuses patientes ont évoqué un manque d'accompagnement à la gestion du travail et notamment des contractions utérines. Avec l'essor de la péridurale (en réponse bien évidemment à une demande des patientes), les sages-femmes ont perdu cette fonction « d'accompagnante » à la gestion des contractions utérines. Il apparaît alors pertinent de permettre à nouveau aux femmes qui le souhaitent d'accéder à un accompagnement de qualité à la gestion du travail « naturel ». Et cela commence déjà par la préparation à la naissance. En effet, de nombreuses méthodes existent pour aider une femme pendant le travail, notamment la méthode De Gasquet, la méthode Bonapace ou encore la sophrologie ou le yoga, permettant aux femmes de gérer les contractions par la respirations, les postures, les massages.... Plus le nombre de sages-femmes formées à ces pratiques sera grand, plus l'accompagnement des femmes sera de meilleure qualité et en adéquation avec les souhaits de chaque femme. [68, 69].

D'autre part, à l'issu de ces entretiens, nous nous rendons compte que le post-partum reste la période la plus difficile à gérer pour les patientes n'ayant, pour la plupart, pas eu d'informations cette période. En France, 7 séances de préparation à la naissance sont remboursées par la Sécurité Sociale, elles permettent de préparer les couples à la naissance et à l'accueil de leur enfant. La préparation à la naissance dite classique aborde de nombreux thèmes comme la valise de maternité et l'environnement du nouveau-né, les signes pour aller à la maternité, la gestion des contractions utérines, l'accouchement, les complications de l'accouchement ou bien l'alimentation du nouveau-né (sein ou biberon). Nous nous rendons alors vite compte que le post-partum n'est pas abordé ou alors très succinctement au cours de ces séances. Au vu des retours des patientes, il apparaîtrait donc pertinent de dédier une partie d'une séance à ce post-partum (l'expression post-accouchement pour vérifier l'involution utérine, les saignements, les pleurs de bébé, le repos, le baby-blues...) afin de préparer ces femmes à ce post-partum mis de côté et pourtant si important pour elle [70,71].

4.3.2. Améliorer le vécu grâce au « naturel » et aux nouvelles technologies

Une autre idée qui ressort de nos entretiens est que la césarienne reste l'une des raisons principales pour lesquelles l'accouchement pourrait être mal vécu. Les patientes nous disent « *c'était brutal* », « *je n'étais pas prête* ». Ainsi avec le temps, il a été question d'améliorer le vécu des patientes ayant des césariennes. Pour cela, une équipe hospitalière de Londres a développé le concept de césarienne naturelle. Elle est réalisée avec le même niveau de sécurité que ce que nous connaissons en France, mais pendant l'intervention, nous nous attachons à améliorer l'environnement physique ou humain, à supprimer les gestes ou moyens non indispensables, à donner une vraie place au père. En pratique, la maman n'est pas attachée sur la table d'opération, nous évitons de placer des capteurs ou un tensiomètre sur ses bras pour qu'elle bouge librement et puisse participer à l'accueil de son bébé, son

compagnon est présent auprès d'elle, nous utilisons un champ opératoire classique, ou transparent pour certaines équipes. Une fois l'expulsion complète réalisée, nous posons directement le bébé contre sa maman en peau à peau, au niveau de sa poitrine, où il sera couvert et réchauffé, le papa peut couper le cordon, il profite ainsi de son enfant avec sa compagne et ils peuvent partager ensemble ces premiers instants. Si la maman le souhaite, le bébé peut être mis au sein pendant la suture si l'état de l'enfant le permet. Cela permettrait d'améliorer le vécu physique et psychique de la césarienne [54].

De nos jours, grâce à l'essor des nouvelles technologies et notamment la réalité virtuelle, il est dorénavant possible d'améliorer le vécu des patientes pendant une césarienne. La réalité virtuelle consiste en une technologie informatique qui simule la présence physique d'un utilisateur dans un environnement artificiellement généré par des logiciels. Elle crée un environnement avec lequel l'utilisateur peut interagir, avec la possibilité de reproduire artificiellement une expérience sensorielle, qui peut inclure la vue, le toucher, l'ouïe et l'odorat [72, 73]. Grâce à cette technologie, il est maintenant possible de préparer les femmes à une éventuelle césarienne, en les plongeant grâce à ce casque dans une salle de bloc opératoire où elles vont pouvoir voir le déroulé de celle-ci de l'entrée au bloc à la sortie du nouveau-né, en passant par l'anesthésie ou encore les préparatifs pré-incision. Cela permet de diminuer l'anxiété des patientes vis-à-vis d'une césarienne qui reste encore dans l'esprit de nombreuses source d'angoisse, de peur, de sentiment d'échec, de culpabilité. La réalité virtuelle peut également être utilisée à la suite de la césarienne pour limiter la séparation mère-enfant. La Polyclinique Jean-Villard de Bruges a mis en place cette technologie, après avoir reçu les premiers soins, le nouveau-né est mis dans une salle avec son père à côté d'un téléphone pour les filmer ; de son côté, la maman porte un casque de réalité virtuelle en salle de réveil et peut donc suivre, presque comme si elle y était, les premiers instants de son bébé [74,75].

Cette nouvelle technologie peut également être utilisée en dehors d'une césarienne notamment pour aider à la gestion des contractions utérines. Par le biais de son casque la patiente va être plongé dans un environnement apaisant, lui permettant de détourner son attention de la douleur et de l'hôpital. Son utilisation peut ainsi être poursuivie jusqu'à la pose d'une anesthésie si celle-ci est souhaité par la patiente ou encore jusqu'à l'accouchement si la patiente à l'aide de son casque y arrive [76,77].

Certes il s'agit de nouvelle technologie, encore peu connue du grand public et coûteuse qu'il faudra tester mais elle n'en reste pas moins pertinente et mérite que nous nous y intéressions de plus près, qu'on la teste et la développe si elle apparaît comme pertinente et utile. Elle pourrait servir à de nombreuses femmes, celles qui sont anxieuses, angoissées, celles pour qui la péridurale n'est pas possible ou tout simplement celles qui souhaitent accoucher sans péridurale.

4.3.3. Pendre le temps de la discussion

L'incompréhension, l'impression d'avoir été spectatrice de son accouchement peuvent également engendrer un mauvais souvenir voire un traumatisme lié à l'accouchement. Il semble donc important de garder un temps afin de réexpliquer ce qu'il s'est passé, pour quelle raison tel acte a été effectué etc. Du fait d'un manque de personnel, d'une activité intense, ce temps d'échange sur l'accouchement reste très peu effectué par les équipes hospitalières. Hors il semble indispensable de rééquilibrer les professionnels de santé et la charge de travail afin que le métier de sage-femme redevienne humain

plus que technique et que le vécu de certaines patientes s'améliore par le simple fait de leur avoir expliqué ce qu'elles n'avaient pas compris, de les rassurer. Certes le temps d'échange, de discussion, de réassurance et d'écoute des patientes n'est pas un « acte » côté dans la tarification à l'activité mais il n'en reste pas moins important voire primordial dans la prise en charge de celle-ci. Nous nous rendons compte par le biais de notre étude que les patientes qui ont mal vécu leur grossesse ou bien leur accouchement expriment à chaque fois et sans exception un manque d'informations, d'explications de la part des équipes « *un simple mot, une simple phrase aurait pu tout changer* ». Il nous paraît alors évident que même si un accouchement ne se déroule pas comme prévu, son vécu serait amélioré par la simple compréhension de ce qu'il se passait. Ainsi l'humain doit redevenir le point clé de la prise en charge maintenant que la technique est maîtrisée.

4.3.4. Renforcer le suivi post-partum à domicile

Un autre point clé de cette étude a été le post-partum, période trop souvent oubliée selon les patientes qui avaient le sentiment que l'accouchement était le point clé, culminant puis qu'il n'y avait plus rien ensuite. Hors la période du post-partum reste dans la maternité l'instant le plus à risque d'un point de vue psychologique du fait de la chute des hormones, de la fatigue, du stress, du changement de vie... De nos jours, les patientes sortent de plus en plus tôt de la maternité, bien souvent avant la fameuse période du baby-blues (qui survient entre 3 et 10j post-partum en moyenne), elles se retrouvent alors seule chez elle sans comprendre ce qu'il leur arrive, avec leurs pleurs qui surviennent n'importe quand et sans forcément comprendre pour quoi. Deux visites à domicile sont prévues par le PRADO et effectuées après le retour à domicile généralement au cours de la première semaine (en moyenne dans les 48h suivant la sortie de maternité puis la deuxième 48h après cette première visite). En plus de cela, deux entretiens post-natals sont prévus entre J8 et la visite post-natale, ils sont remboursés à 100% pendant les 12 premiers jours de vie de l'enfant et à 70% au-delà. Cependant, seules les deux visites à domicile sont réalisées dans la première semaine de vie dans un but toujours plus médical que psychologique, elles visent à surveiller la cicatrisation, les pertes sanguines et l'involution utérine de la patiente, surveiller l'alimentation et surtout la bonne prise de poids du nouveau-né...il reste alors ensuite peu de temps pour l'ensemble des questions que se posent une jeune maman. Puis les deux autres entretiens post-natals ne sont pas réalisés, ou alors très rarement, après ces deux visites, les patientes se retrouvent seules avec leur questionnement jusqu'à environ 6-8 semaines du post-partum, moment de la visite post-natale. Malheureusement parfois le baby-blues se prolonge, pour se transformer en dépression du post-partum vers environ 1 mois, période durant laquelle les patientes ne sont plus suivies. Il semblerait donc pertinent d'effectuer ces deux entretiens, pourtant prévu au départ par le service de l'Assurance Maladie, afin de répondre à leur question, de les rassurer dans leur fonction de mère, de les réorienter si une dépression est dépistée [78].

4.3.5. Prise en charge de l'état de stress post-traumatique

Dans la grande majorité des cas, l'accouchement est bien vécu et les patientes en garde un bon souvenir malgré parfois quelques difficultés ou un baby-blues. Malheureusement pour certaines, ce n'est pas le cas, en effet actuellement, entre 2 à 10% des femmes présentent un état de stress post-traumatique du post-partum selon les études et un tiers des femmes présentent des symptômes cliniquement significatifs d'ESPT [49, 51, 79].

De nombreux moyens sont à ce jour disponible et efficace pour le prendre en charge : thérapies comportementales et cognitives conçues pour aider les patients à mieux gérer leurs problèmes en modifiant leur façon de penser ou de se comporter ou l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) qui consiste en une désensibilisation et retraitement de l'information par les mouvements oculaires [49,79-81]. Malheureusement, le simple fait d'en parler et d'imaginer à nouveau la scène en y associant des pensées positives ne suffit parfois pas à ces femmes pour réduire cet état de stress post-traumatique. Afin de surmonter le syndrome de stress post-traumatique, il sera alors nécessaire pour ces femmes de revivre une expérience similaire voire un accouchement non traumatique pour réussir à guérir [38].

C'est en continuité de cela qu'Anne Denis a développé un outil afin de traiter le stress post-traumatique lié à un accouchement, en effet elle est porteuse du projet d'étude « AccouZen ». Cet outil recrée une salle d'accouchement virtuelle afin d'immerger totalement la femme en temps réel dans l'environnement qui a développé son traumatisme. L'idée de ce projet n'est pas de faire revivre l'accouchement à la patiente mais bien de la réexposer aux stimuli qui ont créé son angoisse afin de diminuer voire de supprimer leur influence négative. Cette méthode innovante semble donc être une nouvelle alternative intéressante dans la prise en charge de l'état de stress post-traumatique suite à l'accouchement. Cette méthode permet pour le thérapeute d'avoir une diversité d'environnements d'exposition pour ses patientes et une possibilité de reprise des scénarios à l'infini, pour les patientes, cette méthode permet une exposition facilitée par l'immersion, une personnalisation de leur séance et un respect de leur intimité [82, 83]. Cette méthode est en cours d'étude et les résultats d'une première cohorte vont être publiés dans les prochaines semaines et semble encourageant.

5. CONCLUSION

Ainsi, cette étude confirme l'hypothèse qu'un accouchement peut être mal vécu voire traumatique contrairement à l'imaginaire collectif qui le voit comme « le plus beau jour de la vie » d'une femme. En effet, trois patientes ont mal vécu leur grossesse, trois patientes ont mal vécu leur accouchement qui est même devenu un traumatisme pour l'une d'entre elle. Ce mauvais vécu peut être dû à de multiples raisons : douleur, durée, césarienne, réanimation néonatale... Dans tous les cas, peu importe la raison principale, celle-ci s'ajoute toujours à un manque voire une absence d'accompagnement de la part de l'équipe soignante alors que les patientes l'ayant bien vécu (malgré parfois des complications) expriment toujours l'idée que l'équipe soignante a été soutenante, à l'écoute et bienveillante. Il reste donc des progrès à faire à ce niveau-là pour uniformiser l'accompagnement de la part des sages-femmes. Cependant les conditions de travail peuvent parfois limiter ce temps de la relation pour ne laisser la place qu'au médical et à la technique alors qu'un simple mot, une simple phrase pourrait parfois tout changer.

Notre étude nous permet de conclure que l'accouchement a un impact sur la relation mère-enfant, puisque la seule patiente ayant été traumatisé par son accouchement a eu plus de difficultés à créer du lien avec son enfant contrairement aux autres femmes. Par contre, toujours dans notre étude, il n'a aucun impact ou en tout cas très peu sur la relation de couple qui s'en trouve identique ou renforcée dans la majorité des cas.

D'autre part, l'accouchement a un impact majeur sur la sexualité et la perception du corps. La reprise de la sexualité est, pour les patientes, source d'appréhension majeure à laquelle s'ajoute une baisse de désir. Lors de cette reprise l'apparition de dyspareunie est très fréquente ce qui entraîne une diminution de la fréquence des rapports (en plus du manque de temps et de la fatigue), avant de retrouver une sexualité identique à avant la grossesse il y a donc une nécessité de réajustement dans le couple. Du côté de la perception de soi, la grossesse a un impact sur l'image qu'ont les femmes de leur corps, elles utilisent dans le post-partum des propos difficiles, violents, dénigrants pour parler d'elles-mêmes dans la majorité des cas. Ce physique même si elles disent qu'il passe au second plan et que leur enfant prime a malgré tout un impact sur leur confiance en elle-même.

La sage-femme semblerait donc être l'interlocutrice de choix pour accompagner ces femmes. De nombreuses solutions sont possibles pour améliorer ce vécu des femmes : remettre au centre de la profession le temps de la relation, former les sages-femmes à l'accompagnement des femmes pendant le travail sans péridurale, promouvoir une activité physique tout au long de la grossesse et le post-partum une fois la rééducation périnéale effectuée... Mais surtout utiliser les nouvelles technologies disponibles notamment la réalité virtuelle pour faciliter la gestion des contractions utérines, diminuer la séparation mère-enfant lors d'un césarienne, préparer la femme en cas de césarienne programmée ou encore prendre en charge les patientes atteintes d'état de stress post-traumatique avec le projet AccouZen.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Missonnier S. Identifications, projections et identifications projectives dans les liens précoces. La partition prénatale. Le divan familial. 2008 ; 1-13.
- [2] Gauthier C. La maternalité. 9 août 2018. [En ligne]. (Consulté le 23/10/2020) ; Disponible sur : <https://raconte-moi-un-enfant.com/la-maternalite/#:~:text=Dans%20%C2%AB%20le%20myst%C3%A8re%20des%20m%C3%A8res%20%C2%BB%2C%20la,son%20enfant%20et%20ensuite%20le%20laisser%20en%20sortir.>
- [3] Drugmanne A. Le versant psychique de l'accouchement, selon la Préparation Globale à la Naissance, Méthode de Valors®. Dossiers de l'Obstétrique. Juin 2018 ; 481 : 18-24.
- [4] Barbe R. Parentalités. Revue Psychothérapies. 02 mai 2012 ; 1(32) :1-2.
- [5] Bydlowski M. Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. Revue Devenir. Fev 2001 ; 13 : 41-52.
- [6] Bydlowski M, Golse B. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. Revue Le carnet psy. Mars 2001 ; 63 : 30-3.
- [7] Toulouse S. Quand la vie naissante se raconte : la mise en récit de l'accouchement : un rite de passage. [Mémoire]. Ecole de Sage-Femme de Caen. Université de Caen. 16 oct 2013 ; 145p.
- [8] Bergeret-Amselek C. Devenir parent est un combat !. Revue Des Parents ! A quoi ç sert ?. Janv 2001 ; 39-58.
- [9] Courtinat E. La préoccupation maternelle primaire. 2015.
- [10] Missonnier S. Le premier chapitre de la vie ? nidification fœtale et nidation parentale. Revue La psychiatrie de l'enfant. 2007 ; 50 : 61-80.
- [11] Missonnier S. Psychologie clinique de la parentalité et du naître humain: Devenir parent, naître humain et être soignant à la maternité. 29 mai 2017.
- [12] Glover A-S. Le baby-blues, qu'est-ce que c'est ?. Passeport Santé. Juil 2017. [En ligne]. (Consulté le 08/04/2021) ; Disponible sur : <https://www.passeportsante.net/fr/grossesse/Fiche.aspx?doc=baby-blues-definition>
- [13] Cardenas J. Qu'est-ce que le baby-blues ? La Rédaction Doctissimo. 16 nov 2017. [En ligne]. (Consulté le 08/04/2021) ; Disponible sur : https://www.doctissimo.fr/html/psychologie/psycho_pour_tous/femme/ps_1645_baby_blues.htm
- [14] Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française. Dépression du postpartum. 2019. [En ligne]. (Consulté le 11/06/2020) ; Disponible sur : <http://www.chu-rouen.fr/page/depression-du-postpartum>
- [15] Wikipédia. Dépression périnatale. 03 mars 2020. [En ligne]. (Consulté le 11/06/2020) ; Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Dépression_périnatale

- [16] Moldenhauer J. Dépression du post-partum. Le Manuel MSD. Juin 2018. [En ligne]. (Consulté le 11/06/2020) ; Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gynecologie-et-obstetrique/soins-du-post-partum-et-troubles-associes/depression-du-post-partum>
- [17] Bastin V, Braconnier M, Tychev C. Dépression postnatale Facteurs de risque et modalités de prévention. Elsevier. 01 avril 2003 ; 64(2) :289-307.
- [18] Nonacs R, Cohen L-S. Postpartum mood disorders: Diagnosis and treatment guidelines. Journal of Clinical Psychiatry. 1998; 59:34-40.
- [19] Dayan J, Andro G, Dugnat M. Psychopathologie de la périnatalité. Elsevier. 2 Oct 2003 ; 1 : 231-44.
- [20] Université Virtuelle de Maïeutique Française. Modifications physiologiques de la grossesse. 01 mars 2011. [En ligne]. (Consulté le 24/10/2020) ; Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/modificationsphysiologiques/site/html/14.html>
- [21] Missonnier S. Grossesse, stress et psychanalyse. Un débat primordial. Revue La psychiatrie de l'enfant. Janv 2013 ; 56 : 37-66.
- [22] Lechartier-Atlan C. La grossesse « mère » de toutes les séparations. Revue française de psychanalyse. Fev 2001 ; 65 : 437-49.
- [23] Univers Psyché. La grossesse. 9 nov 2014. [En ligne]. (Consulté le 11/06/2020) ; Disponible sur : <https://univerpsyche.blogspot.com/2014/11/la-grossesse.html>
- [24] Assurance Maladie. Prado, le service d'accompagnement du retour à domicile. 14 nov 2019. [En ligne]. (Consulté le 11/06/2020) ; Disponible sur : <https://www.ameli.fr/sage-femme/exercice-liberal/services-patients/programmes-retour-domicile>
- [25] Université Virtuelle de Maïeutique Francophone. Examen de sortie et suivi de l'enfant jusqu'au 30 jours. 13 mars 2013. [En ligne]. (Consulté le 11/06/2020) ; Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-puericulture/suivi_enfant/site/html/1.html
- [26] Jean D. Séjour en maternité écourté, une tendance européenne. Le Monde. 11 juil 2014. [En ligne]. (Consulté le 11/06/2020) ; Disponible sur : https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2014/07/11/sejours-en-maternite-ecourtes-une-tendance-europeenne_4446088_4355770.html
- [27] Vautrin E, Fontaine A, Lanba P, et al. Durée du séjour en maternité après un accouchement normal : des points de vue divergents. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Fev 2000 ; 1(29) : 94-101.
- [28] Ayers S, Harris R, Sawyer A, et al. Posttraumatic stress disorder after childbirth : Analysis of symptom presentation and sampling. Elsevier. 2009 Apr 14 ; 119(2009) : 200-4.
- [29] Paroles de sages-femmes. Stress post-traumatique : La douleur à l'accouchement et en post-partum est-elle responsable ? . 19 août 2018. [En ligne]. (Consulté le 14/01/2020) ; Disponible sur :

<https://paroledesagesfemmes.com/metier-sage-femme/accouchement/stress-post-traumatique-la-douleur-a-laccouchement-et-en-post-partum-est-elle-responsable>

[30] Briex M. Syndrome de stress post-traumatique en maternité. *Revue Spirale*. 26 mars 2008 ; 45 :199-201.

[31] Bouet P.E, Deneux-Tharoux C, Maillard F, et al. État de stress post-traumatique et hémorragie du post-partum. *La lettre du Gynécologue*. Jan/fév 2013 ; 378-9 : 27-9.

[32] Minet P. Quand l'accouchement est un traumatisme. 17 nov 2016. [En ligne]. (Consulté le 18/01/2020) ; Disponible sur : <https://www.letemps.ch/societe/laccouchement-un-traumatisme>

[33] Dessureault A-M. La médicalisation de l'accouchement : impacts possibles sur la santé mentale et physique des familles. *Revue Devenir*. Janv 2015 ; 27 :53-68.

[34] Boorman R-J, Devilly G-J, Gamble J, et al. *Childbirth and criteria for traumatic events*. Elsevier. 2013 Mar 1 ; 30 : 255-61.

[35] Postpartum Support International. *Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder*. 2020. [En ligne]. (Consulté le 08/03/2020) ; Disponible sur : <https://www.postpartum.net/learn-more/postpartum-post-traumatic-stress-disorder/>

[36] Garthus-Niegel S, Ayers S, Von Soest T, et al. Maintaining factors of posttraumatic stress symptoms following childbirth : A population-bases, two-years follow-up study. *Elsevier*. 2014 Oct 4 ; 172 : 146-52.

[37] Molloy E, Biggerstaff D-L, Sidebotham P. A phenomenological exploration of parenting after birth trauma : Mothers perceptions of the first year. *Women and Birth*. 2019 Nov 19 ; 1102 :1-10.

[38] Vadeboncoeur H. L'accouchement, des impacts dont on parle peu : empowerment ou traumatisme. 25 nov 2010. [En ligne]. (Consulté le 18/01/2020) ; Disponible sur : http://www.aspq.org/documents/file/25-11-10_15h40_h-vadeboncoeur_accouchement-empowerment-ou-traumatisme.pdf

[39] Guittier M-J. Evaluer le vécu de l'accouchement. *Sage-femme pratique*. 14 mars 2018. [En ligne]. (Consulté le 11/06/2020) ; Disponible sur : <https://www.sagefemme-pratique.com/journal/article/004601-evaluer-vecu-laccouchement>

[40] Ayers S, Jessop D, Pike A, et al. The role of adult attachment style, birth intervention and support in posttraumatic stress after childbirth : A prospective study. *Elsevier*. 2013 Oct 30 ; 155(2014) : 295-8.

[41] Monforte M, Mimoun S, Droupy S. Douleurs sexuelles de l'homme et de la femme. *Association Française d'Urologie*. 5 Jul 2013 ; 23(9) : 761-70.

[42] Paquereau A. Les dyspareunies du post-partum. [Mémoire]. *Ecole de Sage-Femme René Rouchy*. Université d'Angers. 18 Jan 2011 ; 89p.

- [43] Ayers S, Joseph S, McKenzie-McHarg K et al. Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. 2008; 29(4) : 240-250.
- [44] Ayers S. Thoughts and Emotions During Traumatic Birth: A Qualitative Study. *Birth Issue of perinatal care*. 2007 Aug 17; 34(3) : 253-63.
- [45] Harris Rm, Ayers S. What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum 'hotspots'. *Psychology and Health*. 2011 Feb 24; 27(10) : 1166-77.
- [46] O'Donovan A, McLin P, Alcorn K et al. Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery*. 2014 Aug; 30(8) : 935-41.
- [47] James S. Women's experiences of symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) after traumatic childbirth: a review and critical appraisal. *Archives of Women's Mental Health*. 2015 Aug 12 ; 18(6): 761–771.
- [48] Crawley R, Wilkie S, Gamble J et al. Characteristics of memories for traumatic and nontraumatic birth. *Applied Cognitive Psychology*. 2018 July 16 ; 32(5) : 584-91.
- [49] Krings-George A. Etat de Stress Post-traumatique (ESPT) suite à l'accouchement : Nouvelles recherches et évaluations de la prise en charge avec la psychothérapie EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). [Thèse]. Ecole doctorale PIEMES. Université de Lorraine. 1 Juil 2013 ; 154p.
- [50] Geffroy-Greco G. Etat de Stress Post-traumatique lié à l'accouchement et Algies pelviennes chroniques. 6 nov 2005. [En ligne]. (Consulté le 21/01/2020) ; Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00010882/document>
- [51] Minet P. Quand l'accouchement est un traumatisme. *Journal Le Temps*. 17 nov 2016.
- [52] Berthiaud E. Grossesse désirée, grossesse imposée : le vécu de la grossesse aux XVIIIe-XIXe siècles en France dans les écrits féminins privés. *Revue Histoire, Economie et Société*. 16 Fev 2010 ; 4(28) : 35-49.
- [53] Saintôt B. Gérer toujours plus la grossesse et l'accouchement ?. *Centre Laennec*. 27 Oct 2015 ; 4(63) : 6-15.
- [54] Briex M. Vers un accompagnement plus humain de la grossesse et de l'accouchement. *Revue Spirale*. 21 Oct 2016 ; 3(79) : 183-93.
- [55] Knibielher Y. *Accoucher*. Presses de l'EHESP. 2016 ; 204p.
- [56] Dessureault A-M. La médicalisation de l'accouchement : impacts possibles sur la santé mentale et physique des familles. *Revue Devenir*. 26 Mai 2015 ; 1(27) : 53-68.
- [57] Nemet-Pier L. Rendez-vous manqués autour de la naissance. *Revue Imaginaire et Inconscient*. 29 Avril 2008 ; 2(20) : 69-78.

- [58] Vincent C. La quatrième condition en salle de naissance, c'est possible... . [Mémoire]. Ecole de sage-femme de Metz. Université de Lorraine. 2009 ; 51p.
- [59] Bieber E. Peau-à-peau...cible ! . [Mémoire]. Ecole de sage-femme de Metz. Université de Lorraine. 2014 ; 71p.
- [60] Guillemot-Mortagne F. Le lien mère/bébé : entre attachement et interactions. [Thèse]. Faculté de médecine. Université de Nantes. 2007 ; 16p.
- [61] Colombini G, Bardy A. Poids et périnatalité : vécu des patientes et des médecins généralistes sur l'abord du poids en période périnatale. [Thèse]. Faculté des sciences médicales et paramédicales. Université Aix-Marseille . 01 oct 2019 ; 63p.
- [62] Arnaud M. Le corps des femmes et leur vécu : quel impact sur l'initiation et la poursuite de l'allaitement maternel ?. [Mémoire]. Ecole de sage-femme de Brest. UFR de Médecine et des Sciences de la Santé de Brest. 13 sept 2017 ; 22p.
- [63] Delaporte S. Grossesse et sport. Des recommandations de la littérature à l'analyse de leur pertinence par enquête qualitative auprès des femmes en âge de procréer et de médecins généralistes. [Mémoire]. Ecole de Sage-Femme de Nancy. Université de Lorraine. 11 Mars 2013 ; 158p.
- [64] Bontemps G, Deshayes C, Dupuis L, et al. Je peux pratiquer des activités physiques et sportives pendant ma grossesse et après l'accouchement. Ministère Chargé des Sports. Fev 2021 ; 36p.
- [65] Floquet A. Sexualité du post-partum. [Mémoire]. Ecole de sage-femme de Nancy. Université de Lorraine. 2003 ; 97p.
- [66] Jalabert A. Devenir père et mère, et rester partenaires. [Mémoire]. Ecole de sage-femme de Metz. Université de Lorraine. 2012 ; 64p.
- [67] Toesca C. Sexualité féminine après la naissance d'un premier enfant. [Mémoire]. Ecole de sage-femme de Nice. Université de Nice Sophia-Antipolis. 12 juin 2017 ; 84p.
- [68] Bonapace J. La Méthode Bonapace. [En ligne]. (Consulté le 31/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.bonapace.com/fr/>
- [69] Institut de Gasquet. La santé des femmes. [En ligne]. (Consulté le 31/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.degasquet.com/>
- [70] Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité. 01 nov 2005. [En ligne]. (Consulté le 31/03/2021) ; Disponible sur : Haute Autorité de Santé - Préparation à la naissance et à la parentalité ([has-sante.fr](https://www.has-sante.fr))
- [71] Assurance Maladie. Devenir parents. 02 janv 2021. [En ligne]. (Consulté le 31/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.ameli.fr/moselle/assure/sante/themes/grossesse/preparation-parentalite>
- [72] Fuchs P, Davis E, Wagner J, et al. Réalité virtuelle. 16 déc 2019. [En ligne]. (Consulté le 18/01/2020) ; Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Réalité_virtuelle

- [73] Commissariat à l'énergie atomique et aux énergies alternatives. La réalité virtuelle. 12 déc 2017. [En ligne]. (Consulté le 19/01/2020) ; Disponible sur : http://www.cea.fr/comprendre/Pages/nouvelles-technologies/essentiel-sur-realite-virtuelle.aspx?g_2ef88056_8889_4571_ac6d_7f8771d6863c=1
- [74] Noben L, Goossens S, Truijens S, et al. A Virtual Reality Video to Improve Information Provision and Reduce Anxiety Before Cesarean Delivery: Randomized Controlled Trial. 2019 dec 18. [En ligne]. (Consulté le 19/01/2020) ; Disponible sur : <https://mental.jmir.org/2019/12/e15872/>
- [75] La Maison des Maternelles. Césarienne : un casque de réalité virtuelle. 09 juil 2019. [En ligne]. (Consulté le 01/04/2021) ; Disponible sur : <https://www.lamaisondesmaternelles.fr/article/cesarienne-un-casque-de-realite-virtuelle>
- [76] Paroles de sages-femmes. La réalité virtuelle pour gérer la douleur des contractions. 27 oct 2019. [En ligne]. (Consulté le 19/01/2020) ; Disponible sur : <https://paroledesagesfemmes.com/metier-sage-femme/accouchement/la-realite-virtuelle-pour-gerer-la-douleur-des-contractions>
- [77] Labbe P. Un casque de réalité virtuelle pour faciliter l'accouchement. 30 déc 2016. [En ligne]. (Consulté le 19/01/2020) ; Disponible sur : <https://www.realite-virtuelle.com/accouchement-realite-virtuelle-3012/>
- [78] Assurance Maladie. Après l'accouchement : le retour à la maison. 01 fév 2021. [En ligne]. (Consulté le 02/04/2021) ; Disponible sur : <https://www.ameli.fr/moselle/assure/sante/themes/accouchement-nouveau-ne/suivi-domicile>
- [79] Denis A. Etat de stress post-traumatique (ESPT) et accouchement. [Thèse]. Université de Toulouse 2. 2008 ; 203p.
- [80] Benzakour L, Epiney M, Girard E. Etat des connaissances sur le trouble de stress post-traumatique du postpartum. Revue Medicale Suisse. 2019 ; 615(15) :347-350.
- [81] WordPress. Faire une thérapie cognitivo comportementale. 6 oct 2018. [En ligne]. (Consulté le 27/02/2020). Disponible sur : <http://therapiecognitivocomportementale.fr/>
- [82] Denis A. Quand la réalité virtuelle vient en aide aux femmes traumatisées par l'accouchement. Université Savoie Mont-Blanc. 16 mai 2018. [En ligne]. (Consulté le 19/01/2020) ; Disponible sur : <https://www.univ-smb.fr/2018/05/16/quand-la-realite-virtuelle-vient-en-aide-aux-femmes-traumatisees-par-laccouchement/>
- [83] Denis A. AccouZen. Mars 2021. [En ligne]. (Consulté le 02/04/2021) ; Disponible sur : <https://www.accouzen.fr/>

ANNEXES

Annexe 1 : Lettres d'informations transmises aux sages-femmes libérales afin de les distribuer à leurs patientes éligibles.

Annexe 2 : Guide d'entretien semi-directif à destination des patientes

ANNEXE I : Lettres d'informations transmises aux sages-femmes libérales afin de les distribuer à leurs patientes éligibles.

Madame,

Je m'appelle Céline LAMBERT, j'ai 22 ans et je suis actuellement étudiante sage-femme à l'école de sage-femme de Metz.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je vous propose de réaliser cet entretien qui me permettra de collecter des données qui me seront indispensables pour finaliser mon étude. Cet entretien durera environ 30 à 40 minutes.

Je vous remercie d'accepter cet entretien. Je tiens à préciser que vous serez libre d'arrêter l'entretien à n'importe quel moment. Les données que je recueillerai seront anonymisées.

Mon étude s'intitule « Conséquences de la maternité et l'accouchement dans la vie des femmes », le but de l'étude étant d'établir un état des lieux du ressenti et de l'impact de la maternité et l'accouchement dans la vie d'une femme. Votre participation à cette étude ne vous exposera à aucun risque ni aucune contrainte puisqu'il s'agit simplement de répondre à cet entretien de votre plein gré et qu'aucune expérimentation ne sera effectuée sur vous.

Il est possible que ces entretiens réveillent en vous certains souvenirs douloureux, auquel cas il sera possible pour moi de vous réorienter vers un professionnel apte à répondre à vos besoins.

Vous aurez la possibilité d'avoir accès aux résultats globaux de mon étude si vous le désirez.

ANNEXE II : Guide d'entretien semi-directif à destination des patientes

1. Anamnèse
 - 1.1. Pourriez-vous me donner votre âge.
 - 1.2. Pourriez-vous me donner votre niveau d'étude et votre profession.
 - 1.3. Vivez-vous avec le père de votre enfant, si oui, quelle est sa profession ?
 - 1.4. Pourriez-vous m'informer de vos antécédents obstétricaux et gynécologiques ?
 - 1.5. Avez-vous vécu un évènement traumatisant dans votre vie ?
 - 1.6. Avez-vous déjà consulté un psychologue ou un psychiatre ?
 - 1.7. Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement antidépresseur ?
2. Déroulé de la grossesse et de l'accouchement
 - 2.1. Racontez-moi votre grossesse.

Relances possibles : avez-vous eu des pathologies ? avez-vous été hospitalisé ? comment avez-vous obtenu cette grossesse ? avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance ? prise de poids ?

- 2.2. Comment avez-vous vécu votre grossesse ?

Relance : vous êtes-vous sentie soutenue/écoutée par l'équipe médicale ?

- 2.3. Racontez-moi votre accouchement.

Relances possibles : à quel terme avez-vous accouché ? avez-vous eu une anesthésie ? avez-vous eu des déchirures ? quel était le motif de la césarienne ? le travail a-t-il été déclenché ? le père du bébé a-t-il assisté ?

- 2.4. Comment avez-vous vécu votre accouchement ?

Relance : vous êtes-vous sentie soutenue/écoutée par l'équipe médicale ? l'accouchement était-il pour vous source de sensation forte, douleur ou souffrance ? votre culture a-t-elle été prise en compte dans votre accompagnement ? quel a été votre premier sentiment/première pensée après votre accouchement ? qu'à entrainer chez vous le fait d'avoir un ventre vide après 9 mois de grossesse ?

- 2.5. Vous sentez-vous fière d'avoir accouchée ?
- 2.6. S'agissait-il pour vous de votre accouchement ou de la naissance de votre enfant ?
- 2.7. La grossesse et l'accouchement ont-ils réveillé chez vous d'anciens maux/traumatismes ?
- 2.8. Parlez-moi de votre bébé.

Relances possibles : quel est son poids ? quand est-il né ? a-t-il eu des difficultés d'adaptation ? l'allaitiez-vous ? Possibilité d'effectuer l'échelle PCL-5 en fin d'entretien.

3. Impact de l'accouchement dans la vie d'une femme
 - 3.1. Lien mère-enfant et relation à sa propre mère
 - 3.1.1. Que ressentez-vous pour votre bébé ?

Relance : possibilité d'effectuer l'échelle MIBS.

- 3.1.2. Avez-vous des difficultés à comprendre certains besoins de votre bébé ?

Relance : éprouvez-vous de temps en temps l'envie de vous éloigner de votre nouveau-né ?

3.1.3. Quelles étaient les relations avec votre mère avant votre grossesse et votre accouchement ?

3.1.4. Est-ce que la maternité et l'accouchement ont modifié les rapports avec votre mère ?

Relance : développer votre réponse ? a-t-il été simple pour vous de trouver votre place dans votre nouveau rôle de mère ? y a-t-il eu des difficultés de réorganisations des rangs familiaux ?

3.2. Perception de soi

3.2.1. Que pourriez-vous me dire sur votre corps ?

Relances possibles : est-ce que la maternité et l'accouchement ont modifié votre perception de vous-même ? estimez-vous avoir pris beaucoup de poids pendant votre grossesse ?

3.2.2. Qu'est-ce que vous aimez chez vous depuis votre accouchement ?

3.2.3. Qu'est-ce que vous n'aimez pas chez vous depuis votre accouchement ?

Relance : qu'est-ce que vous avez entrepris pour vous plaire à nouveau ?

3.2.4. En observant les silhouettes suivantes, dites-moi :

- Quel est le corps que vous aimeriez avoir :
- Quel est pour vous le corps que vous aviez avant votre grossesse :
- Quel est pour vous le corps que vous avez maintenant :



3.3. Relation conjugale

3.3.1. Est-ce que votre relation conjugale a été modifiée à la suite de l'arrivée de cet enfant ?

Relance : développez votre réponse ? vous a-t-elle rapproché ? éloigné ? l'arrivée de cet enfant entraîne-t-elle des disputes ?

3.3.2. Avez-vous repris des rapports sexuels ?

Relance : depuis combien de temps ?

3.3.3. Avez-vous éprouvé des difficultés ?

Relance : lesquelles ? surmontées ? toujours d'actualité ?

- 3.3.4. Vous êtes-vous sentie pressée par votre compagnon dans la reprise des rapports ?

Relance : en quel sens ? comment l'avez-vous vécu ?

- 3.3.5. Envisagez-vous une grossesse dans le futur ?
3.3.6. Si oui, décrivez-moi la grossesse et l'accouchement idéal ?

Relance : quel terme ? quelle voie ? dans quel délai ?

- 3.3.7. Si non, pour quelles raisons ?
4. Aide et soutien reçu
4.1. Que pourriez-vous me dire sur l'accompagnement de l'équipe médicale à votre égard ?
4.2. Avez-vous à certains moments eu besoin d'aide ?

Relance : avez-vous demandé cette aide ? l'aide reçue a-t-elle été efficace ? a-t-il été difficile de demander cette aide ?

5. Qu'aimeriez-vous partager d'autres avec moi concernant des thèmes ayant été abordés au cours de l'entretien ?

Je vous remercie d'avoir pris le temps de me répondre !

Grossesse et accouchement : leurs impacts dans la vie d'une femme

Etude qualitative par entretien semi-directif auprès de 11 patientes Mosellanes
à trois mois du post-partum en 2020/2021

RESUME :

Introduction : la grossesse et l'accouchement sont des moments de remaniement psychique intense dans la vie d'une femme. Ils pourront avoir un impact non négligeable sur le lien mère-enfant, la relation conjugale ou l'estime de soi. Il est donc primordial, pour nous sages-femmes, de bien encadrer ces patientes. Cependant, il existe des obstacles à cet accompagnement : restrictions économiques, essor de la technologie, sorties précoces. Avec à l'issue, un risque pour certaines de développer une dépression post-natale voire un état de stress post-traumatique. Ainsi en quoi l'accouchement peut-il impacter la vie d'une femme ? L'objectif étant de décrire les conséquences d'un accouchement dans la vie d'une femme. **Matériels et méthodes** : afin de répondre à cet objectif, une enquête qualitative par entretien semi-directif a été menée entre le 23 octobre 2020 et le 6 février 2021 auprès de 11 patientes messines à trois mois du post-partum environ. **Résultats** : la majorité des femmes interrogées avaient entre 20 et 33 ans. Huit patientes sur 11 étaient primipares. La grossesse avait été pathologique dans six cas. Trois patientes avaient un mauvais vécu de leur grossesse. Huit patientes avaient eu un accouchement voie basse, deux une ventouse et deux une césarienne. Trois patientes avaient un mauvais vécu de leur accouchement. La principale difficulté du lien mère-enfant en post-partum était la gestion des pleurs (8/11 cas). L'aspect corporel en post-partum avait un impact non négligeable sur l'estime de soi (8/11 cas). Le conjoint était un soutien indispensable dans 9/11 des cas. Le délai de reprise des rapports sexuels était de 5,7 semaines en moyenne avec des craintes présentes dans 10/11 des cas. **Conclusion**: la grossesse et l'accouchement peuvent être traumatiques. Le corps a un impact considérable sur l'estime de soi en post-partum. Le conjoint reste un soutien indispensable durant cette période. Il faut cependant renforcer l'accompagnement des sages-femmes en post-partum.

MOTS CLES : Accouchement, Traumatisme, Impact, Sexualité, Corps

ABSTRACT:

Introduction: pregnancy and childbirth are moments of intense psychic reshuffling in a woman's life. They may have a significant impact on the mother-child relationship, marital relationship or self-esteem. It is therefore essential for us, midwives, to properly supervise these patients. However, there are obstacles to this support: economic restrictions, the rise of technology, early discharges. With the result, a risk for some to develop post-natal depression or even post-traumatic stress disorder. So how can childbirth impact in woman's life? The aim is to describe the consequences of childbirth in a woman's life. **Methods**: to meet this objective, a qualitative survey by semi-direct interview was conducted between 23 October 2020 and 6 February 2021 nearby 11 Moselle patients at about three months of postpartum. **Results**: most women surveyed were between 20 and 33 years old. The pregnancy had been pathological in six cases. Three patients had a bad experience of their pregnancy. Eight patients had a vaginal delivery, two a vacuum extractor and two a C-section. Three patients had a bad experience of their childbirth. The main difficulty of the postpartum mother-child bond was the management of crying (8/11 cases). The spouse was an indispensable support in 9/11 cases. The time to resume sexual intercourse was 5.7 weeks on average with fears present in 10/11 cases. **Conclusion**: pregnancy and childbirth can be traumatic. The body has a considerable impact on postpartum self-esteem. The spouse remains an indispensable support during this period. However, there is a need to strengthen the support of midwives in postpartum.

KEY WORDS: Childbirth, Trauma, Impact, Sexuality, Body