



HAL
open science

Approche psychodynamique de l'impact de l'épisiotomie

Christophe Clesse

► **To cite this version:**

Christophe Clesse. Approche psychodynamique de l'impact de l'épisiotomie : étude longitudinale chez des femmes primipares. Psychologie. Université de Lorraine, 2018. Français. NNT : 2018LORR0236 . tel-02104112

HAL Id: tel-02104112

<https://hal.univ-lorraine.fr/tel-02104112>

Submitted on 22 Jun 2020

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-theses-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>

Ecole Doctorale SLTC (ED n° 78)

**Laboratoire de Psychologie de l'Interaction et des Relations
Intersubjectives (EA 4432)**

[Axe Psyclip]



- THÈSE -

Pour l'obtention du grade de Docteur en Psychologie
Mention : Psychologie clinique et psychopathologie

**APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE DE L'IMPACT DE
L'EPISIOTOMIE**

Etude longitudinale chez des femmes primipares

Présentée et soutenue publiquement
par :

Christophe CLESSE

Le 20 décembre 2018

Sous la direction de Mme la professeure Joëlle LIGHEZZOLO-ALNOT

Membres du Jury :

Israël NISAND	Professeur des Universités, PU-PH Université de Strasbourg	Examineur
Thomas RABEYRON	Professeur des Universités Université de Lorraine	Examineur
Silke SCHAUDER	Professeur des Universités Université Picardie-Jules Verne	Pré-rapporteur
Michèle SCHEFFLER	Présidente du Conseil National Professionnel de Gynécologie et Obstétrique (CNPGO)	Examineur
Anne THEVENOT	Professeur des Universités Université de Strasbourg	Pré-rapporteur

RÉSUMÉ

L'épisiotomie est un élargissement chirurgical de l'orifice vaginal réalisé à l'aide d'une incision du périnée au cours de l'accouchement et notamment pendant la dernière étape de l'expulsion. Très souvent étudiée sous un angle somatique, cette pratique chirurgicale a été très peu abordée sous un angle psychologique. Ce manque de donnée est d'autant plus marqué qu'il n'existe aucune étude d'orientation psychodynamique portant sur l'épisiotomie. Le but de ce travail de thèse est d'évaluer l'impact psychique de l'incision du périnée en divisant trois axes d'évaluation : les effets de l'épisiotomie, les facteurs de risques et les facteurs protecteurs inhérents au vécu difficile de l'épisiotomie et enfin le vécu de l'épisiotomie en fonction des caractéristiques individuelles du sujet. Pour ce faire une étude longitudinale comparant l'effet de l'épisiotomie aux autres modes d'accouchement (césarienne, voie basse avec périnée intact ou pseudo-intact et déchirure) a été réalisée sur 43 femmes. Elle s'est appuyée sur une rencontre prénatale 1 mois avant l'accouchement, une évaluation 2 jours et 2 mois après l'accouchement et enfin 3 rencontres post-natales (3 mois, 9mois, 1 an). Chaque rencontre s'est appuyée sur la réalisation d'entretiens (semi-directifs et libres), de questionnaires (SF36, QIC, EPDS, CPQ, WOMBLSQ4, Traumaq) et l'emploi du test de Rorschach. Les principaux résultats montrent que l'épisiotomie implique une satisfaction liée à l'accouchement plus faible 2 mois après l'accouchement. De même, elle est préférentiellement associée à la présence de douleurs, dyspareunies et dépressions 3 mois après l'accouchement. En outre, elle est considérée avec la survenue d'une déchirure comme un des modes d'accouchement les plus difficilement vécus. Notre étude a également montré qu'une qualité de mentalisation effondrée préservait les femmes d'un vécu difficile lié à l'épisiotomie. Enfin, l'analyse qualitative a mis en évidence la présence de dysfonctionnements sexuels et angoisses somatopsychiques spécifiquement liés à l'épisiotomie. Pour finir, nous avons montré que le vécu subjectif personnel colorait la perception de l'épisiotomie notamment au travers de la dynamique transférentielle projetée sur l'équipe médicale mais aussi lors de la reviviscence de traumatismes psychiques. L'ensemble de ces résultats est également commenté en fonction des perspectives théoriques et cliniques soulevées visant à améliorer le bien-être des femmes en salle d'accouchement et en suite de couche.

Mots clés : *épisiotomie ; obstétrique ; impact psychique ; mentalisation ; dyspareunie ; dépression ; douleur.*

ABSTRACT

Episiotomy is an enlargement of the vaginal orifice made by a surgical incision of the perineum during the delivery and especially during the last stage of expulsion. Mostly studied in a somatic angle, this surgical practice has been very little studied from a psychological point of view. Moreover, there is no psychodynamic study on episiotomy. The aim of this research is to evaluate the psychical impact of episiotomy with three different types of evaluations: the effects of episiotomy, the risk and protective factors associated with the difficult experience of episiotomy and finally the subjective and individual experiences. We conducted a longitudinal study which was performed on 43 women. It compared the effect of episiotomy with other modes of delivery (caesarean section, vaginal approach with intact or pseudo-intact perineum and perineal injuries). It relied on a prenatal appointment (1 month before delivery), an assessment 2 days and 2 months after the delivery and finally 3 postnatal meetings (3 months, 9 months, 1 year). Each one of them was based on interviews (semi-directive and free), questionnaires (SF36, QIC, EPDS, CPQ, WOMBLSQ4, Traumaq) and the use of the Rorschach test. The main results show that 2 months after delivery, episiotomy implies a lower satisfaction related to childbirth. Perineal incision has stronger correlation with the presence of pain, dyspareunia and depression 3 months after childbirth. In addition, with the perineal injuries group, episiotomy is considered as one of the most difficult ways to give birth. Our study also showed that a low quality of mentalization protect women from a hard experience related to episiotomy. Finally, the qualitative analysis showed that episiotomy is specifically linked to sexual dysfunctions and somatopsychic anxieties. To finish, we have shown that personal subjective experiences influence the perception of episiotomy (particularly through the transferential dynamics projected on the medical team and the revival of psychological traumas). All these results are also commented in a theoretical and clinical point of view which aims to improve the well-being of women in the delivery room and afterwards.

Keywords : *episiotomy, obstetrics ; psychical impact ; mentalization ; dyspareunia ; depression ; pain.*

Remerciements

Pour commencer,

Je souhaite remercier très chaleureusement les membres du jury pour l'attention et l'expertise scientifique avec lesquelles ils ont bien voulu examiner mon travail, et plus précisément :

À M. le Pr Israël Nisand qui me fait l'honneur d'avoir accepté d'être membre de mon jury. Je le remercie vivement d'apporter son éclairage précieux en tant que chef du Pôle de gynécologie obstétrique du CHU de Strasbourg et président du Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France. Je lui suis reconnaissant de ses engagements humanistes, ainsi que des liens qu'il a su tisser entre sciences médicales et sciences humaines.

À Mme la Pr Silke Schauder, pour avoir accepté d'être pré-rapporteur de mon travail. Je me réjouis de pouvoir bénéficier de la pertinence de son expertise et de sa sensibilité de clinicienne, guidée par la créativité et l'inattendu propres à toute rencontre.

À Mme le Dr Michèle Scheffler, pour sa confiance et son intérêt, ainsi que pour ses engagements à la présidence du Conseil National Professionnel de Gynécologie et Obstétrique, de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale, et du Collège de Gynécologie de Lorraine et des Régions de l'Est. Je lui sais gré des nombreux éclairages interdisciplinaires qu'elle a su m'apporter.

A Mme la Pr Anne Thevenot, pour avoir accepté d'être pré-rapporteur de mon écrit et membre du comité de suivi de ma thèse. Son engagement scientifique auprès des mères comme des couples est source d'éclairages précieux pour la compréhension de la parentalité et ses avatars. Je suis ravi de pouvoir bénéficier de son expertise scientifique et clinique sur mon travail.

De l'Un...personnel au personnel,

À celles qui ont prêté leur voix pour nous conter leur histoire acceptant de lever le voile de l'intime au bénéfice de la réalisation de ce travail.

À celles qui ont jalonné ma construction professionnelle et m'ont rendu témoin de leur confiance en me laissant en tant qu'homme travailler sur la question féminine.

À celles dont nous suivons les traces dans la subjectivité au travers d'un chemin que nous arpentons pas à pas depuis notre naissance.

À celles qui me sont proches et qui ont partagé à leur façon l'expérience acquise au cours de ce travail de recherche.

À toutes ces femmes animées par la bienveillance et le plaisir de la rencontre avec l'altérité qui m'ont permis d'être à l'écoute de la polyphonie féminine.

Et plus particulièrement,

À Mme le Pr Joelle Lighezzolo-Alnot qui a su en tant que directrice de thèse rester toujours disponible notamment lorsqu'il était question d'apporter soutien, écoute, rigueur scientifique et parfois... du courage lorsque celui-ci me faisait défaut. Je tiens également à remercier derrière la fonction, la personne chaleureuse qui a toujours su respecter la temporalité, la liberté et l'indépendance de pensée qui m'est chère tout en restant gardienne d'un cadre dialectique éclairé par l'envie de transmettre à autrui.

Aux porteurs de mots chez qui j'ai trouvé dans la justesse du discours, la finesse de l'analyse dont la tessiture et la tonalité de la voix démontraient un désir ardent de transmettre à autrui la passion de la compréhension de l'altérité. Je pense notamment à Claude de Tyche, Marianne Dollander, Bruno Beuchot et Virginie Daubié qui ont toujours su saisir l'instant aux détours d'enseignements, d'expériences de stage ou encore de conversations ordinaires pour transmettre une vision de l'a(A)utre nourrie par l'authenticité de la subjectivité.

À Sylvie de Lavergne, psychologue de la clinique Majorelle avec qui j'ai aimé partager toutes ces matinées à échanger, rire, réfléchir et co-élaborer au décours des nombreuses rencontres de patientes au sein de la clinique Majorelle.

À Sandrine Hamlin, sage-femme de préparation à la naissance officiant au sein de la clinique Majorelle, qui, uniquement par passion pour le bien-être de ses patientes et l'amélioration de leur expérience de vie, a déployé toute son énergie pour permettre le recrutement des patientes ayant accepté de nous rencontrer.

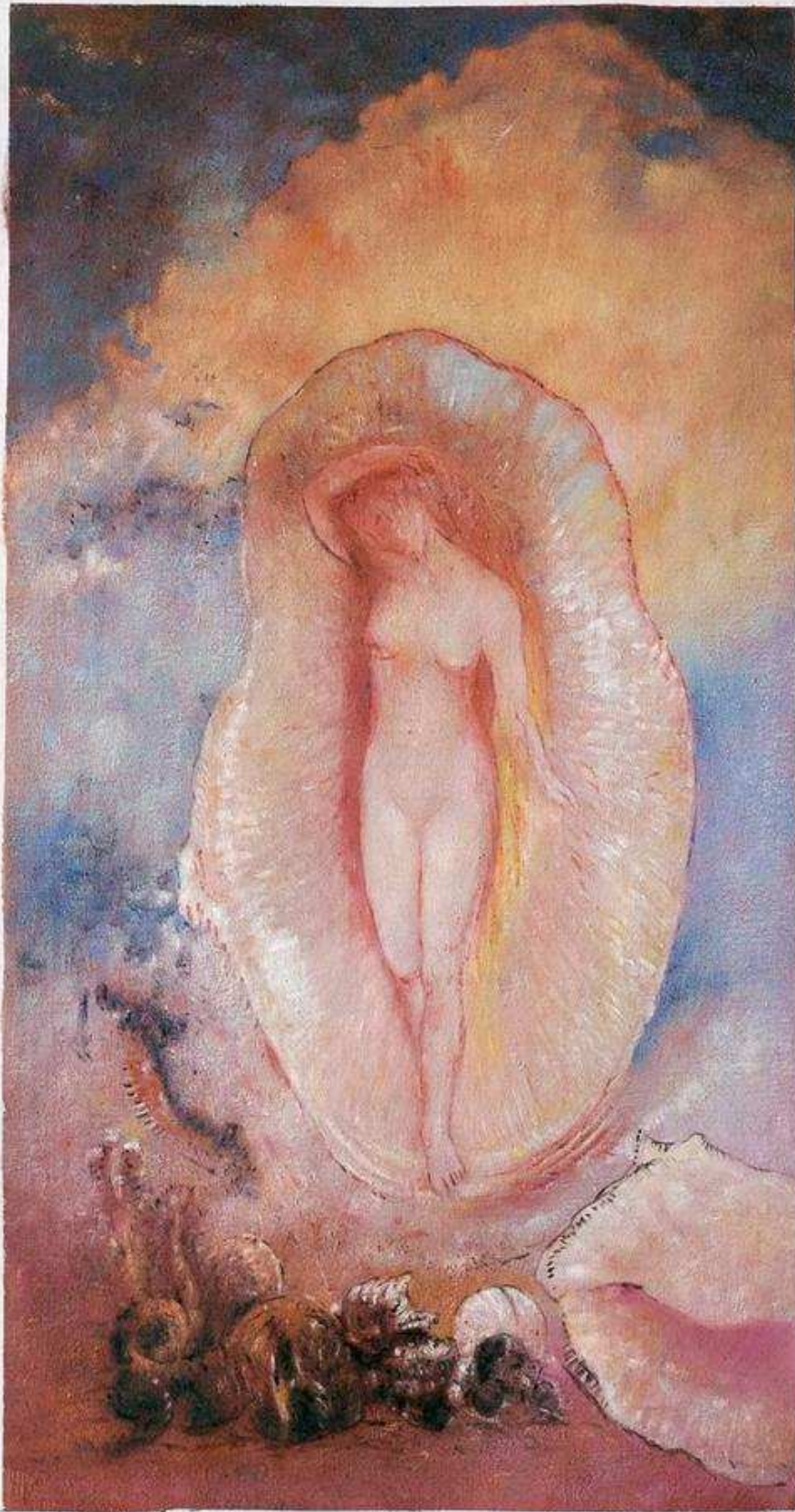
À mes collègues doctorants et anciens doctorants, Samira, Renald, Marie-Claudine, Louise, Cécile et Joris sans qui ces années n'auraient pas été les mêmes.

A Mélanie, Anthony, Isabelle, Manon et Lolita pour leur aide ainsi que leur soutien indéfectible même quand l'épreuve du doctorat impactait ma bonne humeur habituelle.

Aux patients que j'ai reçus, accompagnés, épaulés dans l'émotion, dans la réflexion ou encore dans le rire... A toutes celles et ceux qui ont témoigné de leur parcours intime et dont l'expression nous construit et enseigne en tant que psychologue et aussi en tant que sujet.

À ceux que j'aime...

La naissance de Vénus (Odilon Redon. 1912)



« L'altérité de la femme dans la mère est un des points majeurs de ce qui rend possible l'identification d'une fille à la femme qu'est sa mère. » (Guyomard, 2009 p.65)¹

¹ Guyomard, D. (2009). *L'effet-mère : du lien à la relation*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	1
LISTE DES PRODUCTIONS SCIENTIFIQUES	6
GLOSSAIRE	8
INTRODUCTION	10

<i>1. Prémices cliniques et réflexions préalables concernant notre objet d'étude</i>	10
1.1 Au détour de l'écoute clinique, la découverte d'une subjectivité a(A)utre	10
1.2. Quels discours ambiants au sein de la pratique de l'épisiotomie ?	12
<i>2. Eléments éthiques et épistémologiques liés à l'étude de l'épisiotomie</i>	14
2.1. Principes éthiques adoptés	14
2.2. Positionnement épistémologique : interdisciplinarité et intégrativité	15
<i>3. enjeux contemporains</i>	16
3.1. Quelle actualité en 2018 ?	16
3.2. Quel impact psychique potentiel ?	18

CADRE THÉORIQUE	20
------------------------------	-----------

<i>1. L'épisiotomie : Quel état des Lieux en 2018 ?</i>	20
1.1 Une intervention obstétricale fruit d'une évolution culturelle, sociale et médicale	20
1.1.1 Evolution de l'acte de parturition au travers des âges en Occident.....	21
1.1.2. Médicalisation de la naissance, technicisation de l'accouchement et vécu subjectif des femmes en couche.....	28
1.1.3 Vécu de l'accouchement et médicalisation : le cas de l'épisiotomie	31
1.2. Terminologie, classification et évolution de la pratique de l'épisiotomie dans le monde	38
1.2.1. <i>Modus operandi</i> de l'épisiotomie	38
1.2.2. Histoire de la pratique de l'épisiotomie.....	42
1.2.3. Quel devenir pour l'épisiotomie au début du XXIème siècle : du consensus scientifique à la rationalisation de la pratique de l'épisiotomie dans le monde.....	51
1.3. Incidence épidémiologique de l'épisiotomie	55
1.3.1. Incidence populationnelle.....	56
1.3.2. Facteurs inhérents à la pratique de l'épisiotomie.....	60
1.3.3. Impacts physiques et somatiques liés à la pratique de l'épisiotomie	66
<i>2. Impacts et conséquences psychiques de l'épisiotomie : une revue systématique de la littérature</i>	68
2.1. Conséquence de l'épisiotomie sur le vécu des femmes : quel constat ?	69

2.1.1. Conséquences somatopsychiques de l'épisiotomie : vers l'idée d'une fragilisation de l'unité somatopsychique ?	70
2.1.2. Conséquences de la pratique de l'épisiotomie sur les indicateurs de santé : qualité de vie et satisfaction maternelle	82
2.1.3. Incision du périnée et mentalisation : quelles sont les conséquences de l'épisiotomie sur l'équilibre psychique du sujet ?	89
2.2. Conséquence potentielle de l'épisiotomie et approche psychodynamique : vers la construction d'un espace de réflexion spécifique de la subjectivité	104
2.2.1. De l'incision du périnée à la fragilisation de l'image du corps : une dynamique d'étude à construire	105
2.2.2. Episiotomie et symbolisation du corps féminin/maternel : quel devenir pour l'ancrage identitaire sexué ?	111
3. Problématique et hypothèses théoriques	119
3.1. Rétrospective théorique et axes de réflexion : enjeux scientifiques	119
3.1.1. Quel tracé théorique pour l'épisiotomie ?	119
3.1.2. Présentation des axes de recherche explorés	120
3.2. Hypothèses théoriques	124
3.2.1. Présentation des hypothèses théoriques	124
3.2.2. Tableau synthétique	126

METHODOLOGIE	128
---------------------------	------------

1. Critères de sélection normatifs de notre étude	128
1.1. Présentation du protocole de recherche : une étude exploratoire quantitative et qualitative	128
1.1.1. Un travail de recherche exploratoire portant sur une population de patientes	128
1.1.2. L'intérêt d'une approche comparative populationnelle	130
1.1.3. L'emploi d'une approche longitudinale	132
1.2. Méthodes et outils	135
1.2.1. Choix des méthodes d'évaluation : intérêt d'une double approche quantitative et qualitative	135
1.2.2. Présentation des outils : entretiens cliniques, test de Rorschach et questionnaires	137
1.2.3. Présentation du protocole d'étude final : intégration des outils au sein de notre méthode exploratoire longitudinale et comparative	173
1.3. Population sélectionnée	174
1.3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion concernant les femmes rencontrées	174
1.3.2. Mode de recrutement	178
2. Principes éthiques, protection des données et anonymat	182
2.1. Cadre légal et principes éthiques	182
2.2. Protection des données, consentement éclairé et anonymat	183
3. Caractéristiques de notre échantillon et représentativité	184
3.1. Description des caractéristiques de la population recrutée et biais de sélection éventuels	184
3.1.1. La construction de notre population d'étude	185
3.1.2. Année de recrutement	186
3.1.2. Modalités de recrutement	188

3.2. Analyse de la représentativité de l'échantillon constitué	191
3.2.1. Présentation de la distribution des données de l'échantillon final	191
3.2.2. Moyennes, médiane et fréquence des caractéristiques de notre échantillon	192
3.2.3. Analyse de la représentativité de l'échantillon constitué	194
4. Opérationnalisation des hypothèses	198
4.1. Hypothèse théorique n°1	198
4.2. Hypothèse théorique n°2	204
4.3. Hypothèse théorique n°3	207
4.4. Hypothèse théorique n°4	213
4.4.1. Hypothèse théorique H4a : Angoisses somatopsychiques et épisiotomie	213
4.4.2. Hypothèse théorique H4b : Image du corps et épisiotomie	216
4.5. Hypothèse théorique n°5	220
4.6. Hypothèse théorique n°6	224
4.7. Hypothèse théorique n°7	228
4.8. Hypothèse théorique n°8	232

RESULTATS	237
------------------------	------------

1. Analyse quantitative	237
1.1. Analyse de l'hypothèse numéro 1	238
1.1.1. Analyse descriptive de H1 :	239
1.1.2. Analyse de la variance à T_0 et détermination du modèle d'étude employé :	241
1.1.3. ANOVA à mesure répétée portant sur l'influence du mode d'accouchement	242
1.1.4. Analyses multivariées : mode d'accouchement et qualité de vie	245
1.1.5. Analyse multivariée des facteurs impliqués dans les variations de la qualité de vie	247
1.1.6. Conclusions générales de l'hypothèse numéro 1 :	252
1.2. Analyse de l'hypothèse numéro 2	258
1.2.1. Analyse descriptive de H2	258
1.2.2. L'analyse des variances de H2	260
1.2.3. Comparaison des moyennes obtenues suite à l'ANOVA	262
1.2.4. Coefficient de détermination du mode d'accouchement sur la satisfaction liée à l'expérience de l'accouchement	264
1.2.5. Analyses complémentaires : analyse multivariée	266
1.2.6. Conclusions générales de l'Hypothèse n°2	268
1.3. Analyse de l'hypothèse numéro 3	276
1.3.1 Reprise de la sexualité et analyse descriptive :	276
1.3.2. Analyse descriptive de H3a, H3b et H3c :	278
1.3.3. Analyse de la variance à T_0 et détermination du modèle d'étude employé :	280
1.3.4. ANOVA à mesure répétée : influence durable du mode d'accouchement sur les douleurs, la dyspareunie et les dysfonctionnements sexuels	281
1.3.5. Comparaison des moyennes obtenus à l'ANOVA à mesure répétée	283
1.3.6. Analyse transversale multivariée concernant l'effet du mode d'accouchement sur la douleur, la dyspareunie et les dysfonctionnements sexuels	284

1.3.7. Analyse multivariée et multifactorielle de H3 :	289
1.3.8. Conclusions générales de l'hypothèse H3 :	292
1.4. Analyse de l'hypothèse numéro 4.....	301
1.4.1. Hypothèse théorique H4a :angoisses somatopsychiques et épisiotomie.....	301
1.4.2. Hypothèse théorique H4b : Image du corps et épisiotomie	310
1.4.3. Interprétations de H4: effet du mode d'accouchement sur la présence d'angoisses somatopsychiques et l'image du corps.....	333
1.5. Analyse de l'hypothèse numéro 5.....	338
1.5.1. Analyse descriptive de H5	338
1.5.2. Analyse de la variance à T0 et détermination du modèle d'étude employé.....	340
1.5.3. ANOVA à mesure répétée : influence du mode d'accouchement et du temps sur le stress.....	341
1.5.4. Effet du mode d'accouchement sur le stress et l'anxiété à T ₁ , T ₂ et T3	342
1.5.5. Conclusions générales de l'hypothèse n°5.....	345
1.6. Analyse de l'hypothèse numéro 6.....	348
1.6.1. Analyse descriptive de H6	348
1.6.2. Analyse de la variance à T ₀ et détermination du modèle d'étude employé	352
1.6.3. Analyse à mesure répétée (ANOVA) : évolution des indicateurs de la dépression au cours du temps	353
1.6.4. Analyse transversale des données étudiées	357
1.6.5. Influence des facteurs potentiels étudiés sur la présence de troubles dépressifs.....	360
1.6.6. Conclusions générales portant sur l'hypothèse n°6.....	362
1.7. Analyse de l'hypothèse numéro 7.....	369
1.7.2. Analyse de H7a.....	369
1.7.1. Analyse de H7b	380
1.7.2. Conclusion générales portant sur l'hypothèse H7	381
1.8. Analyse de l'hypothèse numéro 8.....	390
1.8.1. Analyse descriptive de H8.....	390
1.8.2. Analyse de la variance à T ₀ et choix des modèles employés.....	393
1.8.3. Analyse à mesure répétée	394
1.8.4. Analyse transversale des données de H8.....	396
1.8.5. Analyse multivariée et multifactorielle de H8.....	398
1.8.6. Conclusion générale portant sur l'hypothèse H8.....	401
1.9. Mise en perspective des résultats obtenus et réflexions méthodologiques	407
1.9.1. Impact psychique de l'épisiotomie : résultats quantitatifs	407
1.9.2. Réflexions portant sur les modalités de notre étude.....	409
2. Analyse quantitative complémentaire : étude des variables intrasujet.....	412
2.1. Quels sont les facteurs ayant une influence sur le vécu de l'épisiotomie ?.....	412
2.1.1. Réflexion théorico-clinique portant sur le vécu négatif lié à l'épisiotomie.....	412
2.1.2. Opérationnalisation des hypothèses.....	416
2.2 Analyse des hypothèses quantitatives supplémentaires	421
2.2.1. Influence des craintes et attentes concernant l'accouchement sur le vécu de l'épisiotomie : hypothèses n° 9 et n°10.....	421

2.2.2. Influence de la fonction contenante au cours de l'accouchement sur le vécu de l'épisiotomie : hypothèses n°11 et n°12.....	425
2.2.3. Influence de la présence d'antécédents traumatiques sur le vécu de l'épisiotomie : hypothèses n° 13a, n°13b, n°13c, n°13d et n°13e	426
2.2.4. Influence de la qualité de la mentalisation et des symbolisations sur le vécu de l'épisiotomie : hypothèses n°14a, n°14b, n°14c et n°15.....	434
2.2.5. Mise en perspective des résultats obtenus.....	447
3. Analyse qualitative	463
3.1. Résumé des réflexions qualitatives portant sur l'analyse des entretiens.....	463
3.1.1. Le vécu corporel consécutif à l'épisiotomie	463
3.1.2. Une interprétation de l'épisiotomie dépendant de la relation au soignant.....	464
3.1.3. L'épisiotomie en tant que pratique perçue comme une effraction	465
3.2. Présentations de deux études de cas contrastées.....	466
3.2.1. Le Parcours de Dahlia.....	467
3.2.2. Le Parcours d'Alyssée	481
DISCUSSION	503
1. Retour sur les résultats obtenus	503
1.1. Analyse comparative exploratoire des effets de l'épisiotomie en tant que mode d'accouchement....	503
1.2. Analyse explicative : comparaison des femmes ayant un vécu difficile et non difficile lié à l'épisiotomie	505
1.3. Analyse de deux situations individuelles : quand la pratique de l'épisiotomie fait écho à la subjectivité	508
2. Une complémentarité méthodologique au service d'une compréhension interdisciplinaire de l'impact psychique de l'épisiotomie.....	509
2.1. Premier niveau de notre étude : effets intergroupes observés et interprétations des différences entre mode d'accouchement	509
2.2. Deuxième niveau : intérêt de l'analyse explicative et mise en évidence des facteurs de risques et facteurs protecteurs lié au vécu de l'épisiotomie.....	514
2.3. L'étude de cas : intérêt de l'étude de la subejectivité dans le domaine périnatal.....	516
3. Avantages, limites et perspectives liées à ce travail de recherche	516
POSITIONNEMENT DE CHERCHEUR ET REFLEXIONS TRANSFERO-CONTRE-TRANSFERENTIELLES	518
1. <i>Positionnement du chercheur.....</i>	518
2. <i>Aspects transféro contre-transférentiels</i>	523
CONCLUSION.....	531
BIBLIOGRAPHIE	533

LISTE DES PRODUCTIONS SCIENTIFIQUES

➤ Articles scientifiques :

Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., Hamlin, S., Lavergne de, S. et Scheffler, M. (2016). La pratique de l'épisiotomie en France 10 ans après les recommandations du CNGOF : quel état des lieux ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 44(4), 232-238. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2016.02.011>

Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., De Lavergne, S., Hamlin, S., et Scheffler, M. (2018). Statistical trends of episiotomy around the world: Comparative systematic review of changing practices. *Health care for women international*, 39(6), 644-662. <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1445253>

Goueslar, K., Cottenet, J., Roussot, A., Clesse, C., Sagot, P., et Quantin, C. (2018). Comment le taux d'épisiotomie a-t-il varié entre 2007 et 2014 ? Étude en population, en France. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 66, S16. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.01.031>

Goueslard, K., Cottenet, J., Roussot, A., Clesse, C., Sagot, P., & Quantin, C. (2018). How did episiotomy rates change from 2007 to 2014? Population-based study in France. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 208. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1747-8>

Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., de Lavergne, S., Hamlin, S., & Scheffler, M. (2018). The evolution of birth medicalisation : a systematic review. *Midwifery*. 66(11), 161-167. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.003>

Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., de Lavergne, S., Hamlin, S., & Scheffler, M. (2018). Histoire de l'accouchement occidental : évolution des rites, pratiques croyances et enjeux professionnels en occident. *Devenir*, 30(4), 399-417.

Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., De Lavergne, S., Hamlin, S., et Scheffler, M. (2018). Socio-historical evolution of the episiotomy practice: a literature review. *Women & Health*, 1-15.

Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., De Lavergne, S., Hamlin, S., et Scheffler, M. (2018). Factors related to episiotomy practice: an evidence-based medicine systematic review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, (Accepted version, in press corrected proofs).

Clesse, C., Cottenet, K., Lighezzolo-Alnot, J., Goueslard, K., Scheffler M., Sagot, P. et Quantin, C. (2019). Episiotomy practice in France 2012-2017: Epidemiology and risk factors. *BJOG*, [submitted februar 2019].

➤ **Communications scientifiques avec actes :**

Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J. & Lavergne de, S. (2015). Psychological impacts of episiotomy on primiparous women: first results of a longitudinal study compared to a literature review. 3rd Annual International Conference on Health & Medical Sciences, 4-7 May 2015, Athens, Greece. (ISBN: 978-678-5065-88-01).

Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J. & Lavergne de, S. (2015). Psychological impacts of episiotomy: first results. 12th International Conference Psychiatry and Psychology Neurological, Behavioral and cognitive sciences, 8-9 avril 2015, Marrakech: Maroc. (p.2064-2069. ISSN: 1307-6892).

➤ **Communications scientifiques :**

Clesse C et Lighezzolo-Alnot, J. (Juillet 2017). Période périnatale et processus de mentalisation au Rorschach. Congrès international de la société du Rorschach. (Juillet 2017). Paris. France.

Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J. et de Lavergne, S. (2015, avril). L'épisiotomie : une problématique de santé publique éclairée par la santé mentale ? *Congrès O.M.S.: Mental Health for all*, 28-29-30 avril 2015, Lille (France).

Clesse, C. (2014, Juin) Évaluation de la pratique de l'épisiotomie à l'ère de la santé mentale : quels impacts psychiques pour la femme primipare ? *Séminaire doctorant du laboratoire Interpsy*, Nancy, France.

Clesse, C. (2014, janvier). Étude clinique à propos du vécu de l'accouchement chez la femme primipare. *Communication invitée séminaire de rentrée du Collège de Gynécologie de Lorraine et des Régions de l'Est*, Nancy, France.

Clesse, C. et Lighezzolo-Alnot, J. (2013, novembre). Épisiotomie et santé mentale, évolution et émergence d'une normalisation des pratiques. *Communication orale journée doctorale du CAPS (Clinique de l'Acte et Psycho Sexualité)*, Poitiers, France.

GLOSSAIRE

AGS: American Gynecological Society

AIMS: Association for Improvements in the Maternity Services

ANOVA: Analysis of Variance

APA: American Psychological Association

BJOG: British Journal of Obstetrics and Gynecology

CGLRE : Collège de Gynécologie de Lorraine et des Régions de l'Est

CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

CMP : Centre Médico Psychologique

CME : Commission Médicale de l'Établissement

CNGOF : Collège National des Gynécologue et Obstétriciens Français

CNPGO : Conseil National Professionnel de Gynécologie et Obstétrique

CPQ : Childbirth Perception Questionnaire

CPQ-FV : Childbirth Perception Questionnaire- French Version

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EPDS: Edinburgh Post-Natal Depression Scale

EPDS: Edinburgh Prenatal Depression Scale

ESPT : État de Stress Post-Traumatique

FNCGM : Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

IES : Indice d'Elaboration Symbolique

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

INTERPSY : laboratoire de PSYchologie de l'INTERaction et des relations INTERsubjectives

IRMAG : Interview des Représentations Maternelles Au cours de la Grossesse

IRMAG-R : Interview des Représentations Maternelles Au cours de la Grossesse-Révisée

IRMAN : Interview des Représentations Maternelles après la Naissance

IRMAN-R : Interview des Représentations Maternelle après la Naissance-Révisée

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MANCOVA: Multivariate Analysis of Covariance

MOS-SF36: Medical Outcome Study Short Form-36

NCT: National Childbirth Trust

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

OASIS : Obstetric Anal Sphincter Injuries

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMA : Procréation Médicalement Assistée

PMSI : Programme de Médicalisation des Système d'Information

PTSD : Post-Traumatique Stress Disorder

QIC : Questionnaire d'Image Corporelle

RCT: Randomized Control Trial

SF 36: Short Form 36

SFG : Société Française de Gynécologie

WHO: World Health Organization (OMS)

WOMBLSQ4 : Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire version 4

INTRODUCTION

1. PRÉMICES CLINIQUES ET RÉFLEXIONS PRÉALABLES CONCERNANT NOTRE OBJET D'ÉTUDE

Afin d'introduire notre écrit, nous avons souhaité dans un premier temps présenter les prémices cliniques à l'origine de notre questionnement concernant l'épisiotomie et dans un deuxième temps, les réflexions préalables nous ayant permis de confirmer que notre objet d'étude cristallisait un intérêt scientifique notoire pour le psychologue. Au fil de ces quelques pages, nous tenterons donc de présenter les différentes étapes nous ayant mené à construire ce projet de recherche et les raisons personnelles et professionnelles qui lui sont liées avant de présenter dans une deuxième partie le contexte scientifique initial lié à la pratique de l'épisiotomie et les différentes perspectives articulées par notre travail de recherche.

1.1 Au détour de l'écoute clinique, la découverte d'une subjectivité a(A)utre

Il est de ces instants où nous sommes simplement là pour l'autre en tant que témoin et adresse de sa subjectivité. Ce jour-là au travers de ces quelques mots exprimés dans un souffle devenu court, une hésitation et un regard fuyant, Sylvie nous fit témoin de son vécu :

« Encore aujourd'hui j'ai des regrets... Bon...j'suis contente d'avoir eu ma fille et puis quand je la vois me faire des sourires comme ça ben je m'sens bien. Mais tu vois, au fond de moi j'me sens pas normale comme d'habitude. C'est bizarre quand même comme truc. J'me sens gênée tout le temps, quand je marche, que je vais aux courses, quand je la prends contre moi, ben j'arrive pas à être pleinement épanouie. C'est dans la tête hein. Tu vois ? Ben c'est comme si elle avait pris un truc de moi quand elle est née. J'ai eu mal pendant des semaines parce que ben... j'ai été coupée et ça on m'l'avait pas dit. On m'avait pas dit que j'allais avoir ça... Et puis on m'a pas dit non plus que j'arriverais pas à me sentir moi-même après... enfin, plus comme une femme quoi... (Sylvie, 14 avril 2011) ».

A cet instant, nous avons été particulièrement interpellé par ces mots. Peut-être était-ce parce qu'il s'agissait d'une personne proche que nous connaissions depuis des années. Peut-être est-ce aussi parce que cette femme incarne à nos yeux l'expression d'une féminité affirmée. Chez elle, il n'était pas question d'exercer une féminité construite en trop plein face à une trop grande absence de symbole. Ce n'était pas non plus une féminité érigée dans un combat dressant l'illusion que la victoire sur autrui permettra un jour de combler une absence ou un manque de symbolisation de la différence. Chez elle, la féminité s'exprimait à la manière d'une danse synchronisée où la valence relationnelle s'exprimait en une forme de tressage entre le masculin,

le féminin et la différence qui portait sa volonté de nouer avec ce que l'on n'est pas que certains appellent très justement le "manque à être".

Ce jour-là, nous avons été sensible à quelque chose de différent. En tant qu'homme, nous n'avions jusqu'alors jamais imaginé ce qu'une femme pouvait traverser psychiquement et physiquement en mettant au monde un enfant. Puis, au fil de nos réflexions, nous nous sommes surpris à mettre en tension les éléments que nous étions en train de questionner lors de la réalisation de notre mémoire de master 1 intitulé "*La place du corps dans la construction de la psychosexualité féminine*", réalisé auprès de Marianne Dollander (MCF) et soutenu en présence de notre directrice de thèse le Professeur Joelle Lighezzolo-Alnot en Juin 2011. Influencé par les mots de Sylvie, la construction du féminin nous semblait se présenter sous un questionnement nouveau, intégrant dorénavant l'hypothèse d'un corps qui n'était pas perçu uniquement comme une matrice originelle, mais plutôt comme le lieu d'une symbolisation identitaire constante et continue dont le flux pouvait renforcer ou entraver l'expression du soi sexué. Cette nouvelle perception de la féminité que nous espérions explorer théoriquement voire conceptualiser semblait toutefois pouvoir être entravée par des circonstances exogènes comme celles exprimées par Sylvie ce jour-là.

Aujourd'hui, nous comprenons que cette mise en tension entre la féminité, le processus de mentalisation et ses éventuelles entraves ont été à l'origine de notre intérêt pour la pratique de l'épisiotomie. Effectivement, nous avons souhaité rendre compte de leurs entrelacs comme de leur complexité dans un travail de recherche, mais surtout, nous souhaitions questionner leur devenir lorsque les bases corporelles de cette identité sont bousculées par un événement extérieur et/ou intérieur tel que les modifications corporelles liées à la parturition et notamment ce qui était signifié derrière l'expression « *j'ai été coupée* » énoncée par Sylvie. Afin de préciser notre objet d'étude nous avons essayé de comprendre ce que signifiait « être coupée » pour cette femme. Nous nous souvenons encore de notre profond étonnement lorsque nous avons découvert que ce mot faisait appel à la pratique de l'épisiotomie, puis lorsque nous avons compris ce mode opératoire et enfin, lorsque nous avons appris que cette chirurgie du périnée est un fait courant des salles de naissance.

Depuis notre enfance, nous considérons que la naissance était une "affaire de femmes" ce qui laissa une certaine vacuité nécessaire au maintien de notre naïveté concernant le processus de parturition pendant des années. Tout au plus, la naissance était à nos yeux un fait divers naturel. Cela, d'autant plus que nous avons appris qu'excepté de rares situations

critiques, le fait de donner la vie était toujours un évènement qui se déroulait à l'abri des regards et surtout, que le processus se passait toujours plus aisément en notre absence. De fait, nous étions convaincu que le processus de parturition se déroulait de manière naturelle, sans intervention active autre qu'une assistance médicale visant à surveiller le bon déroulement de l'expulsion. Cette croyance était quant à elle recouverte du drap blanc protégeant l'intimité des femmes en couche, délicatement posé sur leurs genoux pour éviter que le regard ne se porte vers la réalité du corps que nous ne pourrions toujours qu'imaginer avec réflexion et empathie et non avec mêmeté corporelle. La mise en place de notre travail de recherche a donc été l'occasion de nous confronter à la différence. Une différence des corps, une différence de places symboliques mais aussi la différence des sexes au sein desquelles nous souhaitions mieux comprendre les enjeux psychodynamiques inhérents au processus de maternalité (Racamier et al, 1961 ; Delassus, 2011 ; Proia-Lelouey et Schvan, 2011) et ce, en fonction du vécu de l'accouchement. La pratique de l'épisiotomie en tant qu'objet exclusif d'un féminin accueillant le maternel via l'éprouvé corporel nous est donc apparue comme une pratique engendrant un discours cristallisant l'ensemble des dimensions qui nous touchaient en tant que sujet d'un point de vue personnel mais aussi professionnel.

1.2. Quels discours ambiants au sein de la pratique de l'épisiotomie ?

Afin de mieux cerner notre objet d'étude, nous nous sommes ensuite intéressé au discours ambiant concernant l'épisiotomie. Très vite, en parcourant certains forums et sites dédiés à la périnatalité, certains articles de journaux ou via une recherche par mot clé dans un moteur de recherche, nous avons découvert que l'épisiotomie était une pratique sujette à de nombreuses polémiques très largement commentées en dehors de la sphère scientifique stricte. L'incision du périnée semblait effectivement cristalliser des positionnements très antagonistes.

Qu'elle soit décrite par des patientes ayant reçu une épisiotomie ou par le corps professionnel, la pratique de l'épisiotomie était d'une part décrite de manière très médicale, dénuée d'expressions subjectivées porteuses d'affects et souvent, associant de nombreux mécanismes de défense de type isolation, rationalisation ou encore intellectualisation. Ces énonciations étaient majoritairement centrées sur l'efficacité associée à l'idée de la pratique de l'épisiotomie tout en excluant la sphère émotionnelle et l'expression subjective individuelle². D'un autre côté, nous avons découvert un tout autre discours sur l'incision du périnée. Plus

² *Notons toutefois qu'au fil des années, nous avons perçu une évolution du positionnement des parturientes comme des professionnels au sujet de la pratique de l'épisiotomie s'exprimant par le biais d'une libération de la parole subjective et une médiatisation accrue des positionnements individuels.*

souvent porté par des femmes ayant bien souvent mal vécu leur accouchement, ce discours était cette fois-ci très prolix et critique à l'égard de cette pratique chirurgicale et il nous a semblé que le but de cette expression de soi était de retranscrire à autrui une réalité ayant été vécue comme source de souffrance voire traumatique. Ce vécu se retrouve par exemple dans le témoignage que nous a laissé Eliette Abecassis au sein d'un ouvrage adapté au cinéma portant en partie sur son vécu de la maternité et l'accouchement (Abecassis, 2005). Au sujet de l'épisiotomie, elle dira par exemple :

« Il doit y avoir un programme dans le cerveau pour effacer la douleur. Car plus tard, tout se sera effacé de ma mémoire. Comme par magie. Mais la vérité c'est ça, dans un accouchement, on vous déchire à l'intérieur et on vous recoud avec du fil et une aiguille ».

Cet extrait, associé entre-autre à d'autres prises de position de l'auteur à l'encontre de la médicalisation de la naissance, des pratiques intrusives ou encore de l'objectalisation des corps avait pour but de souligner une forme de passivité très difficilement vécue par les parturientes à l'instar du témoignage d'Ana relayé au sein d'un article portant sur les violences obstétricales (Meysenq, 2016).

« Je ne voulais pas d'épisiotomie, j'avais prévenu l'hôpital. Mon accouchement se passait très bien, mais le gynécologue a tenu à en faire une. J'ai protesté, ça n'a rien changé (Ana, octobre 2016) ».

Face à ces éléments, et la multiplication d'articles de journaux à charge à l'encontre de la pratique de l'épisiotomie à l'instar de celui publié par Valdayron en juillet 2017 dans Marianne et intitulé *“On m'a retiré ma vie sexuelle” : l'épisiotomie l'acte qui peut traumatiser autant qu'il humilie*, il semblait donc pertinent pour le psychologue de comprendre les raisons subjectives ayant poussé certaines parturientes à adopter des prises de position aussi tranchées.

Interpellé par la dualité et le paradoxe de ces deux types de discours, plusieurs questions nous ont traversé l'esprit et nous avons décidé de les garder comme le fil directeur de notre approche exploratoire. L'épisiotomie n'était-elle qu'un acte isolé non traumatogène dont l'impact ne se limitait qu'à une expression défensive ? Engageait-elle pour certaines femmes un vécu traumatique ? Et si tel était le cas, était-il question d'un traumatisme exogène ou était-il le résultat d'une collusion entre le vécu subjectif de la parturiente et l'acte incisif de l'obstétricien ? Est-ce que le contexte interventionnel et les composantes individuelles des parturientes avaient un impact sur le vécu lié à la pratique de l'épisiotomie ? Face à l'ensemble de ces questionnements, nous nous sommes donc naturellement interrogé sur la réalité psychique associée à la pratique de l'épisiotomie et cette dernière s'est donc imposée comme un sujet de recherche évident à nos yeux.

2. ELEMENTS ETHIQUES ET EPISTEMOLOGIQUES LIES A L'ETUDE DE L'EPISIOTOMIE

A la suite de nos explorations cliniques, nous avons décidé d'engager notre questionnement au sein d'une dynamique de recherche par le biais de la réalisation d'un travail de thèse portant sur l'épisiotomie. Nous avons souhaité nous investir dans ce parcours dans le but de formaliser avec éthique et objectivité une co-construction de nouvelles connaissances que nous souhaiterons mettre au service de nos pairs et de toutes les femmes concernées par la pratique de l'épisiotomie. Nous présentons donc dans cette deuxième partie les bases éthiques et dans un second point le positionnement épistémologique qui a été adopté durant toute la durée de notre recherche.

2.1. Principes éthiques adoptés

Avant d'approfondir théoriquement notre objet d'étude, il est important de rappeler certains principes éthiques devant constituer le canevas central du positionnement que nous avons adopté durant ces années de recherche. Pour commencer, il nous semble que le travail de chercheur en psychologie clinique est par certains aspects relativement proche du travail inhérent à la pratique clinique quotidienne. Accompagner un travail d'introspection consiste à permettre à l'autre de se découvrir lui-même au travers de l'énonciation d'un savoir expérientiel logé dans le sujet. Le clinicien doit donc avec neutralité, sans projections, accompagner ce mouvement afin de permettre au patient de tresser une compréhension émotive et intellectuelle de sa problématique. De son côté, le chercheur doit s'engager également dans une démarche dialectique premièrement avec son objet d'étude et deuxièmement avec lui-même.

Nous aurons donc à cœur de préserver ces précautions éthiques notamment au travers des choix méthodologiques que nous avons opérés mais aussi au travers de notre positionnement théorico-clinique que nous espérons le plus objectif possible. Cela, même si à l'instar de Bion (1974, p.197) nous considérons que « toute pensée telle qu'elle est ordinairement connue, c'est-à-dire comme attribut de l'être humain, est fausse ». A notre sens, cela signifie qu'il est impossible pour quiconque de présenter un discours totalement objectif car le support même de ce discours, l'être humain, est un construit subjectif proposant une interprétation subjective du réel dont la tendance est de se diriger vers l'objectivité.

Nous ne prétendons donc pas atteindre une vérité absolue, mais nous essayerons de prétendre au "vrai" en nous appuyant sur les éléments objectifs de notre méthodologie mais aussi la connaissance de notre propre subjectivité que nous utiliserons à bon escient dans ce

travail. Enfin, il nous semble primordial d'exclure d'emblée tout positionnement militant à l'égard de la pratique de l'épisiotomie. Cet aspect constituera le fil directeur de notre positionnement et il sera le garant du sérieux scientifique de notre démarche. Il nous permettra de construire un corpus de connaissances dont le but premier sera de mettre du sens sur le vécu rapporté des parturientes. De même, il exclura de fait tout positionnement où le savoir est présenté comme une vérité intangible et ce, de manière à ce que les connaissances construites se trouvent toujours impliquées dans une dynamique dialectique interdisciplinaire à l'image de notre champ de recherche : la périnatalité.

2.2. Positionnement épistémologique : interdisciplinarité et intégrativité

Au cours de la mise en place de notre travail de recherche, nous nous sommes rendu compte que notre démarche invoquait une réalité épistémologique particulière que nous souhaitons commenter. En effet, étudier l'incidence potentielle de l'épisiotomie sur la psyché revient tout d'abord à faire coexister sciences humaines et sciences médicales dans un rapport visant un enrichissement réciproque au bénéfice de la santé. Mais alors que depuis 1948, l'idée d'une santé multimodale et interdisciplinaire est affirmée par l'O.M.S.³ ces conceptions ne se sont seulement diffusées en France qu'au cours des années 90 pour finalement s'affirmer au détour des années 2000. Ainsi, dans le contexte périnatal qui nous importe, la naissance est aujourd'hui considérée comme un évènement situé à l'interface de plusieurs dimensions et notamment les dimensions médicales, sociales et psychologiques⁴ (Missonnier, 2006 ; Molénat, 2001, Molénat, 2010). Cette idée d'interdisciplinarité a premièrement été esquissée au sein du second plan périnatal français (1994-2000) (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville et Haut Comité de Santé Publique, 1994) puis, poursuivie et affirmée au sein du troisième plan périnatal (2005-2007) (Solidarité-santé.gouv, 2005) et de la circulaire n° 2005-300 du 4 juillet 2005 qui lui était associée (Puesh, 2008). Dans les faits, le plan périnatal de 1994-2000 avait comme objectif subsidiaire de renforcer la place de la dimension sociale et affective dans l'accompagnement périnatal, alors que le troisième plan périnatal (2005-2007)⁵ souhaitait quant à lui renforcer la pratique interdisciplinaire en réseau, instaurer la mise en place d'un entretien prénatal précoce visant à laisser place à la subjectivité des parents et réaffirmer

³ S'écartant du modèle biomédical en vigueur, l'OMS définit depuis 1948 la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social [...] ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (O.M.S, 1946, p.2).

⁴ Ces conceptions sont en partie liées à l'idée portée par Molénat faisant de l'interdisciplinarité mise en œuvre au sein des réseaux périnataux une pierre angulaire de la conceptualisation de l'accompagnement périnatal.

⁵ Outre la réduction de 15% de la mortalité infantile et de 40% de la mortalité maternelle en couche.

le rôle du psychologue en périnatalité (Puesh, 2008). Effectuer une recherche sur l'impact psychique potentiel de l'épisiotomie se situe donc dans le cadre de cette volonté politique basée sur l'idée que l'interdisciplinarité est la source d'un enrichissement co-contractuel visant la construction d'un accompagnement médical humanisé et efficient bénéfique aux mères, aux pères, à leur(s) enfant(s) mais aussi aux professionnels de santé.

Dans un second temps, nous souhaitons avertir le lecteur sur l'aspect intégratif pris par notre approche. En effet, bien que majoritairement baigné par un éclairage psychodynamique ce travail de thèse s'est ouvert à d'autres conceptions à l'instar de la psychologie de la santé. Ce faisant il s'inscrit dans une démarche méthodologique inscrivant à la fois une dimension quantitative (souvent évaluée par questionnaire et spécifique de la psychologie de la santé) et une approche qualitative des processus conscients et inconscients du sujet (spécifique de l'approche psychodynamique). Cela, car nous considérons que chaque individu est porteur d'une histoire subjective propre dont les nombreuses ramifications ne peuvent s'appréhender qu'au travers des méthodes et théories proposées par la psychologie d'orientation psychanalytique. Par le biais de ce dialogue théorique, nous proposons donc une étude holistique du vécu lié à la pratique de l'épisiotomie que nous présentons dans cette dernière partie.

3. ENJEUX CONTEMPORAINS

La pratique de l'épisiotomie est une donnée médicale qui aujourd'hui est traversée par de nombreux questionnements sociologiques, anthropologiques ou encore politiques. Ces derniers, très actuels en France depuis un peu plus d'une année ont plongé notre travail de recherche en ligne au sein d'une actualité politique et scientifique que nous présentons dans une première partie. Puis, nous esquissons dans une seconde partie certaines données obtenues par le biais d'une recherche exploratoire sur le sujet avant de présenter la problématique de notre écrit et les perspectives attendues de notre travail de recherche.

3.1. Quelle actualité en 2018 ?

Depuis un peu plus d'une année, la pratique de l'épisiotomie qui était déjà soumise à de nombreux questionnements en France depuis les années 90 a été le lieu d'une polémique initiée par la secrétaire d'état chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes, Marlène Schiappa. Auditionnée au Sénat en juillet 2017, celle-ci a en effet avancé un taux d'épisiotomie particulièrement élevé et erroné (75%), et annonçait dans le même temps qu'elle lançait une

mission portant sur les violences obstétricales (Durand, 2017), mobilisant alors une réaction de la plupart des syndicats de la profession obstétrique : Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) présidé par M. le Professeur Israël Nisand, La Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM), la Société Française de Gynécologie (SFG) et le Conseil National Professionnel des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNPGO) présidé par Mme le Dr Michèle Scheffler et interlocuteur institutionnel regroupant l'ensemble des professionnels du champ obstétrique français (CNPGO, 2018). La parution des résultats de la dernière enquête périnatale publiée par Blondel et al., (2017a) soulignant la baisse continue des épisiotomies depuis 2016, a constitué une réponse appropriée et une manière de montrer l'intérêt des professionnels de santé pour le bien-être des parturientes (Blondel et al., 2017a). De même, la Haute Autorité de Santé (HAS) qui avait déjà rappelé en 2005 la nécessité de respecter la loi Kouchner n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé = sur le recueil du consentement du patient pour la pratique de l'épisiotomie (H.A.S, 2005 ; Legifrance, 2002 ; Venditelli et al., 2005) a publié en décembre 2017 de nouvelles recommandations en accord avec celles formulées par le CNGOF en 2005 et celles du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en 2014 (CNGOF, 2005 ; NICE, 2014 ; HAS, 2018). Ces recommandations proches de celles émises par l'OMS en 2018 rappellent qu'il n'existe aujourd'hui aucune recommandation en faveur de l'épisiotomie systématique tout en rappelant que l'incision du périnée pouvait être judicieuse en fonction des situations laissées à l'évaluation de l'opérateur (HAS., 2018, WHO, 2018).

L'actualité et les enjeux inhérents à la pratique de l'épisiotomie ne semblent pas réservés au champ politique et, nous pouvons remarquer que d'autres champs plus militants comme le champ associatif lui ont également porté un intérêt particulier. C'est ainsi que le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) s'est emparé de cette problématique depuis des années en se faisant de manière militante le relai du positionnement des parturientes (CIANE, 2013). Il soulève de nombreux questionnements en lien avec la médicalisation de la naissance au travers de communiqués et en assurant un lobbying actif en faveur d'une diminution de la pratique de l'épisiotomie.

Tel que nous l'avons décrit, nous pouvons remarquer que la pratique de l'épisiotomie est aujourd'hui au centre d'une actualité mouvementée. De nombreux questionnements sont au cœur des enjeux politiques qui la concernent et un des aspects sur lequel il n'y a que très peu de réponses aujourd'hui porte sur le vécu subjectif des parturientes qui lui est conséquent. Nous

discuterons de cet aspect dans le point suivant dont le but est de présenter un état des lieux de la littérature dans ce domaine avant de définir la problématique qui sous-tend notre recherche.

3.2. Quel impact psychique potentiel ?

Si l'épisiotomie représente environ 20% des accouchements en France en 2014 (19.9%), son emploi reste très élevé dans certaines autres régions du monde comme en Asie, au Moyen-Orient ou encore dans certains pays d'Europe de l'Est (Goueslard et al., 2018 ; Clesse et al., 2018a). Le degré d'incidence de notre recherche est donc extrêmement large et il est important de souligner que les futures conclusions de nos travaux impliquent potentiellement plusieurs centaines de millions de femmes par an. Pourtant, malgré son intérêt notoire, nos précédents travaux et notamment la rédaction d'un mémoire de recherche préalable nous ont permis de constater l'extrême rareté voire l'absence de travaux en psychologie portant sur l'épisiotomie. Hormis quelques travaux dans le champ de la psychologie de la santé évaluant de manière isolée des éléments symptomatiques comme le stress et l'anxiété ou la satisfaction liée à l'accouchement, il n'existe aucune recherche ayant réalisé une observation fine de l'impact subjectif de l'épisiotomie sur le plan conscient et/ou inconscient. Par ailleurs, nous n'avons trouvé aucun article empirique, ni aucune revue de littérature sur l'épisiotomie ayant une tonalité discursive guidée par la réflexion psychodynamique, la psychopathologie ou l'approche psychosomatique. Tout au plus, quelques brefs passages disponibles dans des ouvrages psychanalytiques généraux traitant de la maternogénèse abordaient la question de l'incision du périnée comme une donnée clinique subsidiaire mais jamais en tant qu'objet d'étude. Cela, en dépit des nombreux plaidoyers à l'instar de celui intégré à l'ouvrage dirigé par Kitzinger en 1972 intitulé "*Episiotomy : physical and emotional aspect*" soulignant la nécessité d'explorer l'impact psychologique de l'incision du périnée (Kitzinger, 1972).

Plus de 45 ans après, le manque de travaux préalables laisse donc la possibilité d'explorer un champ théorique nouveau, conférant à notre recherche une tonalité exploratoire que nous tentons de construire au travers du recueil d'éléments disponibles dans la littérature scientifique. N'ayant aucune base théorique sur laquelle étayer notre réflexion, notre recherche se trace donc un chemin exploratoire visant à étudier l'existence potentielle d'un effet ou impact de l'épisiotomie au niveau psychique sous un angle conscient et inconscient. Notre travail de thèse a donc tenté de répondre à la problématique exploratoire suivante :

« Existe-t-il un impact lié à la pratique de l'épisiotomie entraînant des conséquences psychiques potentielles chez la parturiente ? »

Cette problématique articule en conséquence deux perspectives de recherche. La première a pour but d'approfondir les connaissances théoriques portant sur la métapsychologie de l'accouchement obstétrical, mais également, sur le processus de maternogénèse, la mentalisation, et la valence somatopsychique qui lui est associée. La seconde perspective est cette fois-ci clinique et cette dernière est construite en fonction des trois axes de prévention (primaire, secondaire, tertiaire) en matière de santé tels que définis par l'OMS (2004b). Elle a aussi comme ambition principale d'éclairer une demande latente portée par des intervenants médicaux de plus en plus sensibilisés à la place que prend la dimension psychique dans tout événement corporel et ce, dans le but d'adjoindre plus d'humanité à nos démarches de soin. Puis, elle vise à améliorer le confort psychologique des mères durant la période du post-partum en proposant des modalités d'accompagnement interdisciplinaires ajustées au plus près des résultats que notre étude fournira. Enfin, elle a également pour but de prévenir l'apparition de certaines perturbations et ou conséquences psychopathologiques ayant potentiellement pris leur origine dans la réalisation de l'épisiotomie.

Pour mener à bien cette entreprise, nous nous sommes plongés dans les soubassements théoriques inhérents à notre recherche afin de donner une structuration à notre réflexion. Dans un second temps, nous organisons et présentons l'ensemble des choix méthodologiques concomitants aux hypothèses théoriques. Nous y justifions entre autres, le choix de nos outils et les critères spécifiques permettant de valider ou invalider nos hypothèses. Puis, un troisième temps est consacré à la présentation des résultats bruts obtenus au travers de nos analyses puis leur interprétation. Cette partie est par ailleurs complétée par une analyse fine de deux situations cliniques ayant pour but d'exemplifier les résultats obtenus. Ensuite, un quatrième temps est consacré à l'émergence d'une discussion argumentée basée sur l'interprétation de nos résultats. Une comparaison est réalisée avec les données disponibles dans la littérature et nous tentons de dessiner dans cette partie une réflexion concernant l'impact psychique possible d'une épisiotomie tout en y associant une partie portant sur notre positionnement transféro-contretransférentiel. Enfin, nous concluons ce travail de thèse en reprenant les éléments saillants de notre travail et, en présentant les différentes perspectives théoriques et implications pratiques de cette recherche dont l'intérêt premier réside en l'apport d'un éclairage supplémentaire au service du bien-être des femmes.

CADRE THÉORIQUE

1. L'ÉPISIOTOMIE : QUEL ÉTAT DES LIEUX EN 2018 ?

Pour un spécialiste de l'intrapsychique tel que le psychologue, appréhender un objet de recherche tel que l'épisiotomie nécessite de réunir certaines connaissances générales entourant cet objet d'étude afin de contextualiser sa compréhension. Au cours de l'histoire, l'incision du périnée a été commentée par de nombreux professionnels de l'obstétrique, de la gynécologie, par des sages-femmes, des épidémiologistes, mais aussi des sociologues, des anthropologues, des psychologues ou encore des psychanalystes. Les connaissances théoriques autour de notre objet d'étude sont diverses et, nous avons conscience que l'angle d'approche que nous choisissons pour l'aborder imprènera d'emblée la dynamique de notre travail. Après mûres réflexions, nous avons choisi d'aborder la problématique que recouvre l'épisiotomie en l'inscrivant au préalable dans son contexte immédiat, celui de l'accouchement, lui-même inscrit en Occident dans un contexte temporel et socio-culturel spécifique que nous souhaitons préalablement décrire. Ce parcours que nous prenons permet de donner une certaine profondeur au contexte médicalisé ayant entraîné l'apparition et la généralisation de la pratique de l'épisiotomie. Puis, après avoir rappelé notre position non médicale, nous tenterons de décrire le plus précisément possible le déroulement d'un accouchement médicalisé en précisant le contexte interventionnel potentiel au sein duquel il se déroule ainsi que le mode opératoire de l'épisiotomie. L'ensemble de ces préalables nous mènera ensuite vers une présentation de l'histoire de la pratique de l'épisiotomie et son actualité épidémiologique contemporaine. Enfin, nous présenterons l'ensemble des données épidémiologiques spécifiques à la pratique de l'épisiotomie en différenciant son incidence populationnelle et les facteurs qui lui sont associés. Ces éléments composant la première partie de notre section théorique constituent la base théorique interdisciplinaire nécessaire à une compréhension précise de la pratique de l'épisiotomie.

1.1 Une intervention obstétricale fruit d'une évolution culturelle, sociale et médicale

Accoucher aujourd'hui dans nos sociétés occidentales est le résultat d'une évolution progressive dont nous avons hérité, mais aussi, un rite de passage amenant l'humain à tutoyer ses racines animales. Simultanément biologique, médical, anthropologique, sociologique et

culturel, l'accouchement est un processus composite. Il prend son sens dans une tension résultant d'opposés symboliques tels que le biologique et le psychologique, la vie et la mort, l'intime et le social ou encore le privé et le public. Au fil des âges, l'évolution de l'accouchement occidental a été enrichi des découvertes scientifiques qui lui sont concomitantes, mais aussi, des courants idéologiques entourant la naissance. Cet ensemble est à l'origine de l'apparition de mouvements et conceptions de la naissance que nous souhaitons présenter afin d'inscrire notre objet d'étude au sein de son contexte immédiat. Pour ce faire, nous décrirons dans une première partie l'évolution pris par l'accouchement en Occident. Puis nous montrerons comment l'institutionnalisation et la médicalisation de la naissance ont permis l'apparition et la généralisation de l'épisiotomie et enfin, nous présenterons les études portant sur le vécu de l'accouchement médicalisé dans le but d'inscrire notre problématique de recherche dans son contexte immédiat.

1.1.1 Evolution de l'acte de parturition au travers des âges en Occident

L'histoire de l'accouchement est riche d'évolution et de transformations à l'origine de notre façon d'appréhender ce processus aujourd'hui et des composantes techniques qui lui sont associées. Afin de présenter ces évolutions nous décrirons les différentes étapes traversées par l'accouchement jusqu'à notre époque contemporaine et l'idéologie qui lui est associée.

✓ De la naissance de l'accouchement à son inscription dans les socius occidentaux

Originellement considérée comme un acte purement biologique réalisé seul et à l'abri des regards comme le réalisent la plupart des êtres vivants, la parturition a été soumise à de nombreuses évolutions phylogénétiques. Ces dernières ont profondément modifié l'action de mettre au monde en y ajoutant une dimension intersubjective. En effet, l'apparition de la bipédie (-3 millions d'années) ainsi que celle de l'encéphalisation et son corrélat la néoténie (-2 millions d'années) ont considérablement augmenté la difficulté des accouchements et, cette dernière est devenue équivalente à celle de nos accouchements contemporains vers 500000 avant notre ère (Rosenberg et Trevarthan, 2002 ; Dunsworth et Eccleston, 2015). Dorénavant marqué par une perception accrue de la douleur et un sentiment de vulnérabilité, l'acte de parturition s'est paré d'un sens interpersonnel et socioculturel notamment par le biais d'une recherche d'assistance et d'empathie que nous pouvons observer dès le paléolithique (White et Bisson, 1998 ; Rosenberg et Trevarthan, 2002 ; Tessière et Suarez, 2008 ; Jelinek, 2012 ; Dunsworth et Eccleston, 2015). Cette notion première a permis de donner au statut biologique de

l'accouchement une coloration intersubjective et l'inscrire dans une valence relationnelle. A l'instar d'autres étapes symboliques de la vie telle que la mort, cette valence relationnelle a facilité la recherche de sens concernant cet événement dont l'impact réel et symbolique change à jamais la vie de la parturiente.

Cette recherche s'est notamment exprimée par l'association de tout un contexte magico-religieux visant à proposer une interprétation par le biais du registre imaginaire de l'accouchement. Ce contexte a été en partie médiatisé par le biais de l'iconographie passée (papyrus, bas-reliefs, hiéroglyphes...) montrant que l'accouchement est devenu très tôt un phénomène intersubjectif mais surtout social (Roush, 1979 ; Leroy, 2001, Haimov-Kochman et al, 2005). Au travers de cette incursion du social dans le biologique, l'accouchement s'est alors paré d'une place et fonction sociétale induisant l'apparition de socius lié à l'acte de parturition. L'ensemble de ce socius a alors inscrit l'accouchement dans une dynamique sociale induisant ainsi l'apparition de phénomènes de ritualisation et par corrélation l'incursion de techniques et objets dédiés que nous pouvons aujourd'hui considérer comme les prémices de la médicalisation de la naissance (Allaily, 1996 ; Leroy, 2001 ; Haimov-Kochman et al, 2005). Par exemple, dès la période Egyptienne, l'accouchement s'inscrivait dans une dynamique rituelle déjà très codifiée. Il était majoritairement réalisé en position accroupie et se déroulait aux abords d'un temple dédié (faisant écho à la naissance d'Horus appelé "Mamisi") et il pouvait inclure l'utilisation de briques de naissances rituelles ou d'une chaise de parturition (Allaily, 1996 ; Leroy, 2001 ; Haimov-Kochman et al, 2005). En acquérant un statut interpersonnel puis social, l'accouchement s'est alors teinté de considérations magiques, religieuses et ésotériques qui ont réciproquement eu en conséquence une influence sur son déroulé par le biais de codes, règles et normes sociales (socius) autres que celles imposées par le registre biologique.

✓ Socialisation et codification professionnelle de l'accompagnement de l'accouchement

La diffusion de socius entourant l'accouchement semble avoir eu une influence directe sur la dynamique affective et interpersonnelle entourant l'accouchement en induisant dès la Basse époque Egyptienne l'idée d'une professionnalisation de cette dynamique. Sur ce point, nous savons que dès le 7^{ème} siècle avant JC, une école de sages-femmes a été créée en Egypte (Sullivan, 1997 ; Leroy, 2001 ; Haimov-Kochman et al, 2005). A cette époque, même si de nombreuses parturientes ne bénéficiaient sans doute pas toutes d'un accompagnement

professionnalisés, l'idée que l'entraide (exclusivement féminine) offerte aux femmes en couches puisse être améliorée par une formation et l'expérience, a permis de considérer l'accouchement comme un fait marqué par le souci d'efficacité (Clesse et al., 2018c). Ce développement professionnel s'est par ailleurs précisé au cours de la période hellénique durant laquelle l'art maïeutique était uniquement exercé par des sages-femmes professionnelles ménopausées ayant déjà connu l'expérience de la maternité (Leroy, 2001 ; (Roush, 1979 ; Leroy, 2001 ; Pironti et Pirenne-Delforge, 2013). Amorcée dès la période Egyptienne cette dynamique a entre-autre permis la création et la diffusion de connaissances basées sur l'expérience de l'accompagnement de l'accouchement lors de la période hellénique.

Au niveau sociétal, la diffusion de cette dynamique de professionnalisation a permis l'entrée du domaine médical dans le giron professionnel de l'accouchement au cours de la période hellénique. Cette période a favorisé la production de nombreux traités tels que celui d'Hippocrate (V^{ème} siècle avant J-C) principalement connu pour avoir posé les bases de la sémiologie et de la clinique périnatale (Jouanna, 1992). A cette époque, la dynamique des connaissances portant sur l'accouchement était composée de considérations mythologiques mais aussi de connaissances cliniques basées sur des savoirs rationnels (Roush, 1979 ; Leroy, 2001). L'intrication de ces deux dimensions opposées et leur influence sur la gestion de l'accouchement au travers les âges reste aujourd'hui un champ d'étude encore très peu exploré. Néanmoins, nous savons qu'au niveau idéologique, l'approche médicale se basait sur la pathognomonie. Effectivement les réflexions d'Hippocrate présentaient une vision pathologique de l'accouchement composée de prodromes et symptômes (Gourevitch, 1984 ; Jouanna, 1992). Afin d'accompagner sa bonne réalisation, de nombreux procédés comme le type de présentation, certaines techniques obstétricales et surtout la position de l'accouchée y étaient évoquées pour pallier les difficultés de l'accouchement (Gourevitch, 1984 ; Jouanna, 1992). Dès ses débuts, l'incursion de la dimension médicale s'est donc basée sur une appréhension pathologique du processus de parturition qui continue encore aujourd'hui de s'exprimer au sein de nos conceptions contemporaines du modèle biomédical de la naissance.

Une des premières conséquences de cette incursion du savoir médical est d'avoir engendré une rationalisation de la transmission des connaissances cliniques qui a induit une hiérarchisation et une structuration des savoirs-faire autour de l'accouchement. Cette étape s'est adjointe aux socius entourant l'accouchement au cours de la période romaine. Plus précisément et même si ces aspects restent aujourd'hui discutables d'un point de vue féministe, le savoir théorique était l'affaire de philosophes et ou médecins tels que Soranos d'Ephèse ou Galien, et

il était transmis académiquement à des sages-femmes (nommées *obstétrix*) autorisées à réaliser des accouchements et certains gestes spécifiques (Roush, 1979 ; Gourevitch, 1984 ; Gazzaniga et Serarcangeli, 2000 ; Todman, 2007 ; Karamanou et al., 2013). Bien qu'éloignée de nos conceptions actuelles portant sur l'acquisition de connaissances dans le domaine de la santé (par le biais de l'expérience clinique elle-même nourrie par la théorie), cette approche dissociant théorie et clinique est restée majoritaire jusqu'au début de l'époque moderne. A la fin de l'Antiquité, l'accouchement était donc passé d'un fait initialement biologique à un fait social codifié, ritualisé par des pratiques professionnelles et religieuses intégrant au possible des données médicales. Il semblerait toutefois que cette organisation n'ait pas été transmise aux générations suivantes lors de l'effondrement de l'Empire romain plongeant le Moyen-Âge dans une situation de stagnation voire de régression en matière de gynécologie-obstétrique (Leroy, 2001 ; Ménager, 2014).

✓ L'émergence de l'institutionnalisation de la naissance

A partir du Moyen-Âge, la gestion de l'accouchement a été massivement influencée et limitée par le pouvoir religieux diminuant drastiquement l'accès aux connaissances cliniques acquises, ce qui a entravé dès le XI^{ème} siècle la dynamique professionnelle entourant l'accouchement (Leroy, 2001 ; Ménager, 2014). L'appréhension de l'accouchement était composée de superstitions, croyances, potions et onguents ou encore de techniques violentes comme la succussion hippocratique (Pecker et Roulland, 1958 ; Knibiehler et Fouquet, 1980 ; Laurent, 1989 ; Leroy, 2001 ; Ménager, 2014). Il avait plutôt lieu à domicile avec l'appui d'une parente (mère ou tante) ou de matrones très peu formées, et il pouvait faire intervenir un barbier en cas de difficultés graves ((Pecker et Roulland, 1958 ; Knibiehler et Fouquet, 1980 ; Gelis, 1986 ; Laurent, 1989 ; Leroy, 2001 ; Ménager, 2014). La mort en couche était commune et la réalisation de certaines manœuvres telles que la version podalique, certains touchers, l'embryotomie ou encore la césarienne, toutes héritées de l'Antiquité, étaient parfois réalisées. Enfin, hormis les enseignements promus au XII^{ème} siècle par Trotula de Salerne, l'ensemble des connaissances ne dépassait guère celles transmises par les écrits de Galien (Leroy, 2001 ; Laurent, 1989 ; Todman, 2007).

Cette stagnation semble s'estomper à partir du 13^{ème} siècle connu pour avoir permis la réapparition de sages-femmes appelées ventrières qui, parallèlement aux fonctions assurées par les matrones, affirmèrent leur utilité. Cependant, cette tendance s'est étiolée à partir du 15^{ème} siècle que l'on peut aujourd'hui caractériser comme celui de l'émergence et l'établissement

d'une rivalité professionnelle entre sage-femme/matrone et médecin/barbier (basée sur des critiques portant sur le manque de formation des sages-femmes et matrones⁶) (Leroy, 2001 ; Laurent, 1989 ; Ménager, 2014). Cette dynamique induite par la notion de genre se retrouve aujourd'hui largement commentée par la littérature sociologique, anthropologique et féministe portant sur l'histoire de la naissance (Clesse et al., 2018b). Néanmoins, au sein de ce contexte particulier, la fin du Moyen-Âge marque l'apparition des débuts de l'institutionnalisation de la naissance dont l'émergence s'est étayée sur plusieurs facteurs.

Tout d'abord, les premières traces d'une territorialisation de l'offre de soin sont apparues dès le XIII^{ème} siècle où certaines matrones étaient déjà payées par des municipalités et où l'accueil d'accouchées au sein de certains offices était déjà possible (Ménager, 2014). Cette dynamique s'est poursuivie par l'apparition au XIV^{ème} siècle de la première institution moderne dédiée à la naissance en France. Au dernier étage de l'Hôtel-Dieu, la création d'un office des accouchées connut une fréquentation grandissante, notamment lors du passage à l'époque moderne (Laurent, 1989 ; Leroy, 2001 ; Ménager, 2014). Cette première étape a été suivie ultérieurement par la création d'autres institutions posant ainsi les premières pierres de l'institutionnalisation de la naissance dans le monde.

D'autres facteurs plutôt déployés au cours de l'époque moderne sont pour leur part liés à l'évolution des connaissances. Premièrement, l'essor au XVI^{ème} siècle de l'anatomie impulsée par les travaux de Vésale ou Falloppio a permis de développer de nouvelles connaissances obstétriques tout en réactualisant celles de l'Antiquité héritées de Galien. L'invention de l'imprimerie un demi-siècle plus tôt a par ailleurs permis et facilité la circulation de ces savoirs mêlant à la fois des considérations cliniques, une iconographie idéalisée et de nombreuses superstitions populaires (Leroy, 2001 ; Gélis, 1977 ; Gélis, 1986). En Europe, ce décloisonnement des connaissances et leur publication ont favorisé la diffusion de nombreux traités à l'instar de ceux de Rosslin (1513), Rueff (1554) ou encore Paré (1549 et 1573) qui a astucieusement réhabilité la version podalique tout en améliorant la chaise d'accouchement, le spéculum ou encore les pieds de Griffon permettant l'embryotomie (Leroy, 2001 ; Drife, 2002). Cette dynamique s'est ensuite poursuivie au XV^{ème} siècle notamment au travers de l'apparition d'outils comme les forceps de Chamberlan ou encore la réalisation des premières césariennes sur femme vivante (1500) commentées par Rousset en 1581 (Gélis, 1986 ; Drife, 2002 ; Todman, 2007 ; Sheikh et al, 2013). Enfin, au XVII^{ème} siècle, c'est le fonctionnement

⁶ A l'exception des sages-femmes assermentées ayant étudié au Collège Saint-Côme (Clesse et al, 2018c)

reproductif qui tend à s'éclairer grâce à l'explication du fonctionnement ovarien réalisée par de Graaf ou encore la description de l'organisation épithéliale utérine de Malpighi.

Outre l'impact indéniable de ces avancées techniques et théoriques portant sur la mortalité en couche, c'est toute une dynamique d'acquisition des connaissances qui s'est construite au travers de cette création et diffusion des savoirs. Ces derniers ont permis la réactualisation de la dynamique de professionnalisation entourant l'accouchement ainsi que l'organisation et la transmission des savoirs maïeutiques constituant un second facteur impliqué dans l'établissement de l'institutionnalisation de la naissance. Ces facteurs ont ensuite été appuyés au XVIII^{ème} siècle par une vision sociétale et une politisation de la naissance entraînant à la fois l'apparition objective d'une vision médicalisée de la naissance et favorisant en filigrane le développement de son institutionnalisation.

✓ Politisation de l'accouchement et développement de la médicalisation de la naissance.

Un second aspect ayant facilité l'établissement de l'institutionnalisation de la naissance est le passage de l'accouchement de la sphère privée à la sphère publique. Cette transition s'est appuyée à la fois sur la professionnalisation de l'accompagnement des femmes en couche et sur la rivalité professionnelle qui lui fut subséquente à partir du XVIII^{ème} siècle. Malgré de nombreux efforts visant une meilleure professionnalisation des sages-femmes⁷, c'est un procès d'incompétence qui leur a été fait sur fond de remise en question des pratiques profanes et de rivalité de genre (Gélis, 1977 ; Héritier, 1996 ; Héritier, 2002 ; Masson et Schantz, 2018). Cette remise en question fut orchestrée par le "corps médical" avec le soutien de l'Église et elle est connue pour avoir entraîné et précipité à la fois une perte du rôle des femmes auprès des accouchées et l'incursion des hommes dans la salle d'accouchement (Gélis, 1977 ; Gélis, 1986 ; Kontoyannis et Katsetos, 2011).

Accompagnée de politiques étatiques accommodantes cette dynamique a également eu raison de l'indépendance des sages-femmes en les plaçant sous tutelle médicale mais également, elle créa une hiérarchie professionnelle à l'avantage des barbiers/chirurgiens (Gélis, 1977). A cette époque, le champ d'action masculin est donc passé de l'appréhension théorique

⁷ Certaines sages-femmes ont été par exemple formées à l'Hôtel Dieu puis rattachées en 1664 à la confrérie de Saint-Côme (Gélis, 1977 ; Leroy, 2001). L'enseignement qui leur était apporté était réalisé par les médecins et en France sanctionné par un examen d'apprentissage (Gélis, 1977 ; Kontoyannis et Katsetos, 2011). Enfin, il est important de rappeler le rôle prépondérant de Mme de Coudray dans la réalisation d'enseignements théorico-pratiques itinérants aidés de mannequins en tissus (Gélis, 1977 ; Leroy, 2001).

à la pratique clinique, et ce notamment en s'appuyant sur l'outillage obstétrique qui leur était réservé (Gélis, 1977 ; Gélis, 1986 ; Kontoyannis et Katsetos, 2011). C'est ainsi qu'à partir du XVII^{ème} siècle, la naissance est progressivement devenue une affaire masculine et le XVIII^{ème} siècle est dorénavant considéré comme celui de la perte du monopole de l'obstétrique tenu par les sages-femmes et matrones au profit des accoucheurs. De grands noms comme celui de Mauriceau⁸ ont ainsi pu marquer l'histoire de l'obstétrique au masculin et imposer une transition sociale à l'accouchement influencée par la notion de genre. Jusque dans les années 80, nos sociétés occidentales ont effectivement été marquées par une forte dichotomie associant masculin et sphère publique et le féminin à la sphère privée (Zemon Davis, 1991, 2002). La transition de genre opérée par l'accompagnement de l'accouchement a eu donc pour conséquence de faire de l'accouchement une affaire d'hommes ce qui fit basculer cette problématique dans le domaine public (Zemon Davis, 1991, 2002).

L'accouchement étant devenu un fait sociétal public, il s'est alors changé en un objet politique influencé par des politiques publiques mais aussi par l'idéologie sociétale qui lui était contemporaine à chaque période de l'histoire. C'est ainsi qu'au XVIII^{ème} siècle, l'accouchement qui était encore réalisé dans la peur des épidémies de fièvres puerpérales a été marqué par une volonté nataliste (Stockmann, 1974 ; Gélis, 1977). Jusqu'à présent l'attention des accompagnants se portait principalement sur les parturientes notamment car l'enfant à naître ne bénéficiait pas encore d'une considération spécifique (notamment car le taux de mortalité était très élevé avant l'âge de 5 ans). Le passage au XVIII^{ème} siècle ayant été marqué par des tensions géopolitiques fortes et un retour à des conceptions philosophiques renouvelées portant sur l'enfance⁹, de nombreuses sphères de la société ont mis en avant une valorisation de l'enfance par le biais d'une iconographie riche, d'ouvrages portant sur l'éducation et l'émancipation. Cette évolution sociétale européenne a été relayée par des politiques publiques accommodantes mais aussi par une attention particulière des chirurgiens concernant la survie de l'enfant. C'est ainsi que de nombreuses évolutions en matière d'obstétrique sont apparues.

Au besoin, l'accouchement pouvait impliquer l'utilisation des forceps améliorés par Levret (1703-1780) ou encore la pelvimétrie (parfois décriée) de Baudelocque (1745-1810) et

⁸ *Mauriceau est connu pour être le premier obstétricien en France et avoir érigé l'obstétrique en tant que spécialité médicale épurée de ses aspects profanes (Leroy, 2001). Par ailleurs, ses conseils prophylactiques et techniques comme son intérêt pour la lithotomie ont amorcé le développement de la médicalisation de la naissance dans le XVIII^{ème} siècle européen (Gélis, 1986 ; Drife, 2002).*

⁹ *En redécouvrant les travaux de la renaissance, les savants du siècle des lumières ont entre-autre développé de nouvelles conceptions idéologiques portant sur l'éducation, l'enfance et l'avenir... ayant influencé grandement la vision nataliste qui leur est contemporaine.*

Coutouly (Stockmann, 1974 ; Leroy, 2001). Au niveau européen, la généralisation de la lithotomie réputée confortable pour les accoucheurs entraîna un abandon progressif des chaises et lits d'accouchement. Parallèlement, l'utilisation de chirurgies s'est démocratisée malgré un taux de mortalité conséquente très élevé. Auparavant réalisées sur des femmes décédées en couches ou sur le point de mourir, la chirurgie a commencé à être employée afin d'éviter la mortinatalité et les décès des parturientes. Le XVIIIème est donc le siècle de l'apparition des premières chirurgies prophylactiques telles que les opérations césariennes ou les symphyses du pubis (Stockmann, 1974 ; Todman, 2007 ; Clesse et al., 2016). C'est aussi au cours de ce siècle qu'est apparu notre objet d'étude, l'épisiotomie, sous la plume de Sir Fielding Ould en 1742 (Clesse et al., 2018d, Ould, 1742). L'ensemble de ces évolutions est aujourd'hui considéré comme une des premières étapes de la médicalisation de la naissance dont il est nécessaire de préciser les contours pour comprendre comment s'est développé la pratique de l'épisiotomie.

1.1.2. Médicalisation de la naissance, technicisation de l'accouchement et vécu subjectif des femmes en couche.

A l'aube de notre époque contemporaine, les civilisations occidentales ont connu de profondes mutations techniques et scientifiques conjointes à l'industrialisation de nos sociétés, en se dirigeant vers une technicisation, une rationalisation des échanges et l'émergence de concepts tels que l'efficacité. Au niveau de la naissance, l'époque contemporaine a entraîné de profondes mutations notamment dans le domaine de l'obstétrique. Au fil des avancées médicales, l'accouchement a inclus de nombreux gestes techniques visant une réduction de la mortalité infantile et maternelle. Cette évolution a d'ailleurs entraîné l'apparition d'un protocolisation de l'accompagnement de la naissance que nous commenterons. Enfin, l'épisiotomie n'étant pas une intervention indépendante du déroulé global de l'accouchement, nous présenterons le parcours type d'un accouchement en Occident ainsi que les interventions qui lui sont associées. Cela, car la pratique de l'épisiotomie s'inscrit elle-même au sein d'une gestion technique globale qui lui est corrélée et pour laquelle, il est nécessaire d'appréhender les spécificités qui seront ultérieurement considérées comme des variables, voire des biais éventuels au sein de notre étude.

✓ Médicalisation, institutionnalisation et science obstétrique : un développement synchrone

Aujourd'hui, il est usuel de considérer que la médicalisation de la naissance et l'obstétrique ont connu un développement conjoint et que cette dynamique s'est exprimée à

partir du XIX^{ème} siècle ce qui a ensuite permis sa généralisation au XX^{ème} siècle. A cette époque, l'encadrement étatique de l'expansion démographique et les nombreuses avancées médicales ont amené la naissance à passer de la sphère sociale à la sphère médicale par le biais de l'institutionnalisation et la médicalisation de la naissance (Morel, 2007 ; Charrier et Clavandier, 2013). Cette mutation a été fortement encouragée par le taux de mortalité de l'époque qui dépassait souvent les 10% en Europe, alors que plus spécifiquement il concernait entre 3 et 15% des naissances françaises (en cas de fortes épidémies) (Beauvalet et Boutouyrie, 1997 ; Beauvalet-Boutouyrie, 1999 ; Cesbron, 2008). Les travaux visant à réduire ces taux ont été entre autres réalisés par Gordon (1818-1905) (concernant la fièvre puerpérale) ou Hervieux qui a mis en évidence la corrélation entre contagion, infection et manœuvres obstétricales (Leroy, 2001 ; Beauvalet et Boutouyrie, 1997 ; Beauvalet, 2010). Conjointement, la diffusion des travaux de Holmes (1809-1894) et les protocoles hygiéniques de Semmelweis (1815-1865) eux-mêmes liés aux découvertes de Lister et Pasteur (portant sur l'asepsie et l'antisepsie) ont entraîné une baisse de la mortalité en couche, mais aussi, un usage plus libéral des gestes techniques et obstétricaux tels que l'épisiotomie (Leroy, 2001 ; Beauvalet et Boutouyrie, 1997 ; Morel, 2007). Enfin, ces mutations ont été institutionnalisées par le biais de l'apparition des premiers protocoles de soins portant sur l'hygiène obstétrique médiatisés par Bishoff de Bâle et Tarnier (Beauvalet-Boutouyrie, 1999 ; Morel, 2007, Beauvalet, 2010). Ces avancées ont permis à la mortalité de s'établir à moins de 1% des naissances ce qui sécurisa l'accès à la parturition en institution et leva le dernier verrou entravant la généralisation de l'institutionnalisation de la naissance en Occident (Beauvalet-Boutouyrie, 1999 ; Morel, 2007, Beauvalet, 2010).

Au XX^{ème} siècle, la naissance et notamment l'utilisation de chirurgies obstétricales ont été encore plus sécurisées grâce à l'apparition des antibiotiques (mis en évidence par Fleming en 1929) puis des sulfamides (Leroy, 2001 ; Drife, 2002). Ces développements se sont ensuite associés à l'apparition de méthodes visant à combattre la douleur (Cesbron, 2008). L'emploi d'éther, de bromure, de chlorure ou encore d'hypnose s'est ensuite retrouvé supplanté par l'accouchement sous anesthésie grâce à l'apparition de sédatifs neurotropes et de la péridurale (Cesbron, 2008). Ensuite, le développement de la céphalométrie et de la radiopelvimétrie associé à la découverte de la synthèse de l'ocytocine (1948) et celle de la prostaglandine en 1968 a permis une meilleure évaluation des risques de l'accouchement (Drife, 2002). En parallèle, les avancées dans le domaine de l'hématologie (la compréhension des groupes et rhésus sanguins, l'apparition de l'ergométrine...) ont permis une meilleure prise en charge de

l'hémorragie du post-partum (Leroy, 2001 ; Drife, 2002). La mère en devenir étant alors plutôt préservée par toutes ces avancées, l'attention médicale s'est donc déplacée vers le fœtus avec le développement du "stéthoscope de De Lee", de l'échographie, du monitoring fœtal et des prélèvements sanguins in utero (Drife, 2002 ; McCool et Simeone, 2002). Il y eut également une amélioration de l'instrumentation obstétricale visant à faciliter l'expulsion de l'enfant avec l'apparition des forceps rotationnels de Kjelland (1916) (très prisés par les anglo-saxons) et l'amélioration de la ventouse faite par Malmström (1954) dont la popularité s'est affirmée à la fin des années 90 (Leroy, 2001 ; Drife, 2002).

Cette dynamique de médicalisation de la naissance que nous venons de décrire a par ailleurs été encouragée au niveau politique menant à la généralisation de l'institutionnalisation de la naissance. Tout d'abord au sortir de la Grande Guerre, les états, soucieux de préserver leur démographie, ont encouragé l'encadrement médical de la naissance par le biais des politiques accommodantes (Leroy, 2001). En France, cette démarche s'est appuyée sur la création de nouvelles maternités, l'embauche de personnel et la poursuite des travaux de réaménagement actés par Ancelet (Beauvalet, 2010). Plus tard, cette dynamique s'est poursuivie par la publication de bonnes pratiques (Guide des mères, 1935) et le remboursement de l'accouchement en 1939 entérinant législativement son nouveau statut médical (Thébaud, 1986 ; Morel, 2007 ; Thébaud, 2010). Appuyé par une volonté politique indéniable, les années 50 sont aussi le lieu d'un bouleversement concernant le lieu d'accouchement (notamment pour les classes moyennes). L'accouchement s'est alors déplacé du domicile à l'hôpital, ce que Knibiehler a appelé en 2007 "le grand déménagement" (Morel, 2007 ; Knibiehler, 2007 ; Knibiehler, 2016). Ce mouvement s'est poursuivi jusqu'à ce qu'accoucher à domicile soit devenu marginal à la fin du siècle (Morel, 2007 ; Charrier et Clavandier, 2013). A la fin des années 80-90, l'accouchement en occident était devenu un processus biologique et social, mais aussi un fait politique encadré par la médicalisation de la naissance et réalisé en institution.

✓ Accompagnement de l'accouchement occidental et prophylaxie : quelles conséquences ?

Aujourd'hui, l'accouchement occidental bénéficie de nombreuses technologies de pointe au service d'une sécurisation des risques entourant la naissance. Ces derniers sont par ailleurs mesurés et quantifiés grâce à l'élaboration et l'amélioration constante des outils et techniques obstétriques. Sur le plan idéologique, cette évolution a provoqué une profonde mutation de l'accompagnement de la naissance. Historiquement la naissance est plutôt

considérée comme un évènement pathologique et ce, jusqu'à preuve du contraire. En passant d'une conception de la naissance vue comme une fatalité à une naissance parfois planifiée, contrôlée, fantasmée et désirée, il est probable que nos sociétés occidentales aient été mues par la volonté de retirer à la naissance ses reliquats délétères. La diminution des risques létaux, puis la sécurité promulguée par les nombreuses évaluations protocolisées a en conséquence très certainement entraîné l'idée que la naissance ne devait dorénavant plus tutoyer son corrélat symbolique : la mort.

Une des principales conséquences de cette évolution idéologique est d'avoir associé à la naissance une volonté affirmée d'exclure le risque léthal mais aussi de réduire au maximum l'impact de la naissance sur la mère et l'enfant par l'adjonction de nombreuses politiques prophylactiques (Clesse, 2018d ; Rivard, 2014). Cette volonté que nous retrouvons par exemple dans les plans périnataux successifs, celui de 1971-1976, de 1994-2000 et même au sein de celui de 2005-2007¹⁰ affichent tous une augmentation des soins préventifs induisant une forme de médicalisation employée dans un but prophylactique (Puesh, 2008). Il est par ailleurs fort possible que l'hégémonie prophylactique en occident concernant la naissance soit un facteur principal de la médicalisation de la naissance (Charrier et Clavandier, 2013). En outre, la notion de prévention est possiblement un des catalyseurs ayant facilité la généralisation de l'usage libéral de techniques et/ou interventions obstétricales telles que la césarienne ou notre objet d'étude : l'épisiotomie (Beauvalet et Boutouyrie, 1997 ; Beauvalet-Boutouyrie, 1999). La généralisation de l'institutionnalisation et la médicalisation de la naissance (sous-tendues par une idéologie prophylactique) soulèvent alors de nouvelles questions concernant le vécu subjectif des parturientes. Nous commenterons donc ce point au sein de la partie suivante.

1.1.3 Vécu de l'accouchement et médicalisation : le cas de l'épisiotomie

Le cheminement de l'accouchement au fil des âges commenté par notre revue critique de littérature a pu montrer les nombreuses évolutions qui ont changé en profondeur le mécanisme de parturition et notamment ses modalités d'accompagnement. Pour un psychologue, l'ensemble de ces évolutions et notamment celles ayant un impact sur l'étayage relationnel n'est pas sans conséquences sur le vécu subjectif des femmes en couche. Afin de commenter ce point et à terme nous focaliser uniquement sur la pratique de l'épisiotomie, il est

¹⁰ Ce plan nommé "Humanité, proximité, sécurité qualité 2005-2007" avait pour but principal d'humaniser le rapport à la naissance et contenir les effets de la médicalisation via l'adjonction de politiques de santé plus humaines, une amélioration de l'environnement de la naissance mais aussi une volonté de réduire encore la mortalité maternelle de 40% et la mortalité périnatale de 15% (Puesh, 2008).

encore nécessaire de décrire le déroulé d'un accouchement afin de mieux comprendre le contexte subjectif global au sein duquel se déroule l'expérience particulière de l'épisiotomie. En effet, il nous semble que ce contexte puisse colorer le vécu des parturientes en insufflant de nombreuses perceptions subjectives qu'il est nécessaire de présenter afin de pouvoir les différencier ultérieurement de celles liées à la pratique de l'épisiotomie. Dans un premier temps, nous décrirons donc les différentes étapes d'un accouchement médicalisé. Puis, nous nous intéresserons au vécu des parturientes ayant eu un accouchement médicalisé. Enfin, nous questionnerons l'hypothèse d'un vécu spécifique lié à la pratique de l'épisiotomie.

✓ Déroulé de l'accouchement normal et suites de couches

Selon les traités d'obstétrique et de maïeutique de référence, l'accouchement normal est composé de quatre étapes distinctes. La première correspond à la phase d'effacement puis de dilatation du col utérin (Marpeau et al., 2012 ; Lansac et al., 2016). Cette phase durant généralement entre 6 et 18h est tout d'abord précédée de signes précurseurs potentiels comme une diminution du liquide amniotique, une perte de mucus majorée, et parfois par l'engagement du bébé qui se traduit souvent par une sensation de libération au niveau de l'estomac compensée par une sensation de pesanteur dans le bas ventre. Très souvent la première étape du travail est initiée par la perte du bouchon muqueux et l'apparition de contractions que la sage-femme ou l'obstétricien évalue généralement dans le but de différencier le vrai et le faux travail¹¹. Elle débute par l'effacement du col utérin puis par une phase de dilatation du col¹² composée de la phase de latence (jusqu'à 2-3cm) puis elle est suivie par une phase active (jusqu'à 8cm) marquée par une accélération de la dilatation du col et enfin une phase de décélération précédent la deuxième étape du travail (Marpeau et al., 2012 ; Lansac et al., 2016). Au niveau de l'accompagnement, cette étape est marquée par une évaluation clinique constante constituée de palpations de l'abdomen, de touchers vaginaux et parfois de prises de variables (pression artérielle, pouls, température, présence de sucre et de protéines dans les urines, surveillance du fœtus...) (Marpeau et al., 2012 ; Lansac et al., 2016).

La seconde étape du travail est celle de l'expulsion de l'enfant. Elle comprend dans un premier temps une phase d'effacement du col puis de dilatation cervicale qui se réalise plutôt de manière successive chez la primipare alors que ces étapes sont généralement simultanées

¹¹ *La régularité, la douleur, l'intervalle, la durée et l'intensité des contractions utérines associés à d'autres variables permettent généralement de différencier le vrai travail du faux travail (Marpeau et al., 2012).*

¹² *Il est possible que l'effacement et la dilatation soit conjoints notamment chez la femme multipare (Lansac et al., 2016).*

chez la multipare (*ibid.*). Puis, l'enfant à naître va traverser la filière pelvienne. La bonne réalisation de cette étape nommée “engagement” informera sur la tenue ou non de l'accouchement par voie basse. Cette étape est diagnostiquée par le biais de l'interrogatoire clinique et ou l'inspection (toucher vaginal et/ou palpation abdominale). Par la suite, la tête de l'enfant va se loger dans l'excavation pelvienne (s'il n'y a pas de présentation en siège) (Marpeau et al., 2012 ; Lansac et al., 2016). Dans un troisième temps, la phase d'expulsion s'amorce afin de permettre le dégagement de la tête de l'enfant, sa sortie, puis l'accouchement des épaules et du tronc (comprenant les risques de dystocies) et enfin, l'expulsion du siège puis des membres inférieurs. Ensuite, l'enfant est généralement posé sur le ventre de sa mère afin que le cordon ombilical puisse être coupé.

La troisième étape de la parturition comprend l'ensemble des processus physiologiques menant à l'expulsion du placenta et des membranes. Elle comprend premièrement l'apparition d'un hématome rétro-placentaire permettant le décollement du placenta puis, son expulsion (Lansac et al., 2016). Cette étape peut généralement être assistée par la sage-femme ou l'obstétricien. L'expulsion totale du placenta et des membranes permet ensuite la réalisation de l'hémostase qui marque l'apparition de la quatrième étape de la parturition qui est considérée comme une phase de stabilisation. Elle sera poursuivie par les suites de couches qui dépendront entre-autres du phénomène de lactation et du choix de la mère concernant l'allaitement. Elles seront aussi dépendantes des interventions obstétricales effectuées durant l'accouchement ou de la survenue éventuelle de déchirures et de la facilité de leur réfection.

L'ensemble de ce processus que nous venons de décrire est aujourd'hui extrêmement bien connu. De nos jours, il peut être étayé par de nombreux protocoles de soin et interventions que beaucoup regroupent sous le terme d'accouchement médicalisé, en opposition à l'accouchement physiologique qui se trouve dénué d'intervention non strictement nécessaires à la survie de l'enfant et sa mère. Nous aborderons cet aspect dans le point suivant, ce qui nous permettra de soulever le questionnement portant sur les effets des interventions obstétricales sur les parturientes dont la systématisation cristallise aujourd'hui de nombreux débats sur l'utilité de la médicalisation de l'accouchement (WHO, 2018).

✓ L'accouchement médicalisé : conséquences et impacts sur le vécu des femmes

Depuis de nombreuses années l'appellation médicalisation permet de désigner pour Inhorn (2006, p.354) « la tendance biomédicale à pathologiser des processus et des états

corporels considérés comme normaux, [*sachant qu'*] une telle pathologisation mène par ailleurs à un encadrement médical » (Ballard et Elston, 2005 ; Parry, 2008 ; Christiaens et van Teijlingen, 2009). La notion de médicalisation est donc aujourd'hui appréhendée comme une dynamique multidimensionnelle portée et orchestrée par un ensemble d'interactants réels ou symboliques visant à optimiser les conduites normales par le biais d'actions médicales et ce, dans un but majoritairement tourné vers la notion de prévention. Au niveau de la période périnatale, cette tendance dénommée "médicalisation de la naissance" s'observe très largement dans les pays occidentalisés et émergents notamment au travers d'une multiplication de procédures médicales pendant l'accouchement (Kennedy et al., 2015 ; Benyamini et al., 2017 ; Scamell et al., 2017). La période périnatale est donc aujourd'hui encadrée par de nombreuses dispositions médicales et interventions comme le monitoring fœtal, les échographies, l'utilisation des amniocentèses, le contrôle de variables telles que le poids, le diabète gestationnel ou l'HyperTension Artérielle (HTA) mais aussi, par la généralisation de la péridurale ou encore l'emploi d'interventions chirurgicales comme les épisiotomies et césariennes (Johanson et al., 2002 ; Parry, 2008 ; Kennedy et al., 2015 ; Benyamini et al., 2017).

Face à cette généralisation pointée premièrement par les travaux féministes puis par les études sociologiques et anthropologiques, la littérature scientifique s'est penchée sur ses possibles conséquences. Déjà esquissée au sein de notre discussion préalable, la médicalisation de la naissance aurait tendance à entraîner une focalisation sur les risques potentiels encourus lors de la parturition (Wagner, 2001 ; Nye, 2003 ; Smeenk et ten Have, 2003 ; Carricaburu, 2007 ; Parry, 2008 ; Behruzi et al., 2010 ; Bryers & van Teijlingen, 2010 ; Chadwick & Foster, 2014 ; Lane, 2015 ; Clavandier et Charrier, 2015). Puis, cette tendance entrainerait la multiplication de normes, une standardisation des soins et une technicisation de l'accouchement (Wagner, 2001 ; Davis-Floyd, 2001 ; Courtial & le Dreff, 2004 ; Miller & Shriver, 2012 ; Clavandier & Charrier, 2015). Cette dynamique entrainerait de fait, une augmentation et la généralisation du recours aux interventions médicales et paramédicales durant l'accouchement, et ce dans un but prophylactique mais aussi curatif (Wagner, 2001 ; Davis-Floyd, 2001 ; Johanson et al., 2002 ; Smeenk & ten Have, 2003 ; Clesse et al., 2018b).

L'ensemble de ces conséquences est source de profondes modifications de la perception de l'accouchement comme du vécu subjectif des parturientes. Dans ce contexte spécifique, de nombreux auteurs considèrent que la médicalisation engendre l'établissement d'un

accompagnement asymétrique profitant au corps médical¹³ et par corrélation une forme d'infantilisation des parturientes placées dans une forme de dépendance à la médecine et au champ médical (Broom & Woodward, 1996 ; Fox & Worts, 1999 ; Wagner, 2001 ; Davis-Floyd, 2001 ; Smeenk et ten Have, 2003 ; Courtial & le Dreff, 2004 ; Parry, 2008 ; Chanial., 2010 ; Azcue & Tardiff, 2012 ; Shabot, 2016 ; Jenkinson et al, 2017). D'autres études ont pu souligner que la médicalisation et ses conséquences pouvaient générer un oubli du corps organisé au sein d'un clivage somato-psychique partagé par les accompagnants et la parturiente, et que l'on retrouve sous l'appellation "Mind/Body separation" dans la littérature (Young, 1998 ; Davis-Floyd, 2001 ; Akrich and Pasveer, 2004). Ces aspects peuvent par ailleurs entraîner l'apparition de difficultés au niveau de l'embodiment (Cosans, 2001 ; Akrich & Pasveer, 2004 ; Walsh, 2010 ; Shabot, 2016) ou entraver la dynamique don/contre-don en jeu lors de l'accouchement (Azcue & Tardiff, 2012). Pour autant, la médicalisation n'engendre pas systématiquement un vécu négatif. Certaines études montrent par exemple une forme d'ambivalence des femmes à l'égard de la médicalisation de la naissance conjuguant à la fois une appréhension positive et négative (Broom & Woodward, 1996 ; Christiaens et van Teijlingen, 2009 ; Arunima, 2012 ; Parens, 2013). De même, en étant préservées des nombreuses situations potentiellement traumatogènes voire létales (Waggoner & Stults, 2010), certaines femmes et/ou catégories de populations semblent plutôt rassurées par l'approche médicalisée (Lazarus, 1997 ; Press & Browner, 1997 ; Fox & Worts, 1999 ; van Teijlingen, et al, 2004 ; Christiaens & Bracke, 2009 ; Inguaggiato et al., 2011 ; Miller & Shriver, 2012 ; Benyamini et al., 2017).

Ces études portant sur le vécu des parturientes ont permis de questionner de nombreux aspects liés au vécu des parturientes et ses conséquences. Seulement, l'étude de ce vécu est un phénomène complexe et multidimensionnel lui-même dépendant d'un contexte immédiat, déterminant bien souvent la perception globale de l'ensemble des composantes de l'accouchement (Fox & Worts, 1999 ; Larkin et al., 2012 ; Dixon et al., 2014 ; Macpherson, et al, 2016). Ce contexte impliquant des composantes sociales, environnementales, organisationnelles et/ ou procédurales (notamment au niveau des soins) mais surtout psychologiques et émotionnelles déterminera ensuite la satisfaction relative à l'accouchement des parturientes, ce qui colorera le vécu global de l'accouchement (Fox & Worts, 1999 ; Smith, 2001 ; Larkin et al., 2009 ; Larkin et al., 2012 ; Dixon et al., 2014 ; Macpherson et al., 2016).

¹³ Cette conception se retrouve commentée par le concept de "médical dominance".

Aujourd'hui, nous savons que le facteur de satisfaction le plus important est celui de la relation avec les professionnels (Macpherson et al., 2016) suivi par celui de la continuité des soins (Smith, 2001 ; Stahl, 2010 ; Dahlberg & Aune, 2013). De même, une attitude contenante et empathique des soignants (Kabakian-Khasholian et al., 2000 ; Parratt, 2002 ; Gerbaud et al., 2003 ; Bailham et al., 2004 ; Van duong et al., 2004 ; Gungor & Beji, 2012 ; Ford et al., 2009 ; Dencker et al., 2010 ; Stahl, 2010 ; Wilde-Larsson et al., 2010 ; Wilson & Sirois, 2010 ; O'Higgins, 2011 ; Larkin et al., 2012 ; Dahlberg et Aune, 2013) et un lien de confiance affirmé génèrent souvent une forte satisfaction liée à l'accouchement (Parratt, 2002 ; Jeschke et al., 2012 ; Larsson, 2011 ; Mas-Pons, 2012). Cette dernière est également favorisée par d'autres facteurs à l'instar du soutien du conjoint et de la possibilité de sa présence (Jeschke et al., 2012 ; Dunne et al., 2014). D'autres critères présentent une importance notable. Effectivement, la possibilité de faire preuve d'empowerment, le sentiment de contrôle et même la liberté de mouvement sont considérés comme des facteurs de satisfaction (Berg et Dahlberg, 1998 ; Campero et al., 1998 ; Lundgren & Dahlberg, 1998 ; Ford et al., 2009 ; Parratt, 2002 ; Dencker et al., 2010 ; Gungor & Beji, 2012 ; Larkin et al., 2012 ; Dessureault, 2015 ; Macpherson et al., 2016). L'ensemble de ces facteurs se trouve également lié avec l'apport de soins spécifiques (Van Duong et al., 2004, Iida et al., 2012), le sentiment de sécurité (Jeschke et al., 2012), avoir un enfant en bonne santé (Larkin et al., 2012) et une utilisation raisonnée ou restreinte des interventions médicales et/ou obstétriques, tous ces facteurs étant corrélés à une forte satisfaction (Fisher et al., 1997 ; Parratt, 2002 ; Kasai et al., 2010 ; Benyamini et al., 2017).

En revanche d'autres facteurs tels que les naissances planifiées, les extractions instrumentales, les césariennes en urgence l'expérience de la douleur, une forte utilisation d'analgésique lors du post-partum, la multiplication de soins techniques, une institution orchestrant simultanément de très nombreuses naissances, le déclenchement du travail, un séjour très court ou trop long, sont des facteurs sources de réticences et d'insatisfactions (Kabakian-Khasholian et al., 2000 ; Smith, 2001 ; Shetty, 2005 ; Rudman et al., 2008 ; Larsson, 2011 ; Dessureault, 2015 ; Macpherson et al., 2016 ; Pazandeh et al., 2017 ; Benyamini et al., 2017). Tel que nous le montre cette revue de littérature, le vécu de l'accouchement est un vécu multidimensionnel composé d'une intrication de très nombreuses variables externes et internes. A notre sens, tout travail de recherche portant sur un aspect spécifique de l'accouchement et ses conséquences sur le vécu des parturientes se doit donc de minimiser méthodologiquement les biais inhérents à l'ensemble de ces variables et ce, dans le but d'isoler au mieux l'objet

d'étude qui dans notre cas est l'épisiotomie. Nous prenons en considération ces aspects dans la réalisation de notre partie analyse.

✓ Peut-il exister un vécu spécifique à la pratique de l'épisiotomie ?

Comme nous l'avions annoncé, ce travail de recherche a pour but d'appréhender le vécu subjectif consécutif à la pratique de l'épisiotomie. Après avoir réalisé un détour théorique portant sur les évolutions prises par l'accouchement au cours de l'histoire et notamment lors de la période contemporaine, nous avons pu présenter le processus de médicalisation de la naissance lui-même connecté à celui d'institutionnalisation. Ce faisant, nous nous sommes penché sur le vécu global inhérent à l'accouchement médicalisé en isolant notamment les freins et les leviers de satisfaction qui lui sont subséquents. En outre, nous avons précisé que l'ensemble de ces facteurs tous intercorrélés donnait une tonalité multidimensionnelle globale au vécu de l'accouchement et qu'il était primordial d'appréhender cet aspect au niveau méthodologique avant de se pencher sur le vécu subjectif lié à la pratique de l'épisiotomie.

L'évocation de ce contexte particulier nous mène alors à questionner la possibilité de l'évaluation du vécu lié à la pratique de l'épisiotomie. Effectivement, la réalisation de cette chirurgie du périnée n'est pas une variable indépendante et isolée de l'ensemble des autres dimensions de l'accouchement. L'épisiotomie est de fait liée à de nombreux facteurs énoncés initialement (empowerment, sentiment de contrôle, nécessité de l'intervention) et elle vient s'inscrire dans un contexte d'accompagnement (soutien des professionnels, du compagnon, continuité des soins, attitudes des professionnels) qui va lui-même colorer sa perception. L'entreprise consistant à sélectionner la seule pratique de l'épisiotomie et son vécu comme objet d'étude d'une recherche en psychologie peut sembler étonnante au vu de son interrelation avec l'ensemble des facteurs présentés. Ces aspects ont par ailleurs été soulevés lors de la présentation de notre protocole de recherche au collège des gynécologues obstétriciens de la Polyclinique Majorelle ou encore dans les discours spontanés évoqués face à notre sujet de recherche.

Malgré la difficulté de notre entreprise, nous pensons pourtant que ce travail mérite d'être mené et, les nombreux discours portant spécifiquement sur la pratique de l'épisiotomie nous mènent à croire que cette entreprise est possible. Cela, au même titre que de nombreuses recherches se sont intéressées au vécu post-césarienne. Pour ce faire, une méthodologie comparative et longitudinale a été érigée à la manière d'un essai clinique randomisé afin de

pouvoir isoler les facteurs spécifiquement liés à l'épisiotomie de la manière la plus efficace possible. L'ensemble des variables évoquées précédemment sera également étudié de concert afin de pouvoir proposer une analyse fine des enjeux subjectifs liés à l'incision du périnée. Ces précautions théoriques énoncées, nous pouvons maintenant clore ce détour contextuel pour nous focaliser spécifiquement sur la pratique de l'épisiotomie au sein d'une deuxième partie portant sur son mode opératoire et l'histoire de sa pratique.

1.2. Terminologie, classification et évolution de la pratique de l'épisiotomie dans le monde

La pratique de l'épisiotomie est aujourd'hui le résultat d'une évolution directement dépendante de l'évolution de la naissance en occident que vous avons commentée dans la première partie de notre écrit. Aujourd'hui la réalisation d'une épisiotomie recouvre une réalité clinique riche et variée que nous décrivons dans un premier point dédié au mode opératoire de l'épisiotomie et ses différents types. Puis nous consacrerons un point à l'évolution de la pratique de l'épisiotomie de son apparition à notre époque contemporaine en nous appuyant sur les éléments théoriques discutés dans la première partie sur l'accouchement.

1.2.1. *Modus operandi* de l'épisiotomie

L'épisiotomie recouvre une réalité médicale spécifique qu'il est nécessaire de présenter. Pour ce faire nous décrivons les étapes liées à sa réalisation. Puis, nous présenterons ses différentes variantes et enfin, nous discuterons de ses indications potentielles telles que présentées dans la littérature scientifique.

✓ Définition et réalisation de l'épisiotomie

Selon "le" Garnier Delamare (Delamare et al., 2012, p. 296), l'épisiotomie est définie comme une « *incision du pourtour de la vulve réalisée de manière à en agrandir l'orifice et ayant pour but d'empêcher la rupture traumatique du périnée au cours de l'accouchement* ». Telle qu'énoncée, cette définition présente à la fois les modalités liées à l'incision du périnée mais aussi les raisons supposées de sa réalisation. Au vu des récentes évolutions apportées par la littérature scientifique portant sur l'utilité de l'épisiotomie systématique, il nous semble plus judicieux de s'appuyer sur la définition de Kalis et al (2012, p. 522), précisant que l'épisiotomie consiste en « *un élargissement chirurgical de l'orifice vaginal réalisé à l'aide d'une incision du périnée au cours de l'accouchement et notamment pendant la dernière étape de l'expulsion* » (Carroli et Mignini, 2009). Même si la littérature n'a pas établi de moment idéal pour sa

réalisation (Bader, 2010), l'épisiotomie est généralement pratiquée de manière franche lorsque la tête est au petit couronnement, c'est-à-dire au moment où l'anus de la parturiente est dilaté de 3 cm environ (Lansac et al, 2013 ; Deruelle et al, 2015 ; Lansac et Deruelle., 2016). Le geste va alors « sectionner la peau, la muqueuse vaginale, les muscles superficiels du périnée et tout le faisceau puborectal » (Lansac et Deruelle., p. 379). Comme l'épisiotomie est un geste chirurgical, elle doit être réalisée dans un contexte aseptisé nécessitant l'emploi d'un masque, des gants stériles après un lavage chirurgical des mains ainsi qu'une toilette périnéale utilisant un antiseptique (Deruelle et al., 2015). Enfin, la majorité des ouvrages d'obstétrique recommandent très fortement d'utiliser l'analgésie locale (par injection de lidocaïne) lorsque la parturiente n'a pas choisi d'accoucher sous péridurale (Bader, 2012 ; Lansac et al, 2013 ; Deruelle et al., 2015) et ce en précisant notamment que « la douleur induite par l'épisiotomie est globalement sous-estimée » (Bader, 2010 p. 456).

Suite à l'expulsion de l'enfant et la délivrance, la réfection de l'épisiotomie doit ensuite être réalisée au plus tôt de manière à réduire l'hémorragie au minimum et faciliter le processus de cicatrisation (Lansac et Deruelle, 2016). Bien qu'il existe différents types de sutures (ibid.) spécifiques de la réfection de l'épisiotomie, la technique "un fil/un nœud" est plutôt recommandée comparé au suturage classique (Deruelle et al., 2015). Le CNGOF recommande également de privilégier l'utilisation d'un fil résorbable et l'emploi « d'un surjet continu plutôt que des points séparés afin d'améliorer la satisfaction des patientes » (Deruelle et al., p.44). Enfin, après la suture, une vérification est réalisée afin de vérifier qu'il n'y a pas de point transfixiant et qu'aucune compresse intravaginale ne soit restée en place (Deruelle et al., xxx). Pour finir, les suites de couches ayant impliqué une épisiotomie nécessitent une surveillance et la prévention de complications infectieuses en maternité notamment par le biais d'une éducation de la patiente aux règles d'hygiène vectrices de cicatrisation (Bader, 2010). La prise en charge de la douleur doit aussi être évaluée en fonction du choix de la mère concernant l'allaitement et une surveillance de l'évolution de la cicatrice à posteriori est généralement proposée à la patiente (Bader, 2010).

✓ Variantes chirurgicales de l'épisiotomie

De manière générale, la majorité des ouvrages d'obstétrique ou de maïeutique décrit seulement deux types d'épisiotomies communément utilisées (l'épisiotomie médiane et l'épisiotomie médiolatérale). Néanmoins, une revue de littérature publiée dans le BJOG (British

Journal of Obstetrics and Gynecology) par Kalis et al (2012) a pu recenser au moins 7 types d'épisiotomie que nous présentons en annexe (Tome 1, Annexe 1).

Ainsi, le premier type d'épisiotomie appelé *épisiotomie médiane* (1) débute au niveau de la fourchette vulvaire pour suivre un tracé linéaire vers l'anus. En dépit des risques d'extension de l'incision (pouvant être source de déchirures anales ou ano-rectales du 3^{ème} ou 4^{ème} degré) elle reste le type d'épisiotomie privilégiée aux USA et au Canada (Goer, 1995 ; Kalis et al., 2012).

Un second type d'épisiotomie appelé *épisiotomie médiane modifiée* (2) se caractérise par l'adjonction de deux incisions transversales d'une distance de 2 à 5 cm (perpendiculaire au tracé médian) juste au-dessus du sphincter anal à celle médiane initiale. Ce geste supplémentaire permettrait une augmentation du diamètre vaginale de plus de 83% comparé à celui permis par une épisiotomie médiane (May, 1994).

Le troisième type d'incision périnéale se nomme la "*J*" *shaped episiotomy/épisiotomie en forme de "J"* (3). Elle débute comme une incision médiane mais ensuite, elle suit un tracé en forme de courbe en direction des tubérosités ischiatiques ce qui permet de préserver le sphincter anal de possibles déchirures (Baker et Monga, 1995).

La quatrième façon de pratiquer l'épisiotomie se retrouve sous le terme d'*épisiotomie médiolatérale* (4). Communément réalisée en Europe, elle débute au niveau de la partie médiane de la fourchette vulvaire et suit directement un trace latéral d'environ 45 degré compare à l'épisiotomie médiane (Kalis et al., 2008 ; Kalis et al., 2012). Il semblerait que l'épisiotomie médiolatérale ait un effet protecteur concernant les déchirures du 3^{ème} et du 4^{ème} degré (Jiang et al., 2017).

Le cinquième type d'épisiotomie est appelé *épisiotomie latérale* (5). Dans ce type d'intervention rarement mentionné par la littérature scientifique, le début de l'incision est décalé latéralement de 1 à 2 cm par rapport à l'axe médian de la fourchette vulvaire. Ensuite, le tracé se dirige vers les tubérosités ischiatiques.

Le sixième type d'incision périnéale se nomme *l'épisiotomie latérale radicale* (6). Elle est considérée comme une épisiotomie très étendue dont l'intérêt est de débiter l'incision au même endroit que l'épisiotomie latérale. Puis son tracé incisif suit une courbe visant à contourner le rectum. Son emploi serait conditionné à des accouchements très complexes, lorsque la tête de l'enfant est très large et déjà en présentation ou alors en cas de dystocie (Benson, 1977, Kalis et al., 2012).

Enfin, le dernier type d'épisiotomie est appelé *épisiotomie antérieure* (7). Elle est souvent réalisée sur des parturientes ayant eu une infibulation (qui est répertoriée comme une

mutilation génitale). Le but de cette incision du périnée consiste à libérer la cicatrice de l'infibulation jusqu'à ce que le méat urinaire soit visible par l'emploi d'une incision médiane opérée vers le haut du corps (Shaw, 1985 ; Kalis et al., 2012).

Bien que très différents, il semble que le choix pris par l'obstétricien ou la sage-femme soit déterminé à la fois par son art clinique, son expérience de praticien ou encore par la région du monde où l'épisiotomie est réalisée (cf. épisiotomies médianes et médiolatérales). Néanmoins il est important de préciser en s'appuyant sur la remarque de Foley (2012) faite en réponse à la publication de l'article de Kalis et al (2012) que le type de périnée de la parturiente est lui aussi une donnée déterminant le type d'épisiotomie employé. Pourtant malgré leurs différences, toutes ces incisions peuvent être répertoriées sous le terme "épisiotomie" alors que leur incidence somatique est relativement différente en fonction du tracé choisi par l'opérateur. Il nous semble donc pertinent de garder à l'esprit que le type d'épisiotomie réalisé est une donnée de premier plan, et ce, notamment lorsqu'il est question d'évaluer son incidence sur les parturientes.

✓ Quelles sont aujourd'hui les indications liées à la pratique de l'épisiotomie

Aujourd'hui, les évolutions apportées par l'evidence based medicine ont très largement questionné l'utilité de l'épisiotomie prophylactique (Clesse et al., 2018d). Ses indications sont aujourd'hui beaucoup plus restreintes suite à la publication de plusieurs méta-analyses et études comparatives. Effectivement, à partir de la fin des années 90, de nombreux articles ont proposé aux praticiens d'adopter un usage restrictif de l'épisiotomie. Ces propositions ont été reprises par les recommandations de l'OMS en 1996 (WHO, 1996) basées en partie sur l'étude de Sleep et al (1984) et sur l'étude l'Argentine contrôle Trial group (1993). Plus récemment, la publication en 1999 puis en 2009 de deux méta-analyses Cochrane a affirmé et établi un consensus portant sur l'importance de l'usage restrictif de l'épisiotomie (Carroli and Belizan 1999 ; Carroli and Mignini 2009). Il est par ailleurs aujourd'hui bien établi que l'épisiotomie ne permet pas de prévenir les troubles de la statique pelvienne, de l'incontinence anale et urinaire (Schaal et al., 2012). Enfin, suite à la mise en place de ces politiques restrictives, un questionnement récent a porté sur l'augmentation des déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degré (OASIS) liée à la réduction du nombre d'épisiotomies. Sur ce point, les conclusions de la toute dernière méta-analyse Cochrane portant sur l'impact de l'épisiotomie ont clairement établi que « le fait de croire que l'épisiotomie de routine permet de réduire les lésions pelvi-périnéales n'est pas prouvé » (Jiang et al., 2017, p. 2). En outre, les auteurs ont souligné que cette conclusion

s'applique également à la question des lésions pelvi-périnéales sévères (OASIS, 3^{ème} et 4^{ème} degré) et ce, notamment en l'absence d'extraction instrumentale. En conséquence, il n'existe aujourd'hui que très peu d'indications exigeant la nécessité d'une épisiotomie. Le CNGOF ayant par ailleurs souligné qu'il n'est plus recommandé de réaliser une épisiotomie en cas « de primiparité, de périnée "court", d'antécédent de lésions périnéales, d'anomalies du rythme cardiaque fœtal, d'extractions instrumentales, de macrosomies, de grossesses gémellaires ou encore de présentations dystociques » (Leroy et al., 2015 p.44).

1.2.2. Histoire de la pratique de l'épisiotomie

De l'époque de sa première apparition à nos jours, la pratique de l'épisiotomie a connu de nombreuses fluctuations théorico-cliniques et idéologiques entraînant une variabilité de son utilisation au cours du temps. Ce faisant, elle a cristallisé des prises de positions opposant les partisans d'une utilisation restrictive de l'épisiotomie aux défenseurs de ses visées prophylactiques. Afin de présenter les raisons de ces positionnements et les enjeux qui lui sont sous-jacents, nous allons retracer dans cette partie l'évolution prise par la pratique de l'épisiotomie de son apparition à notre époque contemporaine.

✓ 1742-1920 : De l'apparition de la première incision du périnée à son acceptation en tant que technique élective

A notre connaissance, les premières incisions du périnée qui ont été réalisées sur une femme vivante ont été décrites à partir du XVIII^{ème} siècle. Comme nous l'avons décrit auparavant, le siècle des Lumières est connu pour avoir permis l'émergence de la médicalisation et l'institutionnalisation de la naissance menant ensuite à une masculinisation de l'accompagnement périnéal (Clesse et al., 2018c). C'est dans ce contexte précis, qu'un homme exerçant la profession de sage-femme formé à la médecine nommé Sir Fielding Ould a réalisé et reporté en 1742 la réalisation de la première épisiotomie effectuée au Rotunda Hospital de Dublin (Brody 1978 ; Longo 1995; Klein et al, 1997; Muhleman et al., 2017). A cette époque, l'épisiotomie était décrite comme une incision du périnée réalisée en urgence uniquement en présence de complications sévères et elle avait pour but de préserver la vie de l'enfant à naître (Ould, 1742). Plus généralement, il est important de noter que l'emploi de l'épisiotomie en tant que procédure de dernier recours au cours du XVIII^{ème} siècle est très peu documenté tant au point de vue théorique, idéologique ou encore statistique. Il est toutefois rapporté qu'un médecin allemand (Michaelis) fut le premier à reproduire une épisiotomie médiane en 1799

(Schoon 2001, Muhleman et al., 2017). Puis, un écrit datant de 1820 et réalisé sous l'impulsion de Ritgen rapporte un positionnement similaire à celui de Ould en suggérant de réaliser des incisions bilatérales perpendiculaires à l'orifice vaginal afin de faciliter l'expulsion de l'enfant dans les situations inespérées (Schoon, 2001). En France, c'est en 1847 que la première épisiotomie (médiolatérale) fut réalisée par Dubois (Shoon, 2001; Cleary-Goldman and Robinson 2003). Néanmoins, malgré ces quelques tentatives cliniques diffusées dans la littérature scientifique, l'usage de l'épisiotomie était extrêmement rare et périlleux car l'absence de l'anesthésie et les risques infectieux rendaient cette procédure trop complexe.

A partir de 1847, la diffusion de l'anesthésie dans les salles d'accouchement impulsée par Young Simpson (1811-1870) aux Etats-Unis a permis de réduire la douleur causée par l'expulsion de l'enfant mais également dans les situations où l'accoucheur devait réaliser une incision du périnée (Clesse et al., 2018d). Par la suite, l'utilisation première de l'asepsie en Hongrie par Semmelweis (1816-1865) puis généralisée par les travaux Lister (1827-1912) s'est diffusée et améliorée (Clesse et al., 2018c). En supprimant les microorganismes susceptibles de contaminer le corps maternel à l'aide de la stérilisation et d'agent antimicrobien, l'asepsie a permis de réduire la morbidité maternelle mais surtout elle a permis de lever les dernières réticences cliniques liées à l'utilisation de l'épisiotomie. L'ensemble de ces avancées a amené Taliaferro à introduire l'épisiotomie médiolatérale aux Etats Unis dès 1851 (Schoon 2001). Enfin, il est important de noter que le terme "épisiotomie" qui est utilisé pour toutes ces incisions périnéales a été employé pour la première fois au sein d'un écrit publié par Braun en 1857 (Thacker and Banta, 1983 ; Shoon, 2001 ; Kalis et al., 2012 ; Muhleman, 2017).

En dépit de l'émergence de ces avancées médicales et de son intérêt marqué chez certains auteurs provenant de différents pays occidentalisés, la pratique de l'épisiotomie est toutefois restée confidentielle et restreinte (Flew, 1944). Effectivement, à l'instar de toutes les chirurgies pouvant être réalisées au cours de l'accouchement, l'épisiotomie était considérée comme une pratique opposée à la vision physiologique de la naissance qui était dominante à cette époque (Myers-Helfgott and Helfgott 1999 ; Jakobi 2003). Ce n'est donc que plus d'un siècle plus tard que l'épisiotomie a commencé à être considérée comme une réponse élective appropriée indiquée dans certaines situations d'urgences obstétricales (Graham, 1997). Ce point de vue a été porté en partie aux U.S.A. par Broomall (1878) et Wilcox (1885) lorsque ces derniers ont témoigné de leur volonté de réduire les souffrances périnéales des parturientes grâce à un emploi plus libéral de l'épisiotomie (Graham, 1997 ; Schoon, 2001). En Europe et plus particulièrement en Allemagne, un plaidoyer similaire en faveur de l'épisiotomie libérale

a été porté par Créde et Colpe en 1884 (Thacker and Banta, 1983; Schoon, 2001). Puis, progressivement, la fin du XIX^{ème} siècle a été le témoin d'une augmentation des positionnements professionnels en faveur d'une démocratisation de l'épisiotomie dans les salles d'accouchement (Graham, 1997). Ces positionnements se sont par ailleurs constitués uniquement à partir d'opinions médicales tirées de l'expérience clinique du praticien puis ils ont ensuite été médiatisés grâce à la diffusion d'articles et traités scientifiques (Graham, 1998).

Ces nouvelles recommandations ont toutefois eu peu d'impact sur les pratiques obstétricales en raison d'une combinaison de cinq facteurs (Graham, 1997). Le premier facteur entravant la démocratisation de l'épisiotomie à cette époque est un facteur idéologique. A cette époque encore dominée par une moralité judéo-chrétienne, l'accouchement était perçu comme un phénomène physiologique et cette vision s'opposait globalement à toute intervention chirurgicale au cours de la parturition. Ce positionnement était partagé par la majorité des patientes et, la peur de la résistance des patientes ressentie par les médecins était donc un deuxième facteur se positionnant à l'encontre de la généralisation de la pratique de l'épisiotomie. Un troisième facteur plus clinique était lié à l'imprévisibilité des lacérations périnéales associé avec le manque de technologie nécessaire, comme les matériaux de suture ou les techniques de réparation spécifiques que l'on peut considérer comme un quatrième facteur. Enfin, le cinquième et dernier facteur était porté par l'opposition des autorités médicales à la pratique répandue de l'épisiotomie, qui a maintenu cette position jusqu'au début des années 20 marquées par les prémices de la diffusion de la pratique de l'épisiotomie dans les pays occidentalisés.

✓ 1920-1980 : La généralisation de l'épisiotomie de routine entre les années 20 et le début des années 80

Aux alentours des années 20, le discours relatif à l'incision du périnée a été amendé aux U.S.A. par d'influents praticiens pour lesquels il fallait généraliser l'usage de l'épisiotomie de routine (Graham, 1998). Ce changement s'est opéré au travers de l'influence de deux groupes de gynécologues/obstétriciens.

Entre 1915 et 1925, un premier groupe composé entre autres de Anspach, Child et Charles, Harrar, Elkin, Deutschman... mais aussi de Pommeroy (1918) et DeLee (1920) que l'on considère aujourd'hui comme les auteurs les plus influents, s'est positionné en faveur d'une conception de l'épisiotomie réalisée à des fins prophylactiques. C'est ainsi que Pomeroy proposait dès 1918 que chaque accouchement de femme primipare associe la pratique de

l'épisiotomie (Pommeroy, 1918). Ce positionnement a ensuite été soutenu par l'American Gynecological Society (A.G.S.) au cours de sa 45^{ème} réunion annuelle lorsque Delee a également plaidé en faveur de la mise en place et la généralisation de l'épisiotomie prophylactique pour minimiser les douleurs liées à l'accouchement et les efforts maternels (DeLee, 1920 ; Graham, 1997). Par la suite ces propositions ont été adoptées par l'ensemble des praticiens composant ce premier groupe d'obstétriciens en s'appuyant sur quatre arguments : 1) *L'épisiotomie prévient les lacérations périnéales et les morbidités qui peuvent leur être associées ; 2) Après une épisiotomie, le périnée retourne plus facilement à son état initial, 3) L'épisiotomie raccourcit le deuxième stage de l'accouchement et permet de prévenir certaines souffrances fœtales et la morbidité infantile, 4) l'épisiotomie permet de prévenir l'apparition de complications gynécologiques telles que le prolapsus et l'incontinence urinaire. C'est ainsi qu'en dépit de l'absence de preuves scientifiques permettant de prouver l'intérêt et la pertinence de ces propositions portant sur la pratique de l'épisiotomie, le discours de ce premier groupe d'obstétricien a tout de même connu un écho favorable au sein de la communauté scientifique (Myers-Helfgott et Helfgott 1999).*

Entre 1925 et 1935, toujours aux U.S.A., un second groupe de praticiens (Kelly, Blevins, Gillis, Sellers et Sanders, Tritsch, Gusman, Galloway) s'est organisé dans le but de poursuivre les propositions préalablement diffusées par leurs prédécesseurs en proposant de systématiser la pratique de l'épisiotomie à toutes les femmes et en particuliers les femmes primipares (Graham, 1997). Effectivement à l'exception de Pommeroy et Delee, aucun des praticiens du premier groupe n'avait proposé de systématiser la pratique de l'épisiotomie pour des raisons prophylactiques. Pour autant, en dépit de certaines premières critiques établies par le fameux ouvrage William's Obstetrics à l'encontre de l'épisiotomie de routine, le second groupe d'obstétricien a réussi à transformer l'idée d'une pratique de l'épisiotomie prophylactique vers une pratique systématisée de l'épisiotomie toujours sans avoir fait appel à l'evidence based medicine (Klein, 1988 ; Graham, 1998 ; Jakobi, 2003). Plusieurs facteurs ont facilité ce changement à l'instar de l'émergence d'une conception pathologique de la naissance jusqu'à preuve du contraire menant à l'utilisation de procédures préventives comme l'épisiotomie, l'institutionnalisation grandissante de la naissance au cours du XX^{ème} siècle, les évolutions professionnelles spécifiques de la spécialité obstétrique entre 1920 et 1930 ou encore l'attention accrue portée au fœtus à partir des années 30 (Graham, 1997 ; Graham, 1998; Klein, 2006). L'épisiotomie de routine ayant bénéficié d'un contexte qui lui fut très favorable, son emploi s'est progressivement généralisé aux U.S.A. Cette démocratisation a également amené la

communauté scientifique à accepter ces positions et les diffuser dans la formation des jeunes obstétriciens lorsqu'en 1950 la 10^{ème} édition du *William's Obstetric* stipulait que l'épisiotomie « permet de substituer une incision claire et nette à une déchirure éparpillée [...] est plus facile à suturer et guérit mieux, [...] préserve la tête du bébé [...] prévient également des lésions cérébrales [...] et permet de réduire la longueur du second stade de l'accouchement (expulsion) » (Eastman, 1950; Klein, 1988). Par ces procédés, l'épisiotomie est devenue une pratique routinière impliquée dans 84% des accouchements aux U.S.A. en 1950 (Clesse et al., 2018a).

A l'exception du fait que l'épisiotomie était devenue une pratique de routine aux USA dès les années 50, il n'existe que peu de recherches portant sur son incidence entre 1950 et la fin des années 70 aux U.S.A. Généralement, ces deux décennies sont considérées comme majoritairement dominées par la pratique de l'épisiotomie de routine. Les études épidémiologiques montrent néanmoins que la pratique de l'épisiotomie est passée de 84% des accouchements en 1950, à 67.9% en 1960 et à 63.9% en 1980 (Clesse et al., 2018a). La littérature scientifique ne semble pas avoir exploré les raisons de ce déclin premier. Il est toutefois possible que les conceptions humanistes de la naissance portées par Read (1890-1959) ou encore Lamaze (1881-1957) aient eu un impact sur la perception de l'accompagnement de la naissance. De même, la généralisation de l'institutionnalisation de la naissance impliquant de nombreuses naissances dites primipares a pu possiblement faire baisser les taux. En outre, il est possible que la démocratisation des conceptions féministes à partir des années 50 aux Etats-Unis puisse avoir eu une influence sur la manière dont les femmes ont souhaité accoucher. Enfin, une dernière hypothèse pourrait être liée à la publication de Beynon (1957). Etayée par un essai clinique documenté, cette publication qui connut un fort impact dans la communauté scientifique a été le premier écrit plaidant en faveur du respect de la durée du deuxième stade de l'accouchement (et donc soulignant en creux que l'emploi de l'épisiotomie de routine contrevenait à cette recommandation). Enfin, il est aussi possible que l'apparition de l'échographie fœtale diffusée pour la première fois dans 'the Lancet' en 1958 ait pu aider les obstétriciens à mieux envisager la santé de l'enfant en obtenant plus d'informations sur son état de santé au cours des deux premiers stades de l'accouchement (Drife, 2002). L'ensemble de ces hypothèses nécessiterait in fine la mise en place d'un travail de recherche documenté afin de pouvoir éprouver leur véracité potentielle.

Au niveau mondial, l'évolution prise par la pratique de l'épisiotomie n'a pas été suivie de la même manière par tous les pays à l'exception du Canada dont le parcours est très proche

de celui pris par les USA. En Grande-Bretagne par exemple, les conceptions prophylactiques se sont également répandues mais beaucoup plus tard : entre la fin des années 60 et les années 70 (Graham, 1997 ; Graham, 1998). Les raisons de l'adoption plus tardive de l'épisiotomie de routine par la Grande-Bretagne sont nombreuses. Pour Kitzinger (1979a), la tendance à réaliser les épisiotomies de routine a été importée par la littérature médicale produite aux U.S.A. mais cette dernière se serait produite plus tard au cours du siècle car l'institutionnalisation de la naissance en Angleterre a été beaucoup plus tardive qu'aux U.S.A (Graham, 1997). De même, un manque de lobbying actif en faveur de l'épisiotomie de routine, l'apparition du déclenchement du travail et l'autorisation donnée aux sages-femmes de réaliser des épisiotomies seulement à partir de 1967 ont permis de lever plus tardivement les derniers verrous subséquents à une augmentation de la pratique de l'épisiotomie (Graham, 1997). En conséquence, ce n'est que 25 ans après les U.S.A. que l'Angleterre a connu son plus haut taux d'épisiotomie en 1977 avec 55% des accouchements impliquant une incision du périnée (Clesse et al., 2018a). Les autres pays du Commonwealth à l'instar de l'Australie ont quant à eux adopté une pratique généralisée de l'épisiotomie seulement à la suite de l'acceptation de l'usage libéral de l'épisiotomie en Grande-Bretagne.

Ainsi, à la fin des années 70, les taux d'épisiotomie étaient de 65.1% aux USA (1979) pendant que ceux de la Grande-Bretagne étaient de 51.2% (Macfarlane et Mugford, 1984 ; Clesse et al., 2018a). Au Canada, les taux d'épisiotomie étaient quant à eux de 66.8% en 1981/1982 (Graham et Graham, 1997). Aussi, c'est dans ce contexte où la pratique de l'épisiotomie était généralisée que Jakobi a considéré en 2003 que l'épisiotomie a été la chirurgie obstétrique la plus réalisée dans les pays Anglo-saxons (Jakobi, 2003). Le reste du monde quant à lui restait encore à cette époque plutôt tourné vers une pratique élective et la transition prise par la plupart des pays occidentalisés en direction de l'épisiotomie de routine est seulement apparue vers la fin des années 80 (Clesse et al., 2018d).

✓ 1980-1995 : des prémices de la remise en cause de l'épisiotomie prophylactique à l'émergence d'un consensus international

Alors que la majorité des pays Anglo-saxons affichait déjà des taux d'épisiotomie extrêmement élevés, pour le reste du monde, les années 80 ont vu émerger un double mouvement engagé autour de la pratique de l'épisiotomie.

Le premier mouvement s'est amorcé à la toute fin des années 70 et au début des années 80 pour se terminer au milieu des années 90. Il est caractérisé par l'acceptation de l'épisiotomie

de routine dans la plupart des pays occidentalisés et/ou hautement industrialisés du monde en suivant le même parcours que celui pris des décennies plus tôt par les pays Anglo-saxons (Graham, 1997 ; Clesse et al., 2018d). Même si cette généralisation n'a été que peu commentée par la littérature scientifique, il est possible de remarquer cette évolution parmi les quelques études épidémiologiques disponibles. Ainsi, nous pouvons remarquer qu'en France le taux d'épisiotomie est passé de 38.4% en 1981 à 58.39% des naissances en 1996/1997 (Clesse et al., 2016). En Argentine le taux d'épisiotomie était quant à lui de 83% des accouchements entre 1990 et 1992 (Clesse et al., 2018a). Dans un second temps et quelques années plus tard, ce sont les autres pays comme la Finlande, le Brésil, la Russie, l'Italie, l'Allemagne, Israël, le Nigéria, le Vietnam ou encore les pays d'Amérique centrale qui se sont tournés vers la pratique de l'épisiotomie (Clesse et al., 2018a). Parmi les facteurs ayant facilité cette diffusion au sein d'une bonne majorité des pays occidentalisés, il est possible qu'entre autre, l'influence culturelle des Etats-Unis d'Amérique et le prestige scientifique qui lui est souvent associé ait pu faciliter la diffusion de l'épisiotomie de routine au sein de ces pays (Kitzinger, 1999 ; Graham et al., 2005). Enfin, les autres parties du monde comme les pays asiatiques, l'Inde, le Brésil, semblent s'être engagés vers une démocratisation de l'utilisation de l'épisiotomie seulement à la fin des années 90 (Clesse et al., 2018a). En présentant ainsi ces trois étapes concomitantes à la généralisation de l'épisiotomie de routine dans le monde, il est possible de comparer cette dynamique de diffusion de l'épisiotomie avec celle prise par la médicalisation et l'institutionnalisation de la naissance dans le monde (Clesse et al., 2018a). Ce faisant, nous pouvons remarquer que la généralisation de l'épisiotomie de routine ne s'est diffusée dans un pays que lorsque les naissances se déroulaient majoritairement en institution et dans un environnement médicalisé. En l'absence de ces facteurs, il semblerait que la diffusion de l'épisiotomie de routine ne puisse être possible à l'image de l'exemple montré par les pays d'Afrique non industrialisés (Clesse et al., 2018a).

Alors que l'épisiotomie de routine s'est diffusée dans le monde entre 1980 et la moitié des années 90, un second mouvement s'est simultanément amorcé à la fin des années 70 dans les pays Anglo-saxons et notamment au Canada et en Angleterre. Ce mouvement a commencé par des publications dans des ouvrages de vulgarisation ou dans des magazines féminins questionnant les bénéfices réels apportés par la pratique de l'épisiotomie (Graham 1997 ; Myers-Helfgott et Helfgott 1999). C'est ainsi qu'aux États-Unis, une monographie rédigée par Haire a été la première à mettre en cause l'absence de preuves justifiant l'utilisation d'une épisiotomie de routine (Haire, 1972). Ce questionnement s'est ensuite associé en 1973 à une

publication du Women's Health Movement (qui s'est vendue à plus d'un million d'exemplaires) intitulée "*Our Bodies, Ourselves*" (BWHBC, 1973). Ce manuscrit a fermement condamné la pratique de l'épisiotomie (Graham, 1997). Cette dynamique a ensuite été poursuivie par la publication d'autres travaux tels que l'ouvrage "*Immaculate Deception*" publié par Arms (1975), des articles publiés dans des magazines féminins traditionnels et une publication en Angleterre faite par l'Association for Improvements in the Maternity Services (AIMS) (Cogan and Edmunds 1978 ; Graham, 1997 ; Charrier et Clavandier, 2013). Ces premières publications ont ensuite été rejointes par les travaux de Sheila Kitzinger au sein de l'influent National Childbirth Trust (NCT) en Angleterre. Dès lors, outre la publication d'un premier ouvrage en 1972 intitulé "*Episiotomy : Physical and Emotional aspects*" plutôt critique envers la pratique de l'épisiotomie, Kitzinger est connue pour avoir publié "*The Good Birth Guide*" qui comprenait des extraits de discours de parturientes portant sur l'épisiotomie (Kitzinger, 1972 ; Kitzinger, 1979b). L'impact de ce livre et ses nombreuses rééditions a été considérable sur le champ professionnel obstétrique et il est aujourd'hui admis qu'il a largement influencé la mise en place d'un questionnement professionnel entourant la pratique de l'épisiotomie au cours des années 80 (Graham, 1997 ; Cleary-Goldman and Robinson 2003).

Effectivement, hormis la publication de Beynon (1957), les premières critiques émanant du champ professionnel à l'encontre de la pratique libérale de l'épisiotomie sont seulement apparues entre 1975 et 1983 en Grande-Bretagne et aux U.S.A. Influencées par leur positionnement professionnel et idéologique, certaines sages-femmes comme Anderson (1977) ou encore Willmott (1980) ont tout d'abord commencé à rejeter les arguments en faveur de l'épisiotomie de routine (Kitzinger, 1979a). Puis, ces dernières ont ensuite été rejointes par des articles et éditoriaux écrits par des obstétriciens tels que Morris, Mehl et même Chalmers soulignant la nécessité de passer la pratique de l'épisiotomie sous le prisme de l'evidence-based medicine afin d'évaluer au mieux son intérêt (Mehl, 1976 ; Morris, 1981 ; Graham, 1997). Il faudra donc attendre 1983 pour qu'un article, soutenu par Haire et Kitzinger (ayant permis entre autres d'avancer et prioriser sa date de publication), et écrit par Thacker et Banta, porte spécifiquement sur l'évaluation de l'effet de la pratique de l'épisiotomie. Plus de 350 articles Anglophones portant sur l'épisiotomie et publiés entre 1860 et 1980 y ont été collectés et analysés (Thacker and Banta 1983, Graham, 1997). Les auteurs ont alors remarqué que parmi toutes ces publications, seules 3 études avaient inclus un groupe contrôle mais surtout, ils ont souligné l'absence d'essais cliniques randomisés (Thacker et Banta, 1983 ; Cleary-Goldman and Robinson 2003). En dépit de ce constat criant, Thacker et Banta ont montré que

l'épisiotomie était associée avec une augmentation de la douleur du post-partum, des dyspareunies¹⁴, des infections, la présence d'œdèmes et enfin une perte sanguine accrue (Thacker et Banta, 1983). Ils ont enfin conclu leur écrit considéré comme un des plus important des années 80 en réaffirmant le manque de preuve en faveur de l'épisiotomie de routine et la nécessité de l'évaluer avec l'evidence-based medicine (ibid.).

A la suite de ces propositions, des essais cliniques randomisés ont été développés notamment en Angleterre, au Canada et au U.S.A. dans le but de démontrer l'inutilité de l'épisiotomie systématique (Moutquin, 2004 ; Cleary-Goldman and Robinson, 2003). C'est ainsi que les premiers RCT conduits par Harrison et al (1984) et Sleep et al (1984) ont mené à la publication de résultats contraires aux arguments usuels en vigueur depuis les années 20 (WHO, 1996 ; Löwenstein et al., 2005 ; Clesse et al., 2016)¹⁵. Ensuite dès 1985, l'édition du fameux "Williams Obstetrics" a décidé de mettre en lumière la controverse entourant la pratique de l'épisiotomie tout en reléguant la partie portant sur les indications qui lui étaient jusqu'alors associées depuis les années 50 (Pritchard et McDonald, 1985). Progressivement, de nombreuses publications dont la méthodologie était fondée sur les preuves sont apparues dans la littérature scientifique entre 1985 et le début des années 90. Elles se sont toutes positionnées en défaveur de l'épisiotomie systématique en précisant leur absence de justification clinique. Face à ce constat, la référence des manuels de formation obstétrique en Angleterre (*Effective care in pregnancy*) dirigé par Chalmers (1989) et sa réédition faite par Enkin (2000) s'est positionnée en faveur d'une pratique restrictive et raisonnée de l'épisiotomie dès 1989 (Chalmers et al., 1989; Enkin et al. 2000). Pendant ce temps, au U.S.A., la 19^{ème} édition du "*Williams obstetrics*" a adopté le même positionnement en 1993 (Cunningham et al., 1993). Un peu plus tard, c'est au tour d'une revue de la littérature systématique menée par Woolley (1995a ; 1995b) d'explorer la littérature produite entre 1980 et 1995 dans le but d'évaluer l'ensemble des essais cliniques réalisés possédant une méthodologie construite et structurée (Jacquetin, 2006). Woolley a remarqué que l'épisiotomie ne protégeait pas les parturientes des lacérations périnéales sévères, de l'asphyxie du fœtus ou encore des hémorragies intracrâniennes. En revanche, il a pu montrer comme l'avaient déjà noté Thacker et Banta en 1983, que

¹⁴ La littérature semble aujourd'hui se diriger vers un consensus où les dyspareunies sont plus fréquentes durant les premiers mois lorsque l'accouchement est associé avec la pratique de l'épisiotomie et il ne semble pas y avoir de différence à partir du 9^{ème} mois après l'accouchement.

¹⁵ La publication de ces articles dont les conclusions se positionnaient à l'encontre des us et coutumes obstétriques de l'époque en matière d'épisiotomie ne s'est pas faite sans difficultés. L'article de Klein publié en 1995 montre par exemple une somme de commentaires très subjectifs de reviewers portant sur les conclusions qu'elle faisait à l'encontre de l'épisiotomie de routine et qui ont rendu très difficile la publication de ses résultats cliniques malgré leur objectivité scientifique (Klein, 1995).

l'épisiotomie était associée avec une augmentation des douleurs du post-partum, une perte de sang accrue, des lacérations périnéales et des déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degré (Woolley, 1995a). Ces conclusions ont mené Woolley à se positionner en défaveur de la pratique de l'épisiotomie de routine (Woolley, 1995a ; Woolley, 1995b). C'est ainsi qu'au milieu des années 90, l'association des questionnements profanes à l'encontre de l'épisiotomie, la généralisation d'un discours scientifique excluant la systématisation de l'incision du périnée et les plaintes portées par de nombreuses associations d'usagers rejetant "la généralisation des interventions chirurgicales assurant la promotion d'une naissance considérée comme un évènement pathologique" (Charrier et Clavendier, 2013 p.51) ont mené à une diminution drastique du nombre d'épisiotomie au sein des pays Anglo-Saxons (Graham, 1997 ; Clesse et al., 2016).

La période comprise entre 1980 et 1995 est donc une période complexe pour la pratique de l'épisiotomie. Elle est simultanément caractérisée par une réduction du nombre d'épisiotomie dans les pays Anglo-saxons et d'une généralisation de l'épisiotomie de routine dans les autres pays industrialisés du monde. Elle sera poursuivie par une période de déclin de la pratique de l'épisiotomie à partir de 1996 dans le monde à l'exception des pays en voie d'industrialisation que nous allons présenter dans la partie suivante portant plus particulièrement sur l'épidémiologie de l'épisiotomie.

1.2.3. Quel devenir pour l'épisiotomie au début du XXI^{ème} siècle : du consensus scientifique à la rationalisation de la pratique de l'épisiotomie dans le monde

Après avoir parcouru l'évolution prise par la pratique de l'épisiotomie de son apparition jusqu'à la fin des années 90, il nous semble important d'exposer les derniers positionnements faisant aujourd'hui consensus dans la communauté scientifique la matière. Pour ce faire, nous présentons dans un premier temps le consensus scientifique portant sur l'épisiotomie depuis plus d'une vingtaine d'année. Puis, nous montrerons comment ce consensus s'est ensuite diffusé à la communauté professionnelle en rappelant le rôle pris par les sociétés savantes au travers de la diffusion de recommandations de pratique clinique et dans la formation des futurs professionnels. Enfin, nous présenterons les dernières réflexions portant sur les conséquences de la réduction de la pratique de l'épisiotomie dans le monde et notamment les questionnements portant sur l'augmentation récente du nombre de déchirures périnéales sévères.

✓ L'établissement d'un consensus scientifique en défaveur de l'épisiotomie prophylactique dans le monde à partir de 1996

A partir de 1996, le débat entourant la question de l'épisiotomie est sorti de la sphère scientifique pour être saisi par d'autres instances plus politiques telles que l'Organisation Mondiale de la Santé. Dans la parution de son guide pratique s'appuyant sur 3 études randomisées dont celle de Sleep et al (1984) l'OMS a clairement remis en cause la fiabilité de l'utilisation systématique de l'épisiotomie en proposant une indication restreignant son usage à moins de 10% des accouchements, bien que cet indicateur soit absent des toutes dernières recommandations (WHO, 1996 ; WHO, 2018 ; Liljestrand 2003). Dans la foulée, l'accumulation d'études randomisées a pu permettre la publication d'une première méta-analyse Cochrane en 1999 (Carroli et Belizan 1999). Cette dernière avait pour but de comparer la pratique systématique de l'épisiotomie (l'incidence de l'épisiotomie était dans ce groupe de 78% des accouchements) et la pratique restrictive de l'épisiotomie (Incidence de l'épisiotomie 28% des accouchements). Les auteurs ont conclu qu'il n'y avait aucune différence au niveau des traumatismes périnéaux sévères, de l'incontinence urinaire et des dyspareunies entre les deux groupes. Le groupe restrictif était quant à lui moins sujet à des traumatismes périnéaux, à des complications de santé et à l'utilisation de points de suture, mais plus enclin à connaître des lésions périnéales antérieures. Les auteurs ont donc recommandé un usage restrictif de l'épisiotomie qui s'est vu confirmé avec la parution d'une seconde méta-analyse en 2009 (Carroli and Mignini 2009).

Les conclusions de ces deux méta-analyses Cochrane ne sont pas isolées et elles rejoignent la revue systématique de littérature menée par Hartmann en 2005 (Hartmann et al., 2005). Les auteurs ont encore une fois souligné l'absence de bénéfices liés à la pratique de l'épisiotomie mais aussi la prévalence à court terme de douleurs et de déchirures entraînant une forte utilisation d'antalgiques. Ces éléments firent tomber le dernier argument prophylactique affirmant qu'une incision nette induite par une épisiotomie était moins contraignante qu'une déchirure. A l'aube des années 2000, un consensus considérant l'épisiotomie de routine comme le résultat d'un passé obsolète s'est établi au sein de la communauté scientifique (Klein 1995, Klein, 2010). Bien malheureusement, malgré l'établissement d'un consensus scientifique en défaveur de l'épisiotomie systématique et visant une utilisation restreinte de son usage, ce consensus ne s'est pas largement diffusé à la communauté de praticiens immédiatement. Ce processus appelé "Changing practice" par Graham (1997) a donc utilisé des canaux de diffusion que nous allons présenter dans le point suivant.

✓ De la remise en question des pratiques au changement des pratiques professionnelles : facteurs et freins contemporains

A la fin des années 90, le mouvement (débuté dans les pays anglo-saxons au début des années 80) contestant l'utilisation de l'épisiotomie de routine s'est finalement diffusé à l'ensemble des pays européens et des autres pays occidentalisés (Clesse et al., 2018d). Malgré une influence des données de la littérature scientifique sur les pratiques ayant entraîné une diminution notable de la pratique de l'épisiotomie (Clesse et al., 2016 ; Clesse et al., 2018d), leurs conclusions ne se sont pas diffusées spontanément auprès des professionnels de terrain. Il semblerait qu'elles se soient heurtées au savoir expérientiel des obstétriciens, aux habitudes institutionnelles et à de nombreux autres facteurs que Graham a pu explorer dans ces travaux portant sur le "changing practice" (Graham, 1998).

Afin de lever ces barrières, et comme l'épisiotomie est une pratique très "opérateur-dépendante" (CNGOF, 2005 ; Jacquetin, 2006), des canaux ont été employés par les partisans d'une réduction de l'incision du périnée. La diminution du taux d'épisiotomie a d'une part été visée par le lobbying actif assuré par de nombreuses associations et prises de paroles individuelles (associations de parents, associations féministes...) à l'instar du CIANE en France (CIANE, 2006 ; 2013). Ces collectifs farouchement opposé à l'épisiotomie de routine ont exercé partout dans le monde une pression continue à différents niveaux (supranational, national, institutionnel...) visant à alerter à la fois les autorités politiques et les populations concernées. Ces associations se sont également engagées dans un rapport de force dialectique vis-à-vis des sociétés savantes et des institutions opérant dans le domaine obstétrique sur le décalage possible existant entre les éléments proposés par la littérature scientifique et le réel du terrain à la fin des années 90 et au début des années 2000.

En France ce rapport de force s'est organisé entre 2004 et 2006 impliquant alors la HAS, le CNGOF et notamment le Pr Dreyfus, et enfin le CIANE, constitué en un interlocuteur regroupant de nombreuses associations périnatales (CIANE, 2004 ; CIANE, 2005 ; CIANE, 2005 ; Jacquetin, 2006). Sur ce point, il est important de préciser que les sociétés savantes se sont elles aussi auto-saisies pour certaines de la problématique de l'épisiotomie de routine. Le lobbying associatif n'est donc pas l'unique facteur d'implication des organismes professionnels possédant d'autres canaux de fonctionnements spécifiques. C'est ainsi que de nombreuses sociétés savantes ont publié entre la fin des années 90 et le début des années 2000 de nombreuses recommandations de pratique clinique dont le positionnement était en défaveur de l'épisiotomie de routine (Graham, 2005 ; Lappen and Gosset, 2010 ; Clesse et al., 2016 ; Clesse

et al., 2018d). L'influence de ces recommandations a parfois été évaluée et son effet sur la diminution de la pratique de l'épisiotomie a par ailleurs été commenté positivement par certains auteurs (Faruel-Fosse et Venditelli, 2006 ; Reinbold et al., 2012 ; Clesse et al., 2016) là où d'autres soulignent que l'impact des R.P.C. reste généralement faible et que la dynamique de changement semble bien souvent amorcée avant la publication des recommandations (Venditelli et al., 2012). Malgré ce constat, il est toutefois important de noter que la majorité de ces sociétés savantes est également impliquée dans la formation des futurs professionnels et dans la rédaction des manuels d'obstétrique, engageant de fait un changement des pratiques directement à la source de la constitution du savoir expérimentiel et clinique.

A la suite de ces prises de positions réalisées au début des années 2000, nous avons pu voir l'apparition de nouvelles études cliniques au sein de la littérature scientifique relatant les effets de l'adoption d'une politique restrictive de la pratique de l'épisiotomie au sein de services ainsi que les conséquences de ces réductions pour les parturientes et/ou les professionnels (Marchisio et al., 2006 ; Fernandes et al., 2009 ; Lappen et Gosset, 2010 ; Azuar et al., 2013 ; Chehab et al., 2014). Ces travaux ayant pour but de rendre compte de l'effet de la mise en place de politiques restrictives de l'épisiotomie ont ensuite été suivis par la publications d'études épidémiologiques permettant d'évaluer la faisabilité et l'incidence de la réduction du nombre d'épisiotomie dans les maternités et notamment les facteurs de résistance entravant la baisse de son emploi et/ou les leviers de changements (Kozhimannil et al., 2017 ; Zhang-rutledge et al., 2017). Ces études ont permis démontrer la possibilité de l'implication pratique des recommandations, la faisabilité clinique et institutionnelle des politiques d'épisiotomie restrictives dans le monde, tout en offrant une grille de lecture visant une conduite du changement dans les services intéressés par une baisse du taux d'épisiotomie.

✓ Impact et questionnements contemporains liés à la baisse des taux d'épisiotomie

Pour finir, en dépit de la diffusion de l'ensemble de ces travaux encourageant la mise en place de politiques restrictives, un récent questionnaire est apparu au sein de la littérature scientifique. Il porte sur l'augmentation des déchirures sévères au cours de ces dernières années (O.A.S.I.) et, les raisons de cette augmentation seraient supposées concomitantes à la baisse de la pratique de l'épisiotomie dans les pays développés (Dahlen et al., 2015 ; Blondel et al., 2016 ; Shmueli et al., 2017 ; Goueslard et al., 2018). Aujourd'hui, les conclusions des travaux publiés n'affichent pas un positionnement consensuel. Effectivement, contrairement au conclusions des méta-analyses de Carroli et Mignini (2009) ou encore Jiang et al (2017) basées sur des RCT,

certaines travaux épidémiologiques notent que la baisse du nombre d'épisiotomie dans les pays développés (à l'exception de la Suède et de la Norvège) est généralement accompagnée d'une augmentation des déchirures sévères (Blondel et al., 2016, Goueslard et al., 2018). En France, alors que le taux d'épisiotomie est passé de 26.7% en 2007 à 19.9% en 2014, le taux de déchirures sévères est passé de 0,4% en 2007 à 0.8% en 2014 ; sachant que sans épisiotomie il a évolué aux mêmes dates de 0.2% à 0.4% (Goueslard et al., 2018). Malgré tout, ce taux reste bien inférieur à celui des autres pays européens ce qui nécessitera une exploration approfondie pour en découvrir les causes (Goueslard et al., 2018).

Enfin, il est toutefois nécessaire de prendre ces suppositions avec précaution car les déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degré dépendent à la fois de nombreux facteurs comme la formation des professionnels et leurs habitudes cliniques, les protocoles de soin en vigueur, l'augmentation du poids des enfants à la naissance... et parfois, elles peuvent également survenir au cours de la réalisation d'une épisiotomie (Bick et al., 2012 ; Blondel et al., 2016). La multiplication récente de publications sur ce thème a tout de même pu prouver l'impact protecteur de l'épisiotomie médiolatérale (historiquement développées en Europe) ayant un angle d'incision d'au moins 60° pour les O.A.S.I. et le fait que l'épisiotomie médiane (historiquement développée en Amérique du Nord) est un facteur de risque (Blondel et al., 2016). Malgré tout, ce questionnement a amené certains praticiens et chercheurs à reconsidérer les arguments initialement établis en faveur des politiques restrictives de l'épisiotomie alors que d'autres comme Dahlen et al ont appelé la communauté scientifique à ne pas surréagir et ne pas infléchir les efforts en faveur d'une politique restrictive de l'épisiotomie (Dahlen et al., 2015 ; Blondel et al., 2016 ; Shmueli et al., 2017 ; Goueslard et al., 2018). De nombreuses perspectives de recherches futures portant sur l'impact des politiques restrictives de l'épisiotomie et ses éventuels liens avec les déchirures périnéales graves et la préservation du périnée sont donc attendues dans les années à venir.

1.3. Incidence épidémiologique de l'épisiotomie

L'ensemble des élaborations que nous avons proposé nous a permis de décrire l'évolution contextuelle et historique de la pratique de l'épisiotomie dans le monde. Il semble dorénavant utile de présenter le contexte épidémiologique contemporain associé à la pratique de l'épisiotomie. Pour ce faire, nous décrivons dans un premier temps l'ensemble des données concernant son incidence populationnelle dans le monde. Puis, nous présentons les facteurs facilitant et entravant la pratique de l'épisiotomie. Ces précisions nous permettront enfin

d'introduire la question de son impact physique en insistant notamment sur les éventuelles conséquences somatiques potentiellement expérimentées par les parturientes.

1.3.1. Incidence populationnelle

Comme nous l'avons préalablement esquissé dans la partie dévolue à l'histoire de la pratique de l'épisiotomie, le développement et la diffusion de l'épisiotomie ne s'est pas réalisé de manière uniforme dans le monde. De nombreuses disparités mondiales dans l'appréhension des recommandations de l'épisiotomie s'expriment aujourd'hui, menant à une forte inégalité des pratiques. Cette partie est l'occasion de recenser dans un premier temps les différents taux d'épisiotomie pratiqués dans le monde. Puis, nous nous centrerons plus spécifiquement sur les évolutions prises par la France en matière d'épidémiologie de l'épisiotomie afin d'exemplifier son incidence populationnelle et par corrélation la population potentiellement concernée par les résultats de notre recherche.

✓ La pratique de l'épisiotomie dans le monde : une disparité liée au contexte économique et sanitaire

L'étude des données épidémiologiques de l'épisiotomie dépend des publications et études qui lui ont été consacrées. Aussi, lorsque nous avons entrepris de recenser les travaux portant sur la prévalence populationnelle de l'épisiotomie, nous avons décidé de ne retenir que les statistiques nationales et à défaut, lorsque ces dernières n'étaient pas disponibles, les études portant sur au moins 2500 naissances et/ou au moins trois institutions (Clesse et al., 2018a). Ces tableaux sont présentés en annexe (Tome 1, Annexe 22 p. 81). Dans ce contexte, nous avons pu remarquer qu'un nombre significatif de publications provient de pays comme les U.S.A., le Canada, la France, le Royaume-Uni ou encore la Nouvelle-Zélande (Clesse et al., 2018 a). Cette tendance s'explique encore une fois par le fait que ces pays sont largement occidentalisés et qu'ils possèdent des infrastructures de santé modernes ainsi qu'un système de soin développé leur ayant permis d'assurer un regard sur leur propres politiques de santé (WHO, 2013 ; Clesse et al., 2018a). En revanche, nous constatons un manque de données criant au sein de pays en voie de développement et/ou ne concentrant pas l'association des trois facteurs suivants : occidentalisation, développement d'infrastructures de santé modernes, développement de politiques de santé avancées (Clesse et al., 2018a). Enfin, pour d'autres pays comme le Japon, la Chine, l'Afrique du sud ou encore le Maroc et la Tunisie, il est possible que d'autres facteurs (socio-culturels, ethniques, religieux, politiques...) aient joué un rôle important (Sathiyasekaran et al., 2007).

En dépit de ces manques, il est tout d'abord possible de remarquer que parmi les plus récentes données disponibles de chaque pays, quelques rares se situent aujourd'hui en dessous du taux de 10% proposé par l'OMS en 1996 (WHO, 1996). La prévalence de l'épisiotomie en 2010 était par exemple de 6% en Suède, de 7.20% en Islande ou encore de 4.90% au Danemark (Graham, 2005, Euro-Peristat Project et al., 2008 ; Clesse et al., 2018a). Ces taux bas détenus par les pays d'Europe du Nord ont récemment été rejoints par les U.S.A. dont le taux d'épisiotomie est descendu à 9.4% à partir de 2011 (Kozhimannil et al., 2017)¹⁶. Bien que beaucoup de ces pays soient des pays nordiques dont la gestion de l'accouchement est majoritairement orientée vers l'approche physiologique, le fait que les U.S.A. affichent un taux d'épisiotomie aussi bas semble être le résultat de la mise en place de politiques restrictives d'épisiotomie amorcée à la fin des années 80. Une dynamique similaire semble également à l'œuvre pour de nombreux pays comme l'Australie (16.20% en 2002), le Canada (17% en 2007), l'Angleterre (15.20% en 2011/2012) ou encore l'Islande (16.30% en 2002/2003) (Graham et al., 2005 ; Health & Social Care Information Center 2013; Pel et al., 1995 ; Public Health Agency of Canada 2012, Clesse et al., 2018a). Ces pays montrent tous un déclin marqué du nombre d'épisiotomies réalisées par rapport à leurs taux préalables (disponible dans les tableaux présent en annexe (Tome 1, annexe 22, p. 81) (ibid.). Enfin, d'autres pays comme la Nouvelle-Zélande (10.1% estimé entre 2000 et 2002), le Burkina Faso (14% en 1998) ou encore la Tanzanie (16.50% en 2004) affichaient également des taux bas (Graham et al., 2005 ; Kavle et al., 2008 ; Malik et al., 2007 ; Clesse et al., 2018a). Cependant, les situations de ces pays semblent plutôt associées à des facteurs culturels ou à un déficit en matière d'infrastructures de santé amenant les populations à accoucher à domicile plus qu'à une réduction graduelle des taux d'épisiotomie.

Dans un second temps, il est important de noter qu'une grande majorité des pays du monde affichait un taux d'épisiotomie compris entre 15 et 60% des accouchements aux alentours des années 2010¹⁷. Pour une bonne partie de ces pays et notamment en Europe, la publication de récentes études permet de constater la tendance baissière de la pratique de l'épisiotomie dans les pays occidentalisés. C'est ainsi que la Pologne affichait en 2010 un taux d'épisiotomie de 67.50% des accouchements, alors qu'en 2016 ce taux était de 57% (Clesse et

¹⁶ Une étude portant sur l'année 2012 affichait un taux d'épisiotomie de 11.60% (Friedman et al, 2005) soit une variabilité importante. Néanmoins, l'étude de Kozhimannil (2017) porte sur un échantillon d'environ 5.700 000 patientes et la méthodologie employée nous porte à choisir le taux proposé par son étude.

¹⁷ La disponibilité des analyses nécessitant à la fois que l'année soit écoulée, le temps de disposition des données souvent à N+1, le temps de réalisation de l'étude et les délais de publication, il est très difficile d'obtenir des données précédant 2015. Notons également qu'hormis dans les pays en voie de développement les études épidémiologiques d'ampleur nationale semblent se raréfier au cours de ces dernières années.

al., 2018a ; Gebuza et al., 2018). De même l'Espagne affichait en 2004 un taux de 68% alors que ce dernier était descendu à 43% des accouchements en 2010 (Euro-Peristat, 2013). L'évolution des taux français a également suivi cette même dynamique. Nous commenterons cet aspect dans le point suivant qui sera spécifique de l'épidémiologie de l'épisiotomie en France. En revanche, d'autres régions du monde et notamment les pays en voie de développement possédant toutefois une capacité industrielle récente tels que les pays asiatiques, l'Inde ou les pays du Moyen-Orient semblaient montrer une tendance haussière de la pratique de l'épisiotomie au détour des années 2000. C'est ainsi que l'Inde dont la prévalence populationnelle dépassait 1.2 milliard affichait un taux d'épisiotomie de 68% (Saxena et al., 2010). Ce taux semblait stagner ainsi depuis quelques années car en 2004, le taux d'épisiotomie était de 67% (Sathiyasekaran et al., 2007). Au Moyen-Orient par exemple, la Jordanie montrait un taux d'épisiotomie de 37% en 2009/2010 et en 2015 il était de 41.40% des accouchements. La Chine dont la population dépasse aujourd'hui 1.4 milliards d'habitants affichait quant à elle un taux de 85.5% en 2003 (Lam et al., 2006). Ce taux était en augmentation par rapport à l'année 2001 où 82% des accouchements comprenaient une épisiotomie (Graham et al., 2005). Très récemment, une étude basée sur un échantillon assez faible de 3721 naissances montrait quant à elle que le taux d'épisiotomie était de 44.4% en 2017 (Zhang et al, 2018).

Enfin, dans le cas des pays très peu industrialisés ou considérés comme très pauvres à l'instar de certains pays d'Afrique, les quelques chiffres disponibles montrent que leurs taux d'épisiotomie semblent afficher une tendance haussière (Clesse et al., 2018a). En dépit des fortes diminutions affichées dans certains pays d'Europe du Nord, aux Etats-Unis, dans certains pays anglo-saxons et/ou européens, la pratique de l'épisiotomie reste donc encore aujourd'hui très largement répandue dans le monde et notamment dans les zones à forte densité de population comme l'Asie. Son incidence populationnelle est donc très importante et elle dépasserait très certainement plusieurs dizaines de millions d'actes par an sachant que chaque année environ 140 millions de naissances ont lieu dans le monde.

✓ L'épisiotomie en France : spécificités et données quantitatives

Alors que l'actualité épidémiologique de l'épisiotomie est traversée par différents courant dans le monde, il est utile de regarder comparativement l'évolution prise par les taux d'épisiotomie en France. Les premières données disponibles datent de 1981 et la France à cette époque avait un taux d'épisiotomie de 38.4% (Rumeau-Rouquette, 1984). Tel que nous l'avons relaté précédemment, la France a suivi un peu plus tardivement la voie tracée par les pays anglo-

saxons et a connu une augmentation du nombre d'épisiotomies au cours des années 80 (Clesse et al., 2016). Les taux d'épisiotomie sont donc passés très rapidement à un taux de 56% des accouchements en 1984 (Venditelli et al., 2012 ; Clesse et al., 2016)¹⁸ et ce dernier est resté globalement le même jusqu'à ce que les taux d'épisiotomie français les plus hauts soient atteints en 1996/1997 avec 58.4% des accouchements impliquant 78.9% des primipares et 41.5% des multipares (Venditelli et Gallot, 2006 ; Clesse et al., 2016). Pourtant, à partir de cette même année qui est caractérisée par la parution des recommandations de l'O.M.S. en matière d'épisiotomie (WHO, 1996), une inflexion de 4% apparaît et s'est poursuivie jusqu'en 1998/1999, engageant ensuite le début d'un déclin durable du nombre d'épisiotomies en France (Venditelli et Gallot, 2006 ; Blondel et al., 2012 ; Clesse et al., 2016). Cette diminution s'est ensuite poursuivie pour atteindre un taux proche de 41% en 2004/2005 (date de parution des R.P.C. du CNGOF) ce qui souligne une diminution de la pratique de l'épisiotomie en France de 17% en sept ans (Azuar et al., 2013 ; Clesse et al., 2016). Enfin, le déclin du nombre d'épisiotomie s'est poursuivi pour s'établir aux alentours de 2013 autour d'un indice compris entre 30 et 32% des accouchements (Clesse et al., 2016).

Aujourd'hui, les dernières études publiées montrent que la diminution du nombre d'épisiotomie est toujours effective avec un taux estimé par l'enquête périnatale de Blondel et al (2017a) de 20.1% d'épisiotomie en 2016 (N= 13384). Il est vraisemblable que ces taux soient surestimés car l'étude basée sur les données du PMSI (N ≈ 800 000) montrait que le taux d'épisiotomie était plutôt de 19.9% en 2014 (Goueslard et al., 2018), cela même si nous savons que la cotation de l'épisiotomie en cas d'extraction instrumentale n'est pas toujours systématique au sein du P.M.S.I. Notons enfin que la prévalence de l'épisiotomie chez les patientes primipares est toujours actuelle avec un taux estimé de 34.9% comparé à une prévalence de l'incision du périnée chez les multipares de l'ordre de 9.8% (Blondel et al., 2016). Enfin, en dépit de ce constat, de nombreux auteurs à l'instar de Venditelli et Gallot (2006) insistent sur le fait que les données nationales masquent souvent les disparités territoriales liées à la pratique de l'épisiotomie (Clesse et al., 2016). C'est ainsi que l'étude de Goueslard et al (2018) montre que malgré une baisse de l'ordre de 25 à 75% entre 2007 et 2014, les taux d'épisiotomie oscillent au niveau départemental entre 4.0% et 39.9% (Ibid.). Ces inégalités territoriales dépendent de nombreux facteurs comme la formation professionnelle, l'impulsion de politiques de soins spécifiques et d'initiatives individuelles... Pour conclure, malgré une

¹⁸ Cette forte augmentation est soit le reflet d'une adoption très rapide des positionnements prophylactiques concernant l'épisiotomie au cours des années 80 soit le reflet d'une sous-estimation de l'étude de Rumeau-Rouquette (1984) ou l'association de ces deux hypothèses.

baisse très marquée, l'épisiotomie reste une pratique courante dans de nombreuses maternités françaises et, elle concerne encore environ 200 000 naissances par an en France ce qui souligne sa grande incidence populationnelle.

1.3.2. Facteurs inhérents à la pratique de l'épisiotomie

La mise en évidence de l'incidence populationnelle de l'épisiotomie a montré que l'épisiotomie concerne encore beaucoup de naissances dans le monde et en France. L'étude des facteurs associés à l'épisiotomie permet ensuite d'affiner ces résultats et de mieux comprendre dans quel contexte clinique, professionnel, institutionnel cette chirurgie est réalisée. Ces facteurs peuvent être des facteurs cliniques, des facteurs liés à l'usage de techniques ou interventions médicales, des facteurs professionnels et enfin des facteurs institutionnels, professionnels ou individuels. Par ailleurs, leur prévalence notamment clinique ne doit pas être perçue comme une indication de la pratique de l'épisiotomie mais plutôt comme un état des lieux des us et coutumes en matière de pratique de l'incision du périnée dans le monde. Dès lors, en nous appuyant sur les résultats d'une revue de littérature systématique menée au cours de l'année 2018, nous présentons dans un premier temps, les facteurs institutionnels, professionnels et individuels. Puis, nous discuterons des différents facteurs techniques et interventionnels liés à l'épisiotomie pour enfin consacrer un dernier point aux facteurs cliniques entraînant la réalisation d'une épisiotomie.

✓ Episiotomie et influence du contexte institutionnel, professionnel et individuel

L'épisiotomie est premièrement liée à de nombreux facteurs contextuels qui eux-mêmes dépendent du pays dans lequel se déroule l'intervention. Premièrement, le fait de naître à l'hôpital est reconnu comme un facteurs de risque majeur de l'épisiotomie (Seijmonsbergen □ Schermers et al., 2013 uniquement pour les primipares ; Schantz et al., 2015). L'impact de ce facteur rejoignant nos réflexions portant sur l'institutionnalisation de la naissance est toutefois différent en fonction des institutions. Ainsi, les établissements privés (Coulm et al., 2012 ; Dahlen et al., 2012 ; Escuriet et al., 2015) ou les structures de taille moyenne ou élevée (Kozhimannil et al., 2013 Kozhimannil et al., 2017) ont plus tendance à réaliser des épisiotomies. En revanche, les structures publiques (Diniz et al., 2012), les établissements situés dans des zones rurales ou les entités hospitalières où se déroulent des enseignements (Friedman et al., 2015) sont perçues comme des facteurs protecteurs induisant un emploi moins important de l'épisiotomie. Lorsque la naissance n'est pas réalisée à l'hôpital elle peut l'être dans une maison de naissance ou à domicile. Ces lieux sont aussi considérés comme des facteurs

protecteurs associés à un emploi moins important de l'épisiotomie. (Berghella et al., 2008 ; Laws et al., 2014 ; Zielinski et al., 2015 ; Bolten et al., 2016)¹⁹. Enfin, au sein de l'ensemble de ces possibilités de lieux de naissance, une méta-analyse Cochrane a montré que l'emploi de lieux de naissance alternatifs était un facteur protecteur de l'épisiotomie (Hodnett et al., 2010).

L'organisation des soins a aussi été abordée par la littérature scientifique portant sur l'épisiotomie. Ainsi, une évaluation première portée par une sage-femme est considérée comme un facteur protecteur de l'incision du périnée (Mclachlan et al., 2012). De nombreuses recherches, à l'exception de celle de Cromi et al (2015), soulignent par ailleurs que la présence d'une sage-femme ou Nurse-Midwife aux U.S.A. induit un emploi moins important de l'épisiotomie (Braga et al., 2014 ; Gama de et al., 2016 ; Thiessen et al., 2016). Cela, même si l'étude qualitative de Wu et al (2013) estime que l'ancienneté des sages-femmes induit une tendance préférentielle à réaliser plus d'incisions du périnée. Cette tendance serait probablement liée aux habitudes professionnelles préexistant avant les recommandations excluant l'épisiotomie systématique, ou encore à la concaténation d'expériences cliniques difficiles engendrant une aversion plus soutenue vis-à-vis du risque obstétrical. L'impact d'un suivi périnatal assuré par une sage-femme a toutefois été évalué par une méta-analyse Cochrane (Sandall et al., 2016) puis rejoint par de récentes conclusions (Bodner-Adler et al., 2017 ; Dencker et al., 2017) soulignant que ce type de suivi a tendance à préserver le périnée de la pratique de l'épisiotomie.

La présence d'un gynécologue-obstétricien est quant à elle considérée comme un facteur de risque de l'épisiotomie (Chuilon et al., 2016 ; Braga et al., 2014). Cela, même si une récente étude a montré que les jeunes obstétriciens au Canada avait moins tendance à réaliser des incisions du périnée que leurs aînés (Klein et al., 2011). La prévalence de ce facteur ne doit toutefois pas être interprétée de manière abrupte. Il est par exemple important de rappeler que les suivis plus à risques sont plutôt confiés aux gynécologues-obstétriciens et que de surcroit ces derniers sont souvent appelés en cas de complication en salle de naissance induisant mécaniquement un emploi plus soutenu de l'épisiotomie pour cette catégorie de professionnels. En outre, l'organisation professionnelle des soins dépendant de chaque pays, ces facteurs doivent être interprétés en fonction du contexte professionnel qui lui est associé. Enfin, une étude très récente a souligné que le sexe de l'opérateur n'avait pas d'incidence sur les taux

¹⁹ *Il est toutefois important de préciser que les naissances concernées sont plutôt des naissances n'associant pas forcément de problématiques médicales complexes ou sévères nécessitant un suivi hospitalier soutenu. L'absence de morbidités maternelles ou infantiles mais aussi l'approche physiologique portée par ces établissements peut en partie expliquer la tendance protectrice de ces facteurs.*

d'épisiotomie (après analyse multivariée) même si l'analyse univariée montrait un ratio supérieur de 5.6% pour les opérateurs masculins indiquant à notre sens la nécessité d'explorer plus encore cette problématique avec un échantillon plus large (Yee et al., 2018)²⁰.

Un dernier axe de facteur étudié concerne la couverture médicale des parturientes. Ainsi, le fait d'avoir une assurance privée est un facteur de risque de l'épisiotomie (Lutomski et al., 2014) alors que la présence d'une assurance publique est perçue comme un facteur protecteur (Kozhimannil et al., 2014 ; Freidman et al., 2015). Ces études majoritairement menées aux États-Unis concernent principalement les pays ayant une organisation des soins similaire. D'autres facteurs portant sur l'incidence de la temporalité ont été étudiés. Les travaux de Räisanen et al (2010b) nous montrent qu'accoucher le week-end induit un risque plus élevé d'épisiotomie alors que la nuit est perçue comme un facteur protecteur (ou indépendant pour Carvalho, 2010). Pour finir, certaines études ont pu montrer que les publications de systematic reviews ou de R.P.C. apparaissent également comme des facteurs induisant une réduction du taux d'épisiotomie (Faruel-Fosse et Venditelli, 2006 ; Venditelli et al., 2012, Reinbold et al., 2012 ; Shen et al., 2013 ; Clesse et al., 2016).

✓ Facteurs techniques et interventionnels de l'épisiotomie

Alors que la pratique de l'épisiotomie peut être premièrement influencée par le contexte institutionnel et par certaines caractéristiques individuelles de l'opérateur, d'autres facteurs plus techniques sont également associés à son emploi. Une première catégorie correspond à l'utilisation de techniques de massages que la revue Cochrane de Beckmann & Stock (2013) portant sur l'anténatal digital massage ou encore celle de Aasheim et al (2017)²¹ sur le massage périnéal considèrent comme un facteur protecteur de l'épisiotomie. D'autres conclusions portées par l'étude de Aasheim et al (2017) montrent en revanche que les "Hands-on" techniques sont plutôt considérées comme un facteur de risque et que l'usage de compresses chaudes ou la manœuvre de Ritgen n'est pas corrélée à la pratique de l'épisiotomie (Aasheim et al., 2017). En revanche, la Manœuvre de Kristeller (*fundal pressure*) est perçue comme un facteur de risque (Cromi et al., 2015).

²⁰ Cela, sachant que deux études ont par exemple mis en évidence le fait que les hommes avaient plus tendance à réaliser des césariennes (Locicero et al, 1993 ; Mitler et al, 2000).

²¹ Quelques précautions sont toutefois avancées par Aasheim et al, 2017 insistant sur la nécessité de multiplier les études dans ce domaine.

Au sein d'une seconde catégorie portant sur les positions de parturition, à l'exception de la lithotomie (Meyvis et al., 2012 ; Ballesteros-Meseguer et al., 2016) et de la position semi-allongée (Silva da et al., 2012) considérées toutes-deux comme des facteurs de risque, les positions alternatives sont perçues comme des facteurs protecteurs (Räisanen et al., 2010a). Plus précisément, la position assise (Warmink-Perdijk et al., 2016) et la position latérale (Meyvis et al., 2012) sont spécifiquement considérées comme des facteurs protecteurs. En outre, une méta-analyse Cochrane a démontré l'impact de la position semi-allongée en tant que facteur protecteur (Gupta et al., 2012) amenant en conséquence un questionnement sur les aménagements futurs des conditions d'accouchements dévolues aux parturientes.

Dans un autre registre, les pratiques visant une induction ou une accélération du travail, sont toutes considérées comme un facteur de risque (à l'exception des conclusions portées par Carvalho et al (2010) sur l'usage de l'ocytocine et du misoprostol) (Ballesteros-Meseguer et al., 2016 ; Shmueli et al., 2017). Cette affirmation se vérifie particulièrement avec les études portant sur l'usage de l'ocytocine (Chuilon et al., 2016 ; Silva da et al., 2012 ; Rasouli et al., 2016, Ballesteros-Meseguer et al., 2016). D'autres catégories comme l'utilisation d'analgésiques régionaux ou de la péridurale sont aussi perçues comme des facteurs de risques (Macleod et al., 2008 ; Chuilon et al., 2016 ; Lowenberg-Weisband et al., 2014 ; Ballesteros-Meseguer et al., 2016 ; Rasouli et al., 2016 ; Shmueli et al., 2017 ; Goueslard et al., 2018). L'épisiotomie est aussi fortement liée à l'extraction instrumentale qui peut être réalisée à l'aide de forceps ou de ventouses²² (Koskas et al., 2009 ; Hudelist et al., 2008 ; Chuilon et al., 2016 ; Cromi et al., 2015 ; Braga et al., 2014 ; Ballesteros-Meseguer et al., 2016 ; Lesieur et al., 2017 ; Goueslard et al., 2018). Il apparaît aussi que l'utilisation d'une chaise de naissance, dont les effets bénéfiques sont connus depuis la période égyptienne, soit un facteur protecteur (Mosquera et al., 2015 ; Clesse et al., 2018c). Également, l'usage d'une piscine de naissance est aussi un facteur protecteur (Henderson et al., 2014). Enfin, les différentes techniques de poussée notamment étudiées par la Cochrane review de Lemos et al (2015) puis réétudiées par de Tayrac et Letouzet (2016) ne sont pas corrélées à la pratique de l'épisiotomie. Des conclusions similaires ont été trouvées pour les techniques de respiration (Ahmadi et al., (2017).

²² *Il semble toutefois que l'emploi de la ventouse soit moins associé à la pratique de l'épisiotomie. Beaucoup de ces études sont réalisées en France et nous savons que jusqu'alors beaucoup d'obstétriciens associent systématiquement une incision du périnée à l'utilisation de forceps. La prévalence de ce facteur est donc peut être liée à cette habitude clinique.*

✓ Contexte clinique maternel et infantile associé à la pratique de l'épisiotomie

Les deux premières parties que nous avons réalisées portaient sur des facteurs extérieurs à la clinique de l'accouchement. Au niveau des facteurs cliniques, le premier facteur très communément mis en évidence par la littérature est la primiparité (Koskas et al., 2009 ; Chuilon et al., 2016 ; Carvalho et al., 2010 ; Silva da, 2012 ; Wu et al., 2013 ; Braga et al., 2014 ; Schantz et al., 2015 ; Ballesteros-Meseguer et al., 2016 ; Rasouli et al., 2016 ; Munan et al., 2017 ; Shmueli et al., 2017 ; Goueslard et al., 2018). Encore aujourd'hui, son incidence sur le taux d'épisiotomie est considérée comme un facteur de risque majeur. Concernant les femmes multipares, les antécédents de césarienne (Chuilon et al., 2016 ; Carvalho et al., 2010), les antécédents d'épisiotomie (Lurie et al., 2013b ; Manzanares et al., 2013 ; Seijmonsbergen □ Schermers et al., 2013 ; Shmueli et al., 2017 ; Zilberman et al., 2018) ou encore un délai entre la naissance actuelle et précédente assez court (Rasouli et al., 2016) sont tous considérés comme des facteurs de risque de l'épisiotomie. L'âge maternel semble également jouer un rôle au niveau de la pratique de l'épisiotomie. Ainsi, être âgée de moins de 25 ans (Carvalho et al., 2010 ; Silva da et al., 2012 ; Ezegwui et al., 2012 ; Demirci et al., 2016 ; Socolov et al., 2017) ou avoir plus de 35 ans (Carvalho et al., 2010 ; Wu et al., 2013 ; Cromi et al., ; 2015 ; Shmueli et al., 2017) est considéré comme un facteur de risque. Cette tendance n'est en revanche pas retrouvée par les résultats de l'étude de Ballesteros-Meseguer et al (2016) considérant qu'être âgée de plus de 35 ans est un facteur indépendant ; ni par les résultats de Egbe et al (2015) considérant qu'une grossesse jeune est un facteur indépendant²³.

Dans un autre registre, des études menées sur les facteurs ethniques ont pu montrer qu'être noire (Friedman et al (2015), être d'origine asiatique (Chuilon et al., 2016 ; Katterfeld von et al., 2011), d'origine indienne (Wu et al., 2013), être née dans un pays étranger (Katterfeld von et al., 2011 ; Hennegan et al., 2014) ou venir d'Afrique de l'Est (Belihu et al., 2017) peut engendrer une utilisation accrue de l'épisiotomie dans les salles d'accouchement²⁴. Ensuite, certaines pathologies portées par les parturientes sont considérées comme des facteurs de risque (Carvalho et al., 2010). La pré-éclampsie (Macleod et al., 2008) est donc un facteur de risque de l'épisiotomie à l'instar d'autres facteurs corporels comme un I.M.C. (Indice de Masse Corporelle) élevé (Chuilon et al., 2016) ou encore la présence de mutilations génitales passées

²³ *Plusieurs hypothèses inhérentes à l'échantillonnage de ces deux études, à la cohorte sélectionnée ou à la méthodologie statistique (qui utilisait une méthode univariée) peuvent expliquer cette différence.*

²⁴ *Ces études ont toutefois été menées au sein de populations minoritaires dans un contexte sociétal très occidentalisé (i.g. Australie, France etc). Il n'existe par ailleurs pas à ce jour d'étude croisant également des données portant sur le contexte socio-économique associé à ces minorités permettant de statuer sur l'hypothèse de possibles origines multifactorielles corrélées à ce facteur de risque.*

(notamment l'infibulation) (Widmark et al., 2010). Dans ce contexte, seul le diabète gestationnel est considéré comme un facteur indépendant (Abolfazl et al., 2008). Enfin, à l'exception de l'étude de Carvalho et al (2010), un travail global long (Macleod et al., 2008) et/ou une longue phase d'expulsion (Macleod et al., 2008 ; Koskas et al., 2009 ; Giannella et al., 2013 ; Cromi et al., 2015) peut plus aisément entraîner l'emploi d'une épisiotomie.

Les facteurs spécifiques de la clinique maternelle ne sont pas les seuls facteurs cliniques en jeu au sein de l'accouchement. Aussi, concernant l'enfant à naître, il est premièrement possible de remarquer qu'un poids élevé (> 4000g) est considéré comme un facteur de risque (Macleod et al., 2008 ; Koskas et al., 2009 ; Chuilon et al., 2016 ; Silva da et al., 2012 ; Wu et al., 2013 ; Shmueli et al., 2017 ; Lesieur et al., 2017). Cela, alors qu'un poids inférieur à 2500g est considéré comme un facteur protecteur (Ballesteros-Meseguer et al., 2016 ; Lesieur et al., 2017). L'âge gestationnel qui est un facteur directement corrélé au poids de l'enfant (par l'augmentation du poids au cours des dernières semaines de grossesse) est aussi un facteur de risque²⁵ (Ballesteros-Meseguer et al., 2016 ; Shmueli et al., 2017 ; Lesieur et al., 2017). De même, la présentation en siège (Macleod et al., 2008 ; Koskas et al., 2009 ; Chuilon et al., 2016 ; Lesieur et al., 2017) ou encore une circonférence crânienne importante (Macleod et al., 2008 ; Rasouli et al., 2016) a plus tendance à influencer l'opérateur à réaliser une épisiotomie. Enfin, la détresse fœtale (Wu et al., 2013 ; Goueslard et al., 2008), un score d'Apgar réduit (Rasouli et al., 2016) et la présence de méconium (Macleod et al., 2008 ; Shmueli et al., 2017) sont considérés comme des facteurs de risque. Dans ces contextes spécifiques, l'utilisation de l'épisiotomie est probablement employée afin de réduire le temps d'inconfort ou de détresse fœtale. Ce point de vue n'est toutefois pas partagé par les travaux de Carvalho et al (2010) pour qui le score Apgar, la présence de méconium ou encore les changements de fréquence cardiaque de l'enfant sont des facteurs indépendants. Pour finir, nous relevons que la présence de la dystocie comme un facteur protecteur de l'épisiotomie (Bernitz et al., 2014). Les résultats de cette étude tranchent toutefois avec le fait que la dystocie était jusqu'à très récemment une indication courante de la réalisation d'épisiotomie.

Au vu de l'ensemble des facteurs que nous avons recensé au travers de notre travail de revue de littérature, nous pouvons remarquer qu'il existe encore aujourd'hui de très nombreux facteurs associés à un risque accru de réaliser une épisiotomie. Cette tendance semble toutefois en décalage avec le fait qu'il n'existe aujourd'hui plus d'indication systématisant la réalisation

²⁵ Sauf pour l'étude de Carvalho et al (2010).

d'une épisiotomie. L'étude de l'ensemble de ces facteurs ne permet toutefois pas de mettre en évidence la présence de facteurs psychologiques à l'exception des résultats de Bennedsen et al (2001) soulignant que les parturientes schizophrènes reçoivent moins d'épisiotomie mais qu'elles sont sujettes à plus d'interventions durant l'accouchement. De futures études portant par exemple sur des parturientes exprimant un fort besoin de pudeur ou ayant un vécu sexuel traumatique passé pourraient également apporter de nouveaux éclairages épidémiologiques pertinents tournés vers certaines composantes subjectives des femmes en couches.

1.3.3. Impacts physiques et somatiques liés à la pratique de l'épisiotomie

Afin de clore notre partie portant sur l'épidémiologie de l'épisiotomie, il nous a semblé utile de proposer une étude de l'incidence somatique de l'épisiotomie en suite de couche. Cette partie a donc pour but de présenter avec précision les différents aspects somatiques induits par la pratique de l'épisiotomie et ce, de manière à mieux comprendre le vécu somatique dans lequel peuvent être plongées les mères en suite de couche. A terme, cela nous permettra de mieux saisir les enjeux somatiques qui peuvent être potentiellement à l'origine de vécus psychiques spécifiques que nous aborderons dans la partie suivante.

✓ Conséquences somatiques

Dans la majorité des études disponibles dans la littérature scientifique, il est très courant de réaliser des études comparatives portant sur les données statistiques de l'épisiotomie. Il est donc difficile d'obtenir des données directes portant sur l'incidence de l'épisiotomie seule. En dépit de cette difficulté, nous savons aujourd'hui que l'épisiotomie est plus susceptible d'engendrer l'apparition de déchirures périnéales sévères comme des complications en suite de couche (Shmueli et al., 2017 pour les déchirures du 3^{ème} degré ; Carroli et Mignini, 2009 ; Jiang et al., 2017). Il n'est en revanche pas possible de se positionner au sujet de la perte de sang ou la douleur en fonction des critères retenus par la méta-analyse de Jiang et al (2017). L'épisiotomie peut ensuite entraîner un peu plus facilement²⁶ l'apparition de dyspareunies (6 mois et plus après l'accouchement) (Jiang et al., 2017). De même, elle serait un peu plus susceptible d'entraîner l'apparition d'incontinence urinaire sur le long terme (> 6 mois) (*Ibid.*). L'ensemble de ces aspects nécessiterait la publication d'études méthodologiquement soutenues²⁷ utilisant l'outil statistique R.R. (Risk Ratio) plus que les habituels OR (Odd Ratios) afin d'évaluer au mieux l'incidence somatique de l'épisiotomie. Enfin, outre les éléments

²⁶ Même si le taux de mise en évidence est considéré comme faible voire moindre par l'étude de Jiang et al (2017).

²⁷ Comme par exemple des RCT possédant une méthodologie statistique soutenue.

statistiquement isolés par la littérature, il est important de souligner que l'épisiotomie peut entraîner « une augmentation de l'incision, des dysfonctionnements anatomiques, une perte de sang importante, des douleurs, l'apparitions d'œdèmes, ou encore une déhiscence » (Mulheman et al., 2017 p. 368). Une revue de littérature a par ailleurs souligné la possibilité de l'apparition d'abcès ou de bride spécifiques des chirurgies vaginales généralement non évaluées par la littérature (Langer et al., 2006). Elle a pu montrer également que l'épisiotomie est susceptible d'entraîner dans certains cas dont la prévalence est moindre l'apparition d'hémorragies, de traumatismes fœtaux, la formation de granulations et endométrions sur la cicatrice de l'épisiotomie, la formation de fistules anales ou de fasciites nécrosantes voire des métastases (Langer et al., 2006).

✓ Existe-t-il un vécu psychique spécifique des conséquences somatiques de l'épisiotomie ?

Malgré une certaine difficulté à pouvoir appréhender les conséquences physiques de l'épisiotomie que nous relient aux difficultés méthodologiques en jeu dans la mise en place puis l'interprétation de ces études, nous avons pu montrer que l'épisiotomie était tout de même un peu plus liée à certains aspects somatiques sur le long terme (incontinence urinaire, dyspareunie, déchirures...). Ces aspects ont été étudiés par la littérature scientifique et leur impact psychologique bien que rarement évalué est mis en évidence par quelques études que nous présenterons dans la partie suivante. Il nous semble toutefois primordial de rappeler quelques éléments spécifiques au vécu des parturientes. Tout d'abord, il est important de rappeler que les études mettent souvent en évidence les conséquences physiques de l'épisiotomie en excluant les extractions instrumentales car ces dernières sont beaucoup plus liées à des conséquences somatiques délétères (Baud, 2008). Pourtant, le taux d'épisiotomie liée à l'extraction instrumentale en France était encore en 2014 de 52.6% (Goueslard et al., 2018). Il nous semble donc pertinent de rappeler que les distinctions statistiques que nous avons présentées ont pour but d'étayer la connaissance du clinicien sur la prévalence de risques ou bénéfices liés à l'emploi de l'épisiotomie. Ces études ne sont donc en aucun cas révélatrices des perceptions subjectives des parturientes qui n'obéissent pas aux mêmes règles que celle de l'evidence based medicine.

Effectivement, le vécu subjectif des individus et particulièrement celui des parturientes est bien souvent le reflet d'une construction dans l'après coup. Cette reconstruction se fait généralement par l'association de ressentis cristallisés et médiatisés au sein d'une

réinterprétation du réel vécu par la parturiente (Chervet, 2006 ; Chervet, 2009). Il est par exemple très probable qu'une patiente présentant une séquelle somatique (ex : une incontinence urinaire) liée à une extraction instrumentale réalisée en même temps qu'une épisiotomie considère que ses potentiels symptômes urinaires soient liés à l'épisiotomie en dépit de toute réalité objective. C'est au travers d'une réinterprétation dans l'après-coup que l'éprouvé subjectif s'incarnera dans une représentation de mot qui dépendra beaucoup du contexte vécu (Cabelguen et Rabeyron, 2018). Par exemple, au cours de nos années passées en service de maternité, nous n'avons par exemple jamais entendu une femme se plaindre des conséquences de son extraction instrumentale (sauf une professionnelle de santé). L'expression des plaintes entendues avait plutôt tendance à se cristalliser sur l'acte symbolique retenu en mémoire (l'épisiotomie, la césarienne, la déchirure...). Le vécu corporel lui était alors associé au sein d'une relation de cause à effet reconstruite dans le temps du post-partum immédiat entre le vécu corporel, son éprouvé et l'interprétation du réel qu'en fait la patiente teintant alors son vécu en dépit de toute objectivité. C'est par ailleurs ce que souligne Candilis-Huisman (2010, p.84), lorsqu'elle affirme que « dans la pratique en périnatalité, le clinicien est confronté aux effets traumatiques bien plus qu'au trauma, effets souvent ensevelis et conservés dans la mémoire de la patiente ». Cette dynamique spécifique est un aspect primordial de notre étude que nous souhaitons préciser et qui sera au centre de nos réflexions au cours de notre analyse qualitative et que nous soulignerons notamment au travers de l'étude des conséquences subjectives liées aux conséquences physiques de l'épisiotomie.

2. IMPACTS ET CONSEQUENCES PSYCHIQUES DE L'EPISIOTOMIE : UNE REVUE SYSTEMATIQUE DE LA LITTERATURE

Au sein de la première partie de ce cadre théorique, nous avons souhaité présenter le contexte entourant la pratique de l'épisiotomie. Pour ce faire, nous avons décrit l'évolution prise par l'accouchement au fil des siècles et l'émergence de deux facteurs concomitants à la réalisation de l'épisiotomie : la médicalisation et l'institutionnalisation. Puis nous avons décrit le contexte subjectif inhérent au vécu de l'accouchement et son incidence sur l'étude de la pratique de l'épisiotomie. Dans un second temps, nous avons décrit avec précision le mode opératoire de l'épisiotomie, ses classifications et les différentes indications qui lui sont associées. Cette partie nous a ensuite permis de présenter une histoire de la pratique de l'épisiotomie comprenant l'ensemble des évolutions et débats ayant entouré cette pratique chirurgicale mais aussi l'actualité scientifique et contemporaine de l'épisiotomie. Enfin, nous

avons présenté les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie. La première partie de notre écrit a donc permis de décrire avec précision l'ensemble des conditions entourant la pratique de l'épisiotomie.

Le second axe de ce cadre théorique est quant à lui centré sur le vécu de l'épisiotomie. Il est divisé en deux parties distinctes toutes deux basées sur un travail de revue de littérature systématique. La première partie est consacrée à l'ensemble des conséquences de la pratique de l'épisiotomie sur le vécu des parturientes. Elle s'est particulièrement axée sur les conséquences somatopsychiques connues de l'épisiotomie, les indicateurs de satisfaction et de qualité de vie mais aussi, l'équilibre psychique des femmes en couche, puis durant le post-partum. Ensuite, dans un second temps, et après avoir ciblé les manques de la littérature dans ce domaine, nous proposerons l'élaboration de certains axes de recherche supplémentaires d'orientation psychodynamique qu'il nous semble judicieux d'explorer afin d'évaluer au mieux l'incidence psychique de l'épisiotomie sur les parturientes.

2.1. Conséquence de l'épisiotomie sur le vécu des femmes : quel constat ?

Jusqu'à très récemment, il n'existait que très peu de travaux scientifiques en psychologie portant sur le vécu lié à l'emploi de procédures médicalisées dans le domaine de la périnatalité (à l'exception des études portant sur les conséquences des césariennes). L'émergence d'une volonté d'humaniser la naissance que nous avons commentée précédemment a facilité l'émergence de questionnements inhérents au vécu des parturientes en fonction des procédures et techniques employées au cours de l'accouchement. Bien malheureusement, malgré un engouement récent, il n'existe encore aujourd'hui que très peu d'études portant sur cet aspect. En outre, la majorité des travaux disponibles semble porter uniquement sur des aspects somatopsychiques comme la douleur, la dyspareunie ou les dysfonctionnements sexuels en réduisant bien souvent leur expression à un fait biologique. Dans cette partie dédiée aux aspects psychologiques, nous mettons en évidence les éléments psychiques connectés à la pratique de l'épisiotomie au travers d'une revue de littérature critique que nous prolongeons avec certaines théorisations psychodynamiques et discussions cliniques. Nous consacrerons donc un premier temps aux conséquences somatopsychiques connues de l'épisiotomie telles que la douleur, les dyspareunies et les dysfonctionnements sexuels. Puis, nous nous intéresserons aux indicateurs classiquement utilisés pour étudier la santé perçue et le vécu consécutifs à une épisiotomie. Enfin, une dernière partie est consacrée aux conséquences psychiques connues de l'épisiotomie sur l'équilibre de la psyché telles que le stress et l'anxiété, les affects dépressifs ou encore le Syndrome de Stress Post-Traumatique (PTSD).

2.1.1. Conséquences somatopsychiques de l'épisiotomie : vers l'idée d'une fragilisation de l'unité somatopsychique ?

Les recherches que nous avons menées nous ont permis d'isoler les liens existant entre trois aspects somatopsychiques : douleurs, dyspareunies et dysfonctionnements sexuels. Ces trois aspects associant à la fois des dimensions psychiques et/ou somatiques ont été particulièrement bien étudiés. Nous présentons donc en premier les constats portant sur les conséquences de l'épisiotomie au niveau de la douleur tout en discutant de l'impact de ces éprouvés subjectifs sur le psychisme. Puis en second, nous discuterons des liens existant entre l'épisiotomie et la dyspareunie en rappelant que l'origine des dyspareunies est parfois plurifactorielle. Il sera enfin question dans un dernier temps des dysfonctionnements sexuels au sens large induits par la pratique de l'épisiotomie en rappelant que la sphère intime et sexuelle est à la fois soumise à des facteurs somatiques et physiques.

✓ L'épisiotomie et douleur : une souffrance niée, rationalisée ou exacerbée ?

La douleur implique une diversité de regards et de positionnements dépendant à la fois de son expression mais aussi du cadre d'écoute face auquel elle s'exprime. Tout d'abord, il est important de rappeler que la douleur, qui est toujours une expérience subjective (Aydede, 2017), est définie comme « *une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrites en ces termes* » (S.F.E.T.D., 2016)²⁸. Pour certains auteurs, cette définition n'intègre pas assez la phénoménologie de la douleur et sa dimension interpersonnelle et sociale (Cohen et al., 2018). Ils proposent alors de la définir comme « *une expérience somatique mutuellement caractérisable reflétant l'appréhension d'une personne face à une menace liée à son corps ou son intégrité psychique* » (Cohen et al., 2018 p. 6). Plus interpersonnelle, cette définition permet à la fois d'intégrer la subjectivité de la personne ayant un ressenti de douleur et la dynamique d'expressivité et l'adresse prise par la douleur (soi-même et autrui) (*ibid.*).

Effectivement, que comprendre derrière l'expression « j'ai mal » si ce n'est qu'il s'agit d'une énonciation interpersonnelle basée sur un éprouvé corporel brut inscrit dans la subjectivité du sujet. Dès lors, de par sa nature, la douleur met en opposition deux histoires opposées (del Volgo, 2003). La première est une histoire des signes informatifs relatifs au corps

²⁸ Cette douleur peut être aiguë (liée à une atteinte tissulaire suite à un trauma ou une lésion...), procédurale (liée aux soins réalisés comme un vaccin ou la réfection d'une carie) et enfin chronique (lorsque cette dernière devient récurrente et perd sa finalité informative devenant alors une maladie) (S.F.E.T.D., 2016).

vécu en tant que donnée brute appartenant au réel (au sens de Lacan) et dont la causalité serait médicale (liée à un dysfonctionnement du corps biologique). La seconde fait référence à une histoire subjective appartenant cette fois-ci au registre imaginaire (au sens de Lacan) et pour laquelle l'expression symptomatique serait une manière de se dire. En tant que clinicien il est important de ne pas renforcer artificiellement par nos positionnements professionnels cette dualité en séparant ces deux histoires pourtant intrinsèquement liées au sein du sujet constitué en une unité somatopsychique (Dejours, 2001, 2003). Sur ce point, nous gardons toujours à l'esprit la situation d'une patiente considérée et reconnue comme fibromyalgique et pour laquelle nous assurons un suivi à sa demande par intermittence. Après avoir expliqué qu'elle avait subi de nombreux viols de la part de son père pendant des années, nous lui avons posé la question suivante : *“Comment vous vous sentez avec ça aujourd'hui ?”*. Très spontanément, cette dernière nous a répondu *“Ma douleur aujourd'hui, c'est comme une aiguille qui me rentre dans la peau. Je ne peux rien y faire ça me pénètre comme ça et après ça me fait mal au niveau des pores”*. Au travers de cette phrase nous ayant marqué par ses nombreuses équivoques et l'impression de condensation qui lui est associée, nous ne savions plus si cette patiente parlait de la douleur liée à la fibromyalgie ou de celle des agressions passées. En tant que clinicien, cette réponse n'amenait pas à une recherche de causalité dont nous n'aurions d'ailleurs eu que faire. Nous avons décidé d'entendre cette réponse comme le résultat de son histoire subjective faisant de la douleur un symptôme psychique mais aussi comme l'expression de signes physiques corporels bruts. Cette situation clinique nous a à cette époque permis de comprendre ce positionnement double de la douleur et que « via le fantasme qui la sous-tend, elle n'est jamais qu'une forme du présent de notre relation au corps et au monde » (Derzelle, 2007 p. 89).

Dans le cas des douleurs expérimentées par les parturientes à la suite d'une épisiotomie, il n'est donc pas question de s'intéresser à la causalité directe de la douleur mais à sa simple expression en suite de couche et à sa réinterprétation fantasmatique faite par la patiente au niveau de son registre imaginaire. C'est donc pour cette raison que nous avons décidé d'intégrer l'ensemble des études portant sur l'appréhension de la douleur et les liens avec l'épisiotomie et ne pas présenter uniquement les études comparatives ou les R.C.T. disponibles. En dépit d'une forte disponibilité d'études, il semble premièrement important de rappeler que l'étude de Leeman (2009) n'a pas réussi à mettre en évidence de lien entre les traumatismes périnéaux spontanés et la douleur du post-partum mais, cette dernière a souligné une prévalence importante de la douleur du post-partum pour toutes les parturientes. La méta-analyse de Jiang et al (2017) affirme sur ce point qu'il n'existe aujourd'hui pas de consensus suffisant affirmant

que l'épisiotomie aurait tendance à augmenter la douleur perçue (3 jours) après l'accouchement malgré quelques preuves disponibles dans une des études sélectionnées (House, 1986).

Il semble que l'épisiotomie soit plus associée à la douleur dans le post-partum immédiat lorsqu'elle est comparée à d'autres modes d'accouchement (Berthet et al., 1985 ; Argentine Episiotomy Trial collaborative group, 1993 ; Dannecker et al., 2004 ; Langer, 2006 ; Declercq et Chalmers, 2008 ; Fransisco et al., 2014)²⁹. Plus précisément, l'épisiotomie engendrerait un vécu plus douloureux dans les premières semaines du post-partum à 1 et 2 jours (Larsson et al., 1991 ; Klein, 1992 ; Karaçam et Eroğlu, 2003 ; Juste-Pina et al., 2007), à 3 et 5 jours (Röckner et al., 1988) où les conséquences douloureuses des épisiotomies sont perçues comme plus fortes que celles des déchirures du 2^{ème} degré (Andrews et al., 2008), à 1 semaine (Belizan, 1993 ; Karaçam et Eroğlu, 2003 ; MacArthur et MacArthur, 2004 ; Chang et al., 2011) ; à 10 jours (Sleep et al., 1984 ; Klein, 1992 ; Fransisco et al., 2011) et à 2 semaines (Chang et al., 2011). A partir de deux semaines après l'accouchement, le consensus liant préférentiellement l'épisiotomie avec un vécu plus douloureux s'effrite. Alors que l'étude de Chang et al., (2011) considère que l'épisiotomie est toujours associée avec un vécu plus douloureux, les travaux de Connolly et al., (2005) n'ont pas révélé de différence lorsqu'ils ont comparé l'épisiotomie avec les autres mode d'accouchement. Les mêmes disparités apparaissent à partir de 6 semaines après l'accouchement. Effectivement, deux études (Chang et al., 2011 ; Islam et al., 2013), ont pu montrer que l'épisiotomie est plus souvent associée à l'éprouvé douloureux en dépit du fait que l'étude de Connolly et al.,(2005) ou celle de MacArthur et MacArthur (2004) ne sont pas arrivées à un constat similaire. Enfin, 8 semaines après l'accouchement (Ansara et al., 2005 ; Islam et al., 2013) ; 3 mois après l'accouchement (Connolly et al., 2005), 5 mois après l'accouchement (Turmo et al., 2015), et 6 mois après (Baksu et al., 2007 ; Weijmar Shultz et al., 1990 en dépit d'une non-significativité statistique)³⁰ l'épisiotomie est associée avec des douleurs plus soutenues. Pour finir, une année après l'accouchement, il n'y aurait plus d'incidence de l'épisiotomie sur la douleur (Kainu et al., 2016).

En conclusion, l'épisiotomie semble plutôt associée à la question de la douleur spécifiquement au début du post-partum. Ensuite, cette prévalence semble s'estomper avec le temps malgré de nombreux résultats soulignant une prévalence accrue de la douleur liée à

²⁹ Nous avons délibérément choisi de ne pas faire figurer l'étude de Klein et al (1994) comparant un groupe d'épisiotomie restrictif (57% d'épisiotomie) et un groupe d'épisiotomie de routine car le taux d'épisiotomie restrictive nous semblait beaucoup trop haut pour que les comparaisons puissent être significatives (Klein et al, 1994).

³⁰ A six mois après l'accouchement, l'étude de Connolly et al, 2005 n'a en revanche pas trouvé de lien spécifique entre épisiotomie et douleur.

l'épisiotomie jusque 6 mois après l'accouchement. Ce constat qui ne semble pas impacté par le type d'épisiotomie (Coats et al., 1980 ; Fodstad et al., 2014) implique toutefois de nombreux questionnements concernant les conséquences de ces douleurs pour les mères en suite de couche. Nombre de patientes que nous avons rencontrées nous ont souvent décrit avec précision leurs difficultés à réaliser des actes simples de la vie quotidienne ou à s'occuper de leur enfant à cause du vécu douloureux. Ce point est d'ailleurs souligné par Karaçam et Eroğlu, (2003) ou encore Reading et al (1982) rappelant que la douleur souvent associée à l'épisiotomie dans l'après coup engendre souvent une incapacité à se déplacer, à s'asseoir et se lever ou encore à effectuer des tâches quotidiennes.

Au fil de nos échanges avec les mères, nous avons surtout entendu derrière cette question de la douleur la notion d'impuissance et/ou d'incapacité. Cette incursion du manque dans une dynamique où la mère au prise avec la nécessité d'apporter à son enfant de l'affection et de nombreux soins engendre de nombreux conflits psychiques que nous trouvons d'autant plus potentialisés par l'idéalisation de la fonction de mère. Le ressenti douloureux et la sensation d'empêchement qu'il engendre notamment dans le post-partum immédiat pourraient alors au niveau conscient impacter l'estime de soi, le sentiment de compétence et d'utilité des mères comme la qualité de vie. Au niveau inconscient, il est possible que le vécu douloureux ait un impact sur l'image du corps, le narcissisme des mères. De plus, le sentiment d'impuissance et de manque et les possibles difficultés de l'élaboration de ces éprouvés peuvent également potentiellement engendrer l'émergence d'affects dépressifs ou de dépression dont le lien avec la douleur a déjà été mis en évidence au cours de la période post-natale (Watanatitan, 2009 ; Ducarme et al., 2017) et plus généralement par d'autres travaux (Radat et Koleck, 2011 ; Kroenke et al., 2011).

Enfin, la douleur peut aussi venir cristalliser, au sein d'une réinterprétation fantasmatique réalisée par la parturiente en suite de couche, de nombreux ressentiments et/ou réactiver des vécus anciens non élaborés (Draper et Newell, 1996). C'est pourquoi, Balaskas et Gordon (1987) ont souligné que lorsqu'une épisiotomie est perçue comme un acte non nécessaire, elle peut cristalliser un sentiment de colère ou encore une souffrance psychologique. D'autres auteurs ont également rappelé que la douleur peut être associée à des abus sexuels passés induisant chez la patiente le sentiment d'avoir été abusée (Walton, 1994 ; Christine, 1994). Il est donc probable que la douleur plus fréquemment associée à la pratique de l'épisiotomie puisse être un catalyseur de vécus négatifs impactant la satisfaction relative à l'accouchement. L'ensemble des aspects pouvant être marqués par ce ressenti douloureux sera

ultérieurement abordé au sein de parties plus spécifiques. Il sera toutefois important d'accorder une écoute spécifique au ressenti douloureux associé à l'épisiotomie au cours de notre analyse qualitative car il est possible que ce dernier ait une influence aggravante catalysant certains ressentis négatifs que nous étudierons dans la partie analyse. Pour finir, nous consacrerons un axe de notre analyse de recherche à la prévalence des douleurs en suite de couche et au vécu subjectif qui lui est associé.

✓ Episiotomie et dyspareunie : ancrage corporel, réactivation traumatique ou expression biologique ?

Bien que potentiellement masculine, la dyspareunie est généralement définie comme l'expression d'une sensation de douleur persistante ou récurrente ou d'une sensation d'inconfort associée à l'acte de pénétration partiel ou complet (Haylen et al., 2010). Il existe une classification de ce trouble fonctionnel en fonction de son apparition. Les dyspareunies primaires correspondent aux dyspareunies qui apparaissent dès les premières relations sexuelles et les dyspareunies secondaires correspondent aux dyspareunies apparues après un intervalle non douloureux vécu entre les premiers rapports et l'apparition des rapports douloureux (Bricou et al., 2009). Elles peuvent enfin être de deux types. D'une part, les dyspareunies superficielles, orificielles ou d'intromission qui correspondent à l'apparition de douleurs dès le début de la pénétration et les dyspareunies profondes faisant écho à l'apparition de douleurs généralement pelviennes lors de la pénétration complète (Bricou et al., 2009 ; Monforte et al., 2013). La prévalence de la dyspareunie est estimée à 15% dans la population générale (Lauman et al., 1999) et certaines études ont affirmé une incidence de 42% (Fauconnier et al., 2006). Enfin ce trouble a tendance à augmenter au cours du post-partum (Signorello et al., 2001) avec une incidence comprise entre 30 et 60% (Barrett et al., 1999 ; Barrett et al., 2000 ; Connolly et al., 2005). Enfin une récente étude a évalué la prévalence de la dyspareunie suite à une épisiotomie de l'ordre de 30,1% trois mois après l'accouchement (Chayachinda et al., 2015)³¹.

A l'instar de la douleur, la dyspareunie est elle aussi un trouble fonctionnel rendant l'étude de son étiologie difficile. Ces difficultés ont engendré de nombreux débats concernant sa classification comme un trouble psychosexuel (inscrit dans le DSM) ou comme un trouble de la douleur (Binik, 2005). Trop souvent spontanément qualifiée de "psychosomatique" au sens où le mot est employé dans sa version fourre-tout galvaudée, la dyspareunie possède donc

³¹ *Certaines associations ont toutefois été mises en évidence par des études rétrospectives entre les dyspareunies du pré et post-partum (Barrett et al, 2000 ; Connolly et al, 2005 ; Signorello et al, 2001 ; Yeniei et Petri, 2014)*

une étiologie complexe qui peut être physique ou psychique ou la potentialisation mutuelle de ces deux origines (Graziotin, 2007 ; Graziotin, 2008 ; Palacios et al., 2009 ; Monforte et al., 2013 ; Faisal-Cury, 2013). Plus précisément, la dyspareunie pourrait être liée à de nombreuses causes biologiques, physiologiques ou réactionnelles notamment en cas d'épisiotomie ou d'extraction instrumentale (Buhling et al., 2006 ; Graziotin, 2008 ; Lurie et al., 2013a ; McDonald et al., 2015). De même, certaines études psychodynamiques ont mis en lumière l'existence de corrélations entre certains facteurs³² et la dyspareunie comme entre-autres la présence d'antécédents d'abus sexuels (Reissing et al., 1999 ; Reissing et al., 2003), la dépression (Fabre-Clergue et Duverger-Charpentier, 2008 ; Abdool et al., 2009) ou encore des difficultés avec l'image du corps (Avery et al., 2000 ; Wrobel et al., 2009).

Outre la recherche de ses causes (ce qui est bien souvent la tâche coordonnée de l'évaluation obstétricale et de l'écoute clinique du psychologue), la dyspareunie est surtout un trouble "qui se raconte au travers du corps". Au cours de notre expérience de clinicien, nous avons été amené à accompagner certaines situations post-obstétricales et d'autres concernant des nullipares liées à cette problématique. Nous nous souvenons être premièrement tombé dans l'écueil de la recherche des causes potentielles et nous être retrouvé dans un sentiment d'impuissance. Face à l'énonciation de la douleur sexuelle, il n'était pas alors question d'associer représentation de chose et représentation de mot par le biais d'une interprétation qui bouscule à la fois les défenses du sujet et l'enjoint à poursuivre un questionnement personnel. Nous avons découvert (en orientant aussi le travail thérapeutique vers cet aspect) que ce trouble était source de paradoxes. Dans le discours, il était central au niveau de la demande consciente du sujet mais qu'il s'asséchait très vite lorsqu'il était question de parler du symptôme. En revanche, lorsque les patientes étaient prêtes à le faire, il leur était plus aisé d'aborder la question de la conjugalité, de leur relation amoureuse ou encore celui du sentiment de féminité et maternité impliquant l'ancrage corporel au sein du canevas relationnel impliquant le symptôme dyspareunique. Comme le souligne Bianchi-Demicheli et Abraham (2004, p. 34) : « Une solution possible pourrait être, au moins dans un certain nombre de cas, le recours à une psychothérapie capable de prendre en charge les aspects subjectifs plutôt que les aspects objectifs du trouble, ce qui implique surtout les rapports, réels ou imaginaires, que cette femme entretient avec son propre corps : en somme, l'auto-perception globale qu'elle a du fonctionnement de son corps, et en premier lieu sa disponibilité ou non à gérer le plaisir et la

³² La question soulevée dans ce domaine serait de découvrir si les facteurs isolés par les études psychodynamiques sont à l'origine des dyspareunies, des catalyseurs ou des facteurs conditionnant leur apparition.

jouissance ». En somme, en dépit de l'origine organique qu'il est important de ne pas négliger au profit d'un tout psychoaffectif clivant par une intervention trop focalisée l'unité somatopsychique, nous considérons que la dyspareunie peut être comprise comme l'expression de l'impossibilité d'une mise en relation à l'autre vécu comme objet de désir, d'amour et aussi l'impossibilité de se dévoiler et laisser la relation à l'autre entrer en soi. Il est donc important pour le clinicien d'être à l'écoute de ces aspects et notamment en suite de couche où la relation au compagnon est un donné majeur de bien-être (Vennat et al., 2018).

Dans ce contexte spécifique, de nombreuses études ont étudié l'incidence de l'épisiotomie sur les taux de dyspareunie des parturientes. D'un point de vue général, il est considéré que l'épisiotomie entraîne plus de dyspareunies au cours du post-partum (Brown et Lumley, 1998 ; Langer et al., 2006 ; Williams et al., 2007 ; Solana-Arellano et al., 2008 ; Kouakou et al., 2015). L'analyse de la littérature montre alors que à 6 semaines après l'accouchement (Islam et al., 2013), puis à 8 semaines (Larsson et al., 1991 ; Islam et al., 2013), et 3 mois après (Sleep et al., 1984 ; Larsson et al., 1991 ; Sartore et al., 2004 ; Boran et al., 2013) l'épisiotomie entraîne un nombre accru de dyspareunies. Ce consensus semble contredire le fait que l'étude de Sleep et Grant (1987), en ayant comparé un groupe d'épisiotomie restrictive et un groupe d'épisiotomie libérale, n'ait pas trouvé de différence significative. Le constat associant préférentiellement l'épisiotomie à la dyspareunie semble ensuite se prolonger jusqu'à six mois après l'accouchement pour Persico et al (2013) et pour O'Malley et al., (2018, même si ce taux n'est significatif qu'en univarié). En revanche d'autres études ne constatent plus de lien privilégié entre épisiotomie et dyspareunie à partir de 6 mois après l'accouchement (Tennfjord et al., 2014), 12 mois après (Fauconnier et al., 2012 ; Tennfjord et al., 2014 ; Acele et al., 2012) et enfin trois ans après la naissance de l'enfant (Sleep et Grant, 1987). L'impact de l'épisiotomie sur le taux de dyspareunie après 12 mois reste toutefois soumis à controverse car en plus des résultats positifs montrant une association en univarié uniquement entre l'épisiotomie et les dyspareunies 12 mois après l'accouchement, l'étude de Ejegård et al (2008) affirme que l'incidence des dyspareunies est plus élevée 12 mois et 18 mois après l'accouchement en cas d'épisiotomie. Les dynamiques constatées par ces publications ne semblent toutefois pas liées au type d'épisiotomie (Fodstad et al., 2014 ; Necosalova et al., 2016). En somme il semblerait que la pratique de l'épisiotomie entraîne une prévalence de l'épisiotomie dans le post-partum immédiat et que cette prévalence tend à se résoudre progressivement au fil du temps pour devenir non significative.

Face à ce constat, il semble pertinent d'évaluer l'impact de cette prévalence et de la réinterprétation fantasmatique possible qui peut associer la dyspareunie et l'épisiotomie (déjà évoquées dans des parties préalable) au niveau psychologique. Il est tout d'abord important de rappeler que l'O.M.S. a souligné en 2004 que la santé sexuelle est un aspect intrinsèque de la définition de santé et que sa prise en considération dans l'étude du bien-être des individus et notamment des femmes devrait être intégrée dans les premiers soins en suite de couche (WHO, 2004a ; Chatton et al., 2005). La dyspareunie ayant un impact sur le vécu de la sexualité au sens global impacte également la qualité de vie au travers de la dimension qualité de la vie sexuelle et affective ce qui à terme diminue le sentiment de bien-être (Mathias et al., 1996 ; Meana et al., 1997 ; Laumann et al., 1999 ; Sackett et a, 2001 ; Jones et al., 2004 ; Basson, 2005 ; Arnold, 2006 ; Barnack et al., 2007 ; Smith et al., 2009 ; Olsson, 2011). La présence de dyspareunie peut engendrer des difficultés relationnelles au niveau du couple poussant alors les femmes à refuser les avances de leur partenaire et parfois à accepter de s'engager dans une activité sexuelle sans en avoir le désir (White et Jantos, 1998 ; Gates et Galask, 2001 ; Sackett et al., 2001 ; Reed et al., 2003). De même, la dyspareunie peut engendrer un vécu de culpabilité, un manque de confiance en soi ou encore un taux d'anxiété plus élevé (Smith et al., 2009). Enfin, la revue de littérature de Smith et al (2009) montre au travers une concaténation d'études que la présence de dyspareunie est plus souvent associée à la présence d'anxiété et de symptômes dépressifs ou de dépressions déclarées. Enfin, les auteurs précisent que la récurrence de la douleur peut impacter à terme l'estime de soi et l'image du corps (Smith et al., 2009).

En somme, la dyspareunie, généralement plus présente en cas d'épisiotomie ou dépendante de la réalisation d'une épisiotomie, peut engendrer de nombreuses conséquences psychologiques chez les parturientes en suite de couche en fragilisant à la fois les aspects conscients intrinsèques à la qualité de vie mais aussi l'identité sexuée, les assises narcissiques et objectales ou encore l'image de soi et du corps. Ces aspects seront donc évalués au sein de notre protocole de recherche.

✓ Constats et impacts de l'épisiotomie sur la sexualité : le cas des dysfonctionnements sexuels

Très largement influencée par les travaux de Masters, Johnson et Kaplan, le spectre des dysfonctionnements sexuels peut-être défini par l'existence de difficultés ou d'entraves psychophysiologiques vécues au cours de l'acte sexuel (Masters et Johnson, 1966 ; Laumann et al., 1999 ; Basson et al., 2003). Aujourd'hui, après avoir connu certaines évolutions et

controverses (Balon et al., 2007), la classification inhérente au dysfonctionnement sexuel féminin peut être de trois types : 1) Trouble de l'orgasme féminin, 2) Intérêt sexuel féminin/trouble de l'excitation sexuelle, 3) Douleurs génito- pelviennes/troubles liés à la pénétration (APA, 2013). Au sein de ces trois catégories de nombreux troubles plus spécifiques sont classés et une grande majorité de ces derniers nécessite dorénavant une présence sur environ 75% des situations et/ou une durée du trouble supérieure à 6 mois (APA, 2013). De manière générale, les études rétrospectives rapportent le fait qu'environ 36% à 46.2% des femmes expérimentent un trouble sexuel au cours de leur vie (Kontula et al., 1995 ; Laumann et al., 1999 ; Smith et al., 2012 ; Jaafarpour et al., 2013 ; McCabe et al., 2016). Ces études sont toutefois peu spécifiques et la diversité des troubles répertoriés peut parfois induire l'idée d'une pathologisation excessive de la sexualité. Il est donc probable que les nouveaux critères (temps et fréquence) induits par le D.S.M. V aient à terme un impact sur l'évaluation de l'incidence des dysfonctionnements sexuels féminins dans les futures études publiées.

Au niveau clinique, notre expérience de psychologue en C.M.P. nous a amené à rencontrer de nombreuses situations au sein desquelles s'exprimaient un dysfonctionnement sexuel³³. Très souvent, à l'instar de la douleur ou de la dyspareunie qui est en soi un dysfonctionnement sexuel de type "trouble lié à la pénétration", l'étiologie des dysfonctionnements sexuels n'obéit pas à une dichotomie corps/esprit évidente comme le sont tous les troubles fonctionnels. Comme pour les suivis de patientes souffrant de dyspareunie, l'accompagnement des patients souffrants de dysfonctionnements sexuels amène le clinicien à se confronter au clivage et notamment, à la prévalence d'un clivage somatopsychique empêchant l'intrication des éprouvés avec le registre imaginaire et symbolique. Généralement, le discours se retrouve dénué de son tressage associant simultanément éprouvé corporel et émotionnel, énonciation et subjectivation et enfin un temps de réflexion sur ce qui est dit par le biais de l'insight (qui peut être intellectuel ou affectif). Le positionnement du sujet est alors duel offrant d'une part un discours où le corps et le soi sont pris comme objet d'analyse à la manière de l'auscultation qu'effectuerait un médecin et d'autre part il était plutôt question de l'expression émotionnelle de la détresse, du manque et de ses impossibles. L'expression de ce clivage associait alors une rationalisation des phénomènes corporels uniquement traités de manière intellectuelle à un registre émotionnel très difficile à élaborer que nous pouvions

³³ *Nous notons toutefois qu'au cours des six années d'exercice en tant que psychologue clinicien à l'écoute des problématiques affectives et intimes, l'orientation vers le C.M.P. par le corps médical est souvent plus relative à des problématiques masculines que féminines.*

également retrouver dans les discours de patients ayant vécu des expériences traumatiques ou des phénomènes de dépersonnalisation.

L'intérêt du travail du clinicien réside alors à remettre en acte puis en sens l'ensemble des processus permettant la mentalisation. Cette dynamique s'effectue premièrement par la mise en place pour le sujet d'une attention spécifique portant sur les phénomènes corporels (respiration, sensation, battements de cœurs). Puis, sur cette base, il nous semble important d'amener le sujet à réaliser une mise en sens de ces éprouvés au niveau de la fantasmagorie du sujet et surtout au sein de sa dynamique relationnelle. Pour ce faire, nous considérons que la co-reconnaissance mutuelle orchestrée entre le clinicien et le patient des éprouvés corporels associée à une mise en acte relationnelle : « *Oh nous sommes d'accord, vous avez votre gorge qui se noue et vous semblez être plus tendue. Vous ressentez cela également ou me suis-je trompé ? (Réponse affirmative de la patiente), alors qu'est-ce que votre corps vous dit et me dit à ce moment-là ? (Réponse de la patiente). Et maintenant qu'est-ce que l'on peut comprendre de tout cela ?* » Au travers de cette dynamique présentée de manière condensée, nous pouvons voir les différentes étapes traversées par le patient et le psychologue à la manière du processus visant une transformation des éléments bêta en éléments alpha via la fonction bêta théorisée par Bion (Bion, 1962 ; Bion, 1963 ; Bion, 1965 ; Bronstein, 2012). En offrant de cette manière son propre espace psychique de pensée au service de la mentalisation du sujet au travers de la capacité réflexive et l'empathie, le clinicien redonne aux processus corporels une valence relationnelle qui sera à terme expérimentée par le sujet dans sa vie quotidienne et lui permettront de pouvoir faire face à la problématique sous-jacente qui est liée à son dysfonctionnement sexuel. Nous resterons donc sensibles à l'émergence de ces phénomènes lorsque nous aborderons l'ensemble des aspects liés à la sexualité en suite de couche et aux éventuels conséquences de l'accouchement sur l'apparition de dysfonctionnements sexuels.

Sur ce point, il est premièrement important de souligner que les femmes en suite de couche ont plus tendance à expérimenter un dysfonctionnement sexuel (Glazener, 1997 ; Yenziel et Petri, 2014). L'étiologie de ces dysfonctionnements peut être liée à des changements hormonaux et physiologiques, des facteurs physiques liés aux modifications du corps, des problèmes de santé en suite de couche, l'allaitement ou encore des facteurs psychologiques (Glazener, 1997 ; Pauleta et al., 2010 ; Johnson, 2011 ; Khajehei et al., 2015). Outre le fait que les extractions instrumentales sont plutôt associées dans le post-partum à l'apparition de dysfonctionnements sexuels (Williams et al., 2007), il semble que l'épisiotomie entraîne elle aussi une apparition accrue de dysfonctionnements sexuels (Pauls et al., 2005) notamment

lorsqu'elle est comparée à la naissance par césarienne ou encore la naissance par voie basse (Williams et al., 2007). Il semblerait par ailleurs que la prévalence des dysfonctions sexuelles soit de 80% en cas d'épisiotomie (Khajehei et al., 2009). Malgré une évaluation méthodologique rendue difficile par l'impact de plusieurs facteurs, plusieurs études se sont penchées sur l'impact de l'épisiotomie au niveau de certains dysfonctionnements sexuels précis que nous allons présenter.

Tout d'abord, il n'existe pas de consensus scientifique permettant d'affirmer que l'épisiotomie retarde la reprise de la sexualité. Effectivement, l'étude de Sleep et Grant (1987) ainsi que celle menée par Klein et al., (1994) n'a pas mis en évidence de différence entre le sous-groupe épisiotomie et les autres sous-groupes au niveau de la reprise de la sexualité trois mois après l'accouchement. Ce constat serait similaire six mois (Bello et al., 2011) à 1 an après l'accouchement (Abraham, 1990 ; Rådestad et al., 2008). Il ne semble pas que l'épisiotomie impacte à long terme le délai de reprise de la sexualité. Ces constats doivent être également interrogés au niveau statistique sur la possibilité d'une significativité statistique lorsque l'on sait qu'à partir de 4 mois après la naissance de l'enfant, 90% des femmes ont repris la sexualité (Klein, 1994 ; Byrd et al., 1998 ; Glazener 1997, Signorello et al., 2001). En revanche, concernant les premiers mois du post-partum, certaines études récentes posent un constat différent en affirmant que 6 semaines après l'accouchement les femmes ayant eu une épisiotomie ont moins tendance à avoir repris la sexualité (McDonald et al., 2013 ; Triviño □ Juárez et al., 2018). Ce constat est également retrouvé 6 mois après l'accouchement pour Triviño □ Juárez et al (2018). L'ensemble de ces données plutôt contrasté rejoignant toutefois l'impression clinique générale que nous portons sur ce sujet permet tout de même de rejoindre le positionnement de Woranitat et Taneepanichskul, (2007) et Lurie et al (2013a) considérant que l'épisiotomie induit probablement une reprise plus tardive de la sexualité du post-partum.

D'autres études se sont quant à elles penchées sur la qualité des relations intimes et l'apparition de dysfonctionnements sexuels typiques (absence d'excitation, anorgasmie, lubrification insuffisante, absence de satisfaction, sensations altérées...). Pour Khajeihi et al., (2009, p. 128), « l'épisiotomie peut affecter la vie sexuelle des femmes durant la première année du post-partum en entraînant une recrudescence des douleurs, une insatisfaction sexuelle et une diminution de la libido ». Ce constat est rejoint par d'autres auteurs pour qui l'épisiotomie peut provoquer des changements dans la perception des sensations sexuelles (Song et al., 2005) et une lubrification insuffisante (Ejegård et al., 2008 ; Baksu et al., 2007) notamment au niveau de la cicatrice qui est souvent décrite dans les premiers mois du post-partum comme un peu

rugueuse et peu élastique. Enfin, Baksu et al., (2007) ont relevé que l'épisiotomie pouvait préférentiellement affecter l'excitation sexuelle des femmes ainsi que leur capacité à avoir un orgasme, la satisfaction sexuelle au sens large et un déclin sexuel (Faisal-Cury et al., 2013). Il semblerait toutefois que ces constats ne soient pas tous statistiquement significatifs ce qui mena Clarkson et al (2001) et Xu et al (2003) à affirmer un peu hâtivement que la sexualité du post-partum n'était pas affectée par l'épisiotomie.

Aujourd'hui, il n'existe toujours pas de consensus suffisant permettant d'affirmer ou d'infirmer cet aspect. Par exemple, au niveau des études ayant différencié l'impact de l'épisiotomie sur l'apparition des dysfonctionnements sexuels sous un angle temporel, il n'existerait pas de différence induite par l'épisiotomie à 1 semaine, 2 semaines (Connolly et al., 2005 ; Chang et al., 2011) et 6 semaines après l'accouchement (Chang et al., 2011, Lurie et al., 2013a)³⁴. Ce constat n'est en revanche pas partagé par l'étude de Baksu et al (2007) pour qui l'épisiotomie est liée à plus de dysfonctionnements sexuels à six semaines. De même, huit semaines après l'accouchement, il semblerait également que les femmes ayant eu une épisiotomie aient un score de satisfaction sexuelle plus bas que les autres (Lagana et al., 2015). La prévalence de dysfonctionnements sexuels associée à l'épisiotomie a ensuite été mise en évidence par Rathfisch et al., (2010) sans que ce constat ait été retrouvé par Lurie et al (2013a). Il semblerait tout de même que la satisfaction sexuelle soit également impactée à cette période (Klein et al., 1994 ; Kahramanoglu et al., 2017). Cette insatisfaction concernait 15 à 24% des femmes dans l'étude de Reading et al (1982) et elle était attribuée par ces dernières à l'épisiotomie (probablement par le biais d'une réattribution fantasmatique et/ou sur la base de conséquences somatiques spécifiques). Il semblerait en revanche que l'incidence préférentielle de l'épisiotomie sur la sexualité des parturientes ne soit plus présente à partir de six mois après l'accouchement (Signorello et al., 2001 ; Connolly et al., 2005 ; Lurie et al., 2013a ; Kahramanoglu et al., 2017). Les mêmes constats ont été relevés une année après l'accouchement (Hartman et al., 2005 ; Kahramanoglu et al., 2017), 18 mois après l'accouchement (Faisal-Cury, 2015) et jusqu'à deux ans après la naissance de l'enfant (Kahramanoglu et al., 2017). L'ensemble de ces données n'est également pas dépendant du type d'épisiotomie employé car il n'existe pas de différence d'incidence sur les troubles sexuels en fonction du type d'épisiotomie (Necosalova et al., 2016). En résumé, malgré une absence de consensus, il est probable que l'épisiotomie engendre préférentiellement des

³⁴ *Il est fortement probable que la reprise plus tardive de la sexualité ait statistiquement influencé les données obtenues.*

dysfonctionnements sexuels et une baisse de la satisfaction sexuelle entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement et que cet effet s'estompe statistiquement au fil des mois.

La prévalence de dysfonctionnements sexuels liés à l'épisiotomie n'est pas sans conséquence. Tout d'abord, il est important de préciser que toute atteinte au niveau de la vie sexuelle a un impact sur la qualité de vie (Laumann et al., 1999 ; Basson et al., 2000 ; Chang et al., 2010). Les dysfonctionnements sexuels auraient tendance à entraîner une augmentation de la prévalence des troubles dépressifs et des dépressions ainsi que celle des troubles anxieux (Kalmbach et al., 2014) ce qui a été déjà confirmé plus tôt par une méta-analyse (Atlantis et al., 2012). A un niveau interpersonnel, il est possible que les dysfonctionnements sexuels puissent entraîner une distanciation dans la relation de couple ce qui pourrait jouer un rôle au niveau du vécu émotionnel à la suite de l'accouchement. Enfin, au niveau inconscient, le retrait narcissique provoqué par le déclin sexuel peut engendrer une fragilisation de l'image du corps ou encore une difficile affirmation des symbolisations féminines dont la prévalence est remobilisée au cours de la grossesse et dans le post-partum (Bydlowski, 1997).

L'ensemble des points que nous avons traités au sein de cette partie porte sur les aspects somatopsychiques liés à la pratique de l'épisiotomie. Malgré un consensus statistique non établi, de nombreuses études ont mis en évidence un lien préférentiel entre l'épisiotomie et la douleur, les dyspareunies et les dysfonctionnement sexuels avec une prévalence accrue en début de post-partum et généralement une disparition à partir de 6/8 mois. Il est donc à la fois pertinent de continuer à s'interroger sur les liens entre ces trois aspects et l'épisiotomie, au travers de protocoles de recherche. De même, il semble tout aussi important de ne pas négliger les conséquences potentielles de ces troubles somatopsychiques sur le sujet lui-même et l'impact de leurs comorbidités potentielles (affects dépressifs, baisse de la qualité de vie, fragilisation de l'unité somatopsychique, atteinte de l'image du corps...) sur l'unité somatopsychique des patientes en suite de couche. Il nous semble donc pertinent de consacrer un axe de notre étude à l'effet de l'épisiotomie sur la perception de la douleur ainsi que sur la sexualité (présence de dyspareunie, reprise des relations intimes, qualité des relations sexuelles et intimes...)

2.1.2. Conséquences de la pratique de l'épisiotomie sur les indicateurs de santé : qualité de vie et satisfaction maternelle

Depuis de nombreuses années, favorisés par une volonté de proposer une appréhension quantitative sur certaines notions qualitatives dépendant du vécu des sujets, de nombreux indicateurs ont vu le jour dans le domaine de la santé. Ces indicateurs permettent aux chercheurs

et praticiens de mieux saisir les enjeux entourant une problématique sanitaire et de faire en conséquence évoluer leurs pratiques ou mieux saisir les enjeux qui lui sont liés. Nous avons donc décidé de consacrer une partie spécifique sur les liens existant entre l'épisiotomie et ces indicateurs. Aussi, nous présentons premièrement les études ayant étudié l'impact de l'épisiotomie sur la qualité de vie des patientes ayant eu une épisiotomie. Puis, dans un second temps, nous discuterons de la notion de satisfaction maternelle relative à l'accouchement et les l'impact de l'épisiotomie sur cet indicateur. Enfin, nous proposerons une partie dévolue à la l'impact de l'épisiotomie sur la notion d'embodiment et le sentiment de contrôle des parturientes. Ces différents aspects nous permettent de mieux saisir certains enjeux subjectifs conscients relatifs à la pratique de l'épisiotomie.

✓ Impact de l'épisiotomie sur la qualité de vie : un terrain à explorer

Apparu au cours des années 60 aux Etats-Unis puis généralisé au cours des années 90 (Leplège et al., 1999), le concept de qualité de vie a été avancé pour quantifier l'appréhension subjective et qualitative qu'un sujet peut se faire des conditions de vie multidimensionnelles qu'il expérimente au quotidien. Il existe aujourd'hui de très nombreuses définitions de la qualité de vie qui dépendent à la fois du champ d'étude utilisé (sociologie, géographie, médecine, psychologie...) mais surtout de l'outil employé et des indicateurs d'évaluation retenus (Felce et Perry, 1995 ; Candel et Dubois, 2005). Il n'existe donc pas de définition consensuelle de la qualité de vie. Nous considérons toutefois que celle proposée par l'O.M.S., définissant la qualité de vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » représente la définition la plus large et consensuelle en la matière.

Dans le domaine sanitaire, elle permet alors d'intégrer les aspects liés à la santé en permettant de rendre compte de l'évolution de la santé des sujets et leur vécu via une évaluation psychométrique (Leplège et al., 1999 ; Ware, 2003). Bien souvent, cette évaluation porte sur un agrégat de dimensions (MacKeigan et Pathak, 1992) telles que « le domaine physique, le domaine psychologique, le niveau d'indépendance, les relations sociales, l'environnement, la spiritualité, la religion et les croyances personnelles » (Bayram et Beiji, 2010 p.4). Elle peut ensuite être une évaluation descriptive (visant une information sur les conséquences d'une intervention ou encore une mesure de critères de santé sur une population spécifique...) ou normative (aidant le processus décisionnel des équipes de santé pour l'établissement de

protocoles de soins...). Dans le domaine de la santé, la qualité de vie est donc un outil utile à la compréhension des conséquences d'interventions sur la santé des sujets mais aussi sur leur vécu subjectif. Cet indicateur est donc un indicateur pertinent pour l'étude des conséquences du mode d'accouchement. En tant que concept théorique, la qualité de vie est un indicateur global basé sur l'appréhension de dimensions qualitatives. Il n'est donc pas possible de rendre compte directement de ce concept via l'écoute clinique. En revanche, les nombreuses sous dimensions composant la qualité de vie peuvent être appréhendées au travers de l'entretien clinique. Il revient donc au clinicien de pouvoir être à l'écoute des plaintes et satisfécits des patients pour pouvoir être à l'écoute de cette métaphore quantitative du bien-être.

Dans le domaine obstétrique, la qualité de vie a été employée au sein de quelques études portant sur l'impact de la vulvectomie (Tamburini et al., 1986) ou encore de l'hystérectomie (Kjerulff et al., 2000 ; Bayram et Beiji, 2010). Ces études portant sur l'impact de ces chirurgies de l'intime bien souvent réalisées dans un contexte où la santé des patientes engage un pronostic vital ont bien souvent mis en évidence une augmentation de la qualité de vie après l'intervention chirurgicale. Il n'est en revanche pas possible de proposer un équivalent au niveau des interventions au cours de l'accouchement. Effectivement, deux études ont pu souligner que comparé aux accouchements par voie basse (excluant les extractions instrumentales ou les dystocies) l'opération césarienne entraînait une moins bonne qualité de vie notamment via une chute de la dimension "qualité de vie physique" (Torkan et al., 2009 ; Nikpour et al., 2011). Ce champ d'étude est donc actuellement en développement et permet d'apporter un éclairage normatif sur le vécu des parturientes conséquent à la pratique de l'épisiotomie.

Au niveau de la pratique de l'épisiotomie, deux études spécifiques ont été réalisées. En 2011, Bertozzi et al., ont montré que comparé aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie était associée à une qualité de vie supérieure. Ces constats ont été rejoint par l'étude de Rikard-Bell et al réalisée en 2014 affirmant que l'épisiotomie est aussi associée à des taux de qualité de vie supérieurs aux autres modes d'accouchement six mois après l'accouchement. Ce constat semble congruent avec les conclusions des études portant sur les dimensions somatopsychiques liées à l'épisiotomie (douleurs, dyspareunies et dysfonctionnements sexuels) soulignant qu'après six mois les différences portant sur les conséquences de l'épisiotomie semblent s'effacer.

Ces deux études n'apportent toutefois pas l'ensemble des réponses nécessaires à la compréhension des liens existants entre l'épisiotomie et la qualité de vie. Premièrement, la

dernière méta-analyse Cochrane a souligné l'existence d'un lien entre l'épisiotomie et l'incontinence urinaire sur le long terme, bien que ce dernier soit faible (Jiang et al., 2017). Sur ce point, la littérature scientifique a pu mettre en évidence l'impact négatif de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie des patientes en suite de couche (Patrick et al., 1999 ; Özerdoğan et al., 2004 ; Dolan et al., 2004 ; Faltin, 2009 ; Lavy et al., 2012 ; Rikard-Bell, 2014) en insistant notamment sur les sous dimensions liées à l'intimité et la sphère affective (Ko et al., 2005). De plus, même s'il n'existe pas de consensus clair associant épisiotomie et incontinence fécale, certaines études (Sartore et al., 2004³⁵ ; Casey et al., 2005) dont une revue de littérature (Tayrac et al., 2006) ayant parcouru 43 publications se sont toutes positionnées en faveur d'un lien entre incision du périnée et incontinence fécale³⁶. Cette prévalence pourrait alors entraîner une diminution de la qualité de vie ce qui a été également mis en évidence par plusieurs études (Sailer et al., 2003 ; Boreham et al., 2005 ; Maior et al., 2014) et la revue de littérature de Meyer et Richter (2015). Enfin, la prévalence des douleurs et déchirures périnéales toutes deux associées à l'épisiotomie (Jiang et al., 2017) est elle aussi connue pour avoir un impact négatif sur la qualité de vie (Fritel et al., 2009 ; Pizzoferrato et al., 2015 ; Ramage et al., 2017).

Dans ce contexte, il apparaît donc utile de pouvoir axer une partie de notre étude sur ce point en proposant une évaluation des conséquences de la pratique de l'épisiotomie sur la qualité de vie des parturientes.

✓ Satisfaction maternelle liée à l'accouchement et pratique de l'épisiotomie : constats et conséquences

Alors que la qualité de vie permet d'appréhender quantitativement les conséquences d'un facteur (comme l'épisiotomie) sur les nombreuses dimensions de la santé et le concept de bien-être, d'autres dimensions permettant d'appréhender la qualité des soins et sa perception peuvent être utiles dans la compréhension de la pratique de l'épisiotomie. Aujourd'hui, l'importance de ces aspects nommés soft-outcomes par Oakley en 1983 est bien établie et la littérature s'est entre autres particulièrement intéressée au concept de satisfaction maternelle relative à l'accouchement. Ce concept développé au cours des années 80 est aujourd'hui considéré comme un indicateur majeur de la qualité des soins apportés aux femmes en couche (Hodnett et al., 2002 ; Monnin et Perneger, 2002 ; Britton, 2006 ; Redshaw, 2008).

³⁵ Dans cette étude le seuil de significativité n'est pas atteint du fait de l'échantillonnage trop faible.

³⁶ Ce constat n'est en revanche pas retrouvé sur le long terme (4 ans après) par Fritel et al., (2008) n'ayant relevé qu'une prévalence de l'incontinence aux gaz liée à l'épisiotomie.

Comme pour la qualité de vie, il n'existe pas de définition consensuelle de la satisfaction maternelle relative à l'accouchement (Ware et al., 1983). Nous retenons tout de même préférentiellement celle proposée par Linder-Pelz (1985, p. 42) pour qui la satisfaction maternelle est « une évaluation multidimensionnelle de différents aspects des soins de santé reçus et déterminés (en partie) par les perceptions, les attitudes et des processus de comparaisons ». Outre son aspect multidimensionnel et processuel, la satisfaction maternelle est un indicateur complexe reposant sur de nombreux facteurs comme « les attentes avant l'accouchement, l'assiduité au cours de préparation à l'accouchement, la parité, les interventions médicales, la douleur, le sentiment de contrôle, l'étayage reçu durant le travail, la durée du travail et le mode d'accouchement » (Dickinson et al., 2003, p.463). D'autres facteurs comme la nécessité d'être traitée respectueusement, le contexte économique et le respect des facteurs socio-culturels ont également été isolés par d'autres travaux portant sur les pays en voie de développement (Srivastava et al., 2015).

L'incidence de ces facteurs n'est effectivement pas la même et il a été mis en évidence que le sentiment de contrôle et le soutien perçu sont des dimensions primordiales dans la satisfaction de l'expérience de l'accouchement (Goodman et al., 2004 ; Larkin et al., 2009 ; Delassus, 2011). Il est toutefois extrêmement difficile de pouvoir évaluer le sentiment de contrôle des parturientes. Pour Hodnett et Simmons-Tropea (1987, p. 302), il peut être défini comme « la sensation de pouvoir maîtriser les forces internes et environnementales par le biais d'une impulsion personnelle et sa réalisation au travers d'une action, d'une prise de responsabilité, d'une créativité ou encore d'une réduction de son importance ». Le sentiment de contrôle dépend alors de nombreux facteurs individuels, éducationnels et sociologiques (Meyer, 2013). Enfin, ce sentiment est toutefois très important dans la construction du sentiment de réalisation de soi et la notion d'embodiment dont la prévalence est un indicateur de satisfaction lié à l'accouchement que l'on peut entendre qualitativement au cours de l'entretien clinique (Akrich et Pasveer, 2004 ; Clesse et al., 2018b).

Dans le cas de l'épisiotomie, il faut tout premièrement préciser que la survenue d'une intervention chirurgicale au cours de l'accouchement a généralement un impact négatif sur le sentiment de contrôle des parturientes (Jacoby, 1987 ; Brown et Lumley, 1994). Puis, il est important de rappeler l'affirmation de Tourné (2002, p.397) pour qui « *le coup de ciseaux qui provoque l'expulsion brutale par le lâchage des structures en tension acquiert ainsi un caractère de violence extrême, privant la mère de sa compétence à contrôler elle-même, et ses sensations, et le processus d'enfantement qui constitue le point culminant de sa vie de femme* ».

Aussi, lorsqu'une épisiotomie est réalisée, il est possible que certaines femmes puissent avoir le sentiment de ne pas être au sens de leur expérience, en excluant la possibilité pour ces dernières d'exercer un contrôle satisfaisant sur la sortie de l'enfant³⁷. C'est par ailleurs ce qu'une des femmes rencontrées par Kitzinger (1981, p.4) expliquait en déclarant « *j'ai le sentiment que la deuxième phase de mon accouchement n'a pas bien été gérée. Le bébé est sorti très vite et sans aucun contrôle. En conséquence, de cela j'ai été déchirée à cause de mon épisiotomie* ». De même, il faut rappeler que l'emploi de l'épisiotomie dénie symboliquement la parturiente de sa capacité à gérer son accouchement de manière active. C'est par ailleurs ce qu'une sage-femme nous dira fortuitement en d'autres termes : "*Au moment de l'incision, la femme n'accouche plus... elle se fait accoucher.*" Enfin, d'autres affirmations entendues en entretien parlant du manque d'information et du manque d'inclusion de la patiente dans le processus décisionnel peuvent infléchir le sentiment de contrôle et par conséquent la satisfaction liée à l'accouchement. En outre, il est important de préciser que la privation de sensation peut aussi impacter la symbolisation de l'expérience de l'accouchement et à terme le processus d'embodiment.

La pratique de l'épisiotomie est donc susceptible d'avoir un impact sur l'embodiment et le sentiment de contrôle qu'il semble nécessaire d'évaluer. Pour ce faire, outre les indicateurs psychométriques usuels contenus dans les questionnaires de satisfaction (Sawyer et al., 2013), ces aspects peuvent être qualitativement relevés au sein des entretiens cliniques au travers d'une analyse qualitative clinique (Sandelowski, 1991 ; Akrich et Pasveer, 2004 ; Carter, 2010). Effectivement, les propos des patientes en suite de couche concernant le sentiment de réussite et de maîtrise relatif au corps pendant l'accouchement nous semblent être le meilleur indicateur du sentiment de contrôle et un témoignage permettant de considérer que l'embodiment s'est exercé positivement. Dans le contexte qui nous importe, il n'existe à notre connaissance que très peu d'études portant sur les liens entre la satisfaction liée à l'accouchement et l'épisiotomie et trois seulement ont évalués leurs liens directs³⁸. Puis, en 2004, une étude quantitative a permis de montrer que l'extraction instrumentale (dont 52.6% étaient encore conjointes à une épisiotomie en 2014) était associée à une baisse de la satisfaction liée à l'accouchement. L'existence de ce lien entre extraction instrumentale et diminution de la satisfaction ne peut être négligé et il était donc nécessaire d'explorer cet aspect plus précisément. Ces constats ont

³⁷ Même s'il est important de souligner que les contractions et la poussée ne s'exercent pas au niveau de la localisation de l'épisiotomie.

³⁸ Toutes les affirmations réalisées sur ce point le sont sur la base de *systematic reviews* réalisées entre janvier 2018 et le 03 septembre 2018 au sein de 15 bases de données que nous décrivons dans la partie méthodologie.

été ensuite renforcés par le positionnement pris par la D.R.E.S.S. en 2008 à la suite d'une enquête périnatale considérant que l'épisiotomie est un facteur d'insatisfaction lié à l'accouchement (Collet, 2008).

Les premières conclusions significatives mises en évidence par l'evidence based medicine sont enfin apparues en 2011 au travers de la publication d'une étude menée par Gungor et al., (2012) Au sein de cette étude basée sur une revue de littérature traitée ensuite statistiquement, les auteurs ont pu affirmer statistiquement la corrélation existant entre l'épisiotomie et la diminution de la satisfaction de l'accouchement en se basant sur quatre précédentes publications (Slade et al., 1993 ; Waldenstrom, 1999 ; Waldenstrom et al., 2004; Rijnders et al., 2008). Ce constat a été ensuite retrouvé uniquement dans l'analyse univariée de Branger et al., (2014)³⁹. Cette dernière a montré que l'épisiotomie est un facteur d'insatisfaction notamment lorsque qu'elle est dénuée d'explication. Notons sur ce point qu'une étude menée en Australie en 2014 sur un large échantillon (>1000) a montré que 34% des parturientes ayant eu une épisiotomie n'ont pas été consultées au cours du processus de décision (Thompson et Miller, 2014). Enfin, une très récente étude réalisée sur 1660 femmes par Weeks et al (2017) a pu montrer que l'épisiotomie entraînait plus spécifiquement une insatisfaction liée à l'accouchement. Aujourd'hui, il est donc considéré que l'épisiotomie entraîne une baisse de la satisfaction liée à l'accouchement. Pour autant, le peu d'étude disponible ne permet pas encore d'établir un consensus sur ce point. Il nous semble donc également utile d'explorer cet aspect au travers de notre protocole de recherche.

Pour conclure cette partie dévolue aux indicateurs de santé, il semblerait que la pratique de l'épisiotomie impacte la satisfaction maternelle relative à l'accouchement. Également, malgré des résultats d'études en faveur d'une indépendance corrélative entre qualité de vie et épisiotomie il n'existe pas encore assez d'études en faveur d'un consensus sur ce point et les réflexions liées aux conséquences physiques de l'épisiotomie comme l'incontinence ou la douleur mettent en doute les résultats premièrement trouvés. Il semble donc pertinent de proposer une approche quantitative et qualitative de ces aspects au travers de notre protocole de recherche afin d'éclairer ces dimensions par l'adjonction de nouveaux travaux.

³⁹ *Dans cette étude, les auteurs n'ont par ailleurs trouvé aucun facteur d'insatisfaction lors de l'analyse multivariée ce qui nous permet de considérer les facteurs révélés par leur analyse univariée comme plausibles.*

2.1.3. Incision du périnée et mentalisation : quelles sont les conséquences de l'épisiotomie sur l'équilibre psychique du sujet ?

Après avoir appréhendé le registre des conséquences somatopsychique de l'épisiotomie ainsi que son impact sur la satisfaction maternelle et la qualité de vie, il nous semble important d'aborder d'autres aspects potentiellement liés à l'impact de l'épisiotomie et ce, au niveau de l'équilibre psychique du sujet. En dépit de leurs potentielles divergences théoriques, de nombreux modèles psychanalytiques ont montré que l'équilibre psychique du sujet s'appuie sur une dynamique processuelle obtenue par le biais d'un travail de symbolisation constant et continu permettant, lorsque celui-ci est possible, la mentalisation des expériences vécues par le sujet (Bion, 1962 ; Dejours, 1986 ; Marty, 1983 ; Marty, 1991 ; Roussillon, 1999 ; Dejours, 2001 ; Keinänen, 2006). L'ensemble de ce processus se base sur une synergie soma/psyché articulée autour de la notion de pulsionnalité. Au niveau de l'accouchement, certaines études ont pu mettre en évidence des phénomènes similaires engageant la mise en place de processus massifs de mentalisation et symbolisation pour les femmes concernées (Belot, 2014a ; Belot, 2014b ; Belot et de Tychev, 2015 ; Clesse et Lighezzolo-Alnot, 2017). Dans ce contexte, il est possible que l'incision du périnée puisse être considérée comme un facteur de fragilité supplémentaire fragilisant l'équilibre psychique du sujet. Aussi, en rappelant qu'il n'existe aucune étude psychanalytique portant sur l'épisiotomie, nous proposons de présenter les travaux associant certaines dimensions relatives à la notion d'équilibre psychique en les liant aux élaborations portant sur l'incision du périnée. Aussi, nous présentons dans un premier temps les liens existant entre l'épisiotomie et la notion de stress, d'anxiété et surtout la notion d'angoisse. Dans un deuxième temps, nous discuterons des situations où l'épisiotomie est susceptible d'engendrer un traumatisme psychique en précisant les liens qu'elle entretient avec l'apparition d'un Etat de Stress Post-Traumatique. Puis nous parlerons du vécu émotionnel consécutif à l'épisiotomie et de la phobie de l'accouchement (tocophobie) ce qui nous permettra à terme d'aborder les liens établis par la littérature entre l'épisiotomie, la symptomatologie dépressive et la dépression du post-partum.

✓ Perturbations du pare-excitation et épisiotomie : Stress, anxiété et angoisses

Dérivé du syndrome général d'adaptation mis en évidence par Selye dans les années 50 (Selye, 1950), la notion de stress qui à l'origine était physiologique fait écho aux notions darwinistes d'adaptation à l'environnement dont l'intérêt est d'assurer l'homéostasie du sujet (Stora, 2010). Ce concept s'est ensuite enrichi de l'approche psychologique ce qui engendre

l'apparition de nombreux modèles du stress à l'instar du modèle de stress transactionnel théorisé par Lazarus et Folkman (1984). De par la multiplicité des théories employées il existe de nombreuses définitions du stress. Nous retenons celle proposée par Lazarus et Folkman (1984, p. 19) pour son ouverture athéorique définissant le stress comme « *une transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être* ». En pointant ici la dynamique transactionnelle dans laquelle est plongée le sujet face à son environnement, les auteurs ont induit à cette époque l'émergence d'une conceptualisation supplémentaire en soulignant que les individus pouvaient faire appel à certains mécanismes psychiques et comportementaux appelés mécanismes de coping et dont le but est d'assurer la défense de l'homéostasie psychique (*ibid.*). Dès lors, dans les situations où le sujet n'est plus en capacité de gérer cette dynamique, il en résulte un inconfort psychologique voire un mal-être constitué en un signal de Stress pouvant amener un état d'anxiété.

Alors que dans le langage courant le stress peut définir à la fois l'action de mal-être comme la situation problématique à l'origine du stress⁴⁰, l'anxiété correspond plutôt à un état psychique consécutif au vécu de stress. Définie comme « le sentiment d'un danger imminent indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi voire d'anéantissement » (O.M.S., 2018), l'anxiété est effectivement considérée comme « le signal psychophysique montrant que la réponse au stress a été initiée » (Robinson, 1990 p. 935). Comme la douleur et d'autres caractéristiques somatopsychiques, l'anxiété implique l'intrication conjointe du corps et de la psyché au travers de son expression symptomatique psychophysique. Sur ce point, il est important de préciser que dans cet écrit nous ne nous référons uniquement à « l'anxiété-état » que l'on peut définir comme une « *réponse comportementale dérivant de la menace, c'est-à-dire de l'évaluation de la situation comme étant dangereuse, physiquement ou psychologiquement* » (Spielberge et al., 1970 ; Delignières, 1993 ; Palazzo et Arnaud, 2013, p.383). Au cours de la période périnatale, les manifestations d'anxiété sont parfois nombreuses et dépendantes des préoccupations des mères concernant leur corps, leur enfant, l'accouchement... L'anxiété est donc un indicateur pertinent des préoccupations psychologiques et physiques liées à l'arrivée d'un enfant notamment en cas d'accouchement (Missonier, 2011, Missonier, 2013).

⁴⁰ Cette confusion a été apportée par le DSM III

Bien que pertinents et utiles à l'appréhension du vécu subjectif du sujet, les limites de ces modèles ont été toutefois pointées par les théories psychanalytiques dérivées du modèle freudien (Dejours, 1986 ; Widlöcher, 2010). Au sein des modèles psychanalytiques ayant intégré la dimension corporelle comme celui proposé par Dejours, même si le stress et l'anxiété font aujourd'hui partie des conceptualisations psychodynamiques, le mal être du sujet est plutôt appréhendé au travers de la notion d'angoisse. Conceptualisée comme une réaction faisant écho à un fantasme provenant du dedans (Le Naour, 2007) ces théorisations proviennent des conceptions métapsychologiques portant sur l'économie de la pulsion au sein des trois essais sur la théorie sexuelle (Freud, 1905). Alors que le destin de la pulsion est de permettre un abaissement des tensions par le biais d'une excitation menant à la satisfaction, ce processus peut être entravé par des événements liés au développement psychoaffectif⁴¹ ou encore des situations spontanées engendrant un déséquilibre dans la circulation libidinale du sujet.

Aussi, lorsque ce processus ne peut se réaliser, c'est-à-dire lorsque la pulsion dont la fonction messagère (Roussillon, 1995 ; Roussillon, 2004a ; Roussillon, 2008b) ne peut s'exercer dans la relation à l'autre ou au travers d'une résolution autoérotique, le sujet se retrouve confronté à l'*Hilflosigkeit*⁴² qui est le prototype de la situation traumatique (Freud, 1926). Ce terme que l'on peut traduire par "désaide" représente la situation fondamentale de la psyché lorsqu'elle est soumise à la pression du réel et à l'impact de l'absence de réalisation de la fonction économique (Toboul, 2003). Freud complètera enfin sa théorisation en 1926 lorsqu'il considérera que l'*Hilflosigkeit* qui caractérise l'absence de représentation psychique suite à une perte ou une séparation (et plus tard par l'irruption de l'effroi) peut entraîner une augmentation des tensions et rendre le sujet incapable de maîtriser les excitations psychiques à laquelle il est soumis (Freud, 1926). Ces aspects ont par ailleurs été largement mis à contribution dans les théories structuralistes de la personnalité comme celle de Bergeret (1974) présentant l'avantage d'avoir prolongé les conceptions freudiennes ayant associé certaines angoisses dominantes (angoisse de morcellement, angoisse de castration, angoisse de perte d'objet) avec certains modes de présentation structurelles de la personnalité et leur construction développementale.

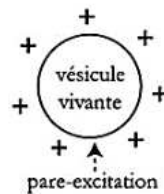
En plus de l'aspect économique reposant sur le devenir de la pulsion, la théorie freudienne a également permis d'associer (grâce à l'élaboration concomitante de sa seconde

⁴¹ Ces dernières peuvent par ailleurs être jugulées puis déviées de leur objet initial au cours du développement libidinal par l'ensemble des castrations symboligènes fondamentales (Dolto, 1984 ; Dollander et de Tychev, 2002).

⁴² Il n'existe pas d'équivalent traduisible directement en français.

topique) un aspect topique et dynamique à la notion d'angoisse. Cette amélioration a été apportée en 1920 au travers du texte intitulé "Au-delà du principe de plaisir" (Freud, 1920). Au sein de ce texte, Freud va alors représenter l'appareil psychique sous la forme d'une vésicule (cf. image ci-contre) qui est protégée par une membrane qu'il appellera le pare-excitation.

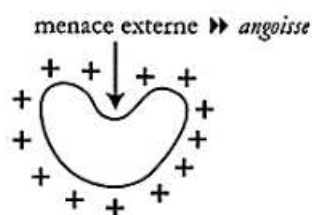
L'appareil psychique



Dans la conception freudienne, l'économie au sein de cette vésicule est articulée autour de l'ambivalence résultant entre le principe de plaisir et le principe de réalité qui sera à terme le prototype de la seconde topique (Freud, 1920). Le pare-excitation quant à lui a pour fonction de repousser les énergies qui pourraient venir déstabiliser l'équilibre de l'appareil psychique (ibid.). Ce modèle a ensuite influencé de nombreux concepts comme celui de Moi-Peau (Anzieu, 1985) ou encore celui d'enveloppe psychique (Houzel, 2005). Il est aussi à l'origine du concept de mentalisation introduit par Marty (1983 ; 1990). Selon ce dernier, la capacité de mentaliser les événements de vie dépend du système préconscient et surtout de la disponibilité et la permanence des représentations mentales inhérentes à ce dernier (ibid.). Prolongé par les travaux de Dejours (1986 ; 2001), il est dorénavant considéré que le pare-excitation est un construit psychique développemental dépendant du processus de subversion libidinale lui-même réalisé au travers d'une symbolisation de l'expérience relationnelle basée sur la réflexivité et le transitionnel (Roussillon, 2008a ; Roussillon, 2008b). A terme, ces positionnements ont permis de proposer des conceptions de la mentalisation associées aux modèles structuraliste de la personnalité auxquelles nous adhérons et qui sont à la source de notre positionnement théorique (Tychev de et al., 2000).

Dès lors, en s'appuyant à nouveau sur la conceptualisation freudienne, il est possible de se représenter une conception du stress et/ou de l'angoisse (dont l'expression psychophysiologique est l'anxiété) au travers de la figure ci-contre :

Le stress



Dans ce modèle, l'angoisse qui est définie comme une « réaction du sujet chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique, c'est-à-dire soumis à un afflux d'excitations, d'origine externe ou interne, qu'il est incapable de maîtriser » (Laplanche et Pontalis, 1967, 2007 p.28) peut être considérés comme une décharge psychique (Assoun, 2006) relative à la situation stressante. Cette dernière serait la résultat de la pression (externe ou interne) exercée sur l'appareil psychique ⁴³ (Freud, 1926 ; Laplanche et Pontalis, 1967,2007 p.28). Ce fonctionnement renforce ensuite l'emploi de mécanismes de défenses mis en œuvre dans le but de protéger le pare-excitation en les dirigeant à l'encontre du point de collusion existant entre l'événement stressant et l'appareil psychique (Lebigot, 2011 p.11). Au niveau clinique, l'émergence spécifique de ces mécanismes peut donc être un bon indicateur de la présence d'angoisses (souvent inconscientes chez le sujet). Enfin, au niveau dynamique, il est également important de constater qu'en cas de stress et ou d'angoisse, il n'y a pas d'effraction de l'appareil psychique. Celui-ci est donc uniquement déformé par la pression contrairement à l'expérience traumatique provoquant une rupture du pare-excitation. En revanche, la pression ressentie par le psychisme va induire une réaction de souffrance qui s'exprimera entre autres par le biais d'anxiété correspondant à la réalité psychophysiologique de l'angoisse exprimée par le sujet et parfois au travers de fuites de la mentalisation comme le processus de somatisation. Pour conclure, nous retiendrons que les notions de stress, anxiété et angoisse correspondent à des réalités psychiques différentes au sein desquelles le mécanisme métaphorique isolé par Freud en 1920 s'exerce sur la psyché.

⁴³ Notons que Lacan a proposé une approche théorique de l'angoisse très différente. Ces modèles ne peuvent être discutés ici par souci de concision.

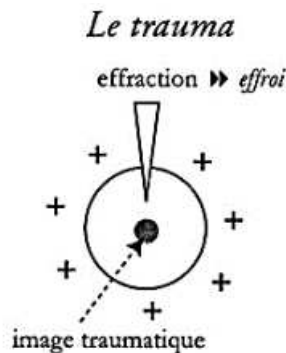
La présentation de ce modèle a pour avantage de rappeler que le stress, son corrélat l'anxiété, et l'angoisse dépendent d'un processus dynamique et adaptatif inhérent au sujet lui-même mais aussi aux pressions environnementales au sein duquel il évolue. Dans le cas de la pratique de l'épisiotomie, il est donc indéniable que cette situation représente un stress notable pour les parturientes, et ce, comme tout évènement induisant une tension physique et psychique. En revanche, il n'existe pas encore de travaux psychanalytiques permettant d'affirmer ou infirmer que l'épisiotomie est une procédure qui pouvant impacter les capacités de pare-excitation du sujet. Dans ce contexte, seules trois études (Simkin, 1986 ; Maclean et al., 2000 ; Capponi et Horbacz, 2005) ont étudié les liens entre épisiotomie et les notions de stress, anxiété et angoisse. Deux études ont associé la pratique de l'épisiotomie avec une augmentation du stress et de l'anxiété des patientes (Simkin, 1986 ; Maclean et al., 2000). L'étude de Capponi et Horbacz, (2005) n'a en revanche pas trouvé de significativité liée à l'épisiotomie mais elle l'a plutôt corrélée à l'extraction instrumentale souvent liée à l'épisiotomie. Enfin, quelques travaux ont pu mettre en évidence l'impact de la perte du sentiment de contrôle (que nous avons associé à l'épisiotomie) avec une augmentation de l'anxiété (Hodnett et Simmons-Tropea, 1987 ; Cheung et al., 2007). En outre, il a été avancé que la prévalence de l'incontinence urinaire ou anale pouvait engendrer l'apparition d'angoisses de castration (Fervers-Schorre, 1983, Reamy et White, 1987). Il faut aussi ajouter à ces études le fait que le geste de l'épisiotomie évoque en lui-même l'action de castration dans le registre réel ce qui est susceptible d'induire l'apparition d'angoisses de castration chez les parturientes et parfois leur conjoint. Pour finir, il est nécessaire de préciser que selon le modèle psychanalytique que nous avons présenté, les résultats significatifs ou non obtenus à ces études dépendent très fortement de l'échantillonnage réalisé et des capacités de pare-excitation du sujet et donc de leurs processus développementaux. Une évaluation de ces derniers semble donc très utile à l'exploration de cette problématique.

Dans ce contexte spécifique, il apparaît donc nécessaire de pouvoir étudier l'impact potentiel de l'épisiotomie sur l'anxiété des parturientes en suite de couche afin d'apporter un éclairage sur ces aspects. De même, il semble tout aussi utile de pouvoir étudier les liens que peut entretenir l'épisiotomie avec l'émergence d'angoisses chez les femmes en suite de couche. Dès lors, afin d'affiner les résultats apportés par les études que nous avons recensées dans la littérature scientifique, nous considérerons donc ces deux aspects au sein de notre protocole de recherche.

✓ Lorsque l'épisiotomie fait effraction : quels liens avec l'Etat de Stress Post-Traumatique ?

Au cours de la partie précédente, nous avons montré que l'épisiotomie peut être perçue comme un événement stressant provoquant de l'anxiété voire l'apparition d'angoisses. Nous n'avons toutefois pas abordé les situations où l'épisiotomie pouvait devenir un événement traumatique voire engendrer un E.S.P.T. (Etat de Stress Post-Traumatique). Aussi, nous décrivons dans un premier temps les modalités inhérentes au processus de formation d'un traumatisme en prolongeant les élaborations freudiennes que nous avons présentées dans la partie précédente. Puis, nous évoquons théoriquement les conditions de l'apparition de l'E.S.P.T. que nous commentons cliniquement. Enfin, dans un troisième temps, nous discuterons des liens existant entre épisiotomie, traumatisme et l'Etat de Stress Post-Traumatique.

Précédemment, dans le modèle du stress inspiré des élaborations freudiennes (Freud, 1920) que nous avons présenté, une des caractéristiques de la vésicule est de reprendre sa forme initiale en l'absence de l'événement stressant (Lebigot, 2009). En conséquence, la souffrance psychique s'estompe peu à peu et le psychisme retrouve son fonctionnement antérieur (Lebigot, 2009). Il existe toutefois d'autres situations où cette plasticité sera durablement impactée notamment en cas de traumatisme psychique (cf : image ci-contre) :



Dans cette situation spécifique caractéristique, l'événement qui est bien souvent considéré comme un événement extérieur va faire effraction dans le psychisme. Dans les conceptions freudiennes, le processus qui est sous-jacent à la notion de traumatisme est triple. Un premier temps consiste en la survenue d'un événement réel extérieur. Puis, ce dernier après avoir provoqué une rupture du pare-excitation induisant une effraction de l'appareil psychique va être intériorisé et participer à la fantasmagorie du sujet. Enfin, la représentation

fantasmatique de l'effraction reconstruite dans l'après coup (telle que nous l'avons déjà présentée) va se présenter à la pensée et induire une souffrance psychique consciente et/ou inconsciente sur laquelle le refoulement ne peut s'opérer. C'est en référence à ce modèle que Laplanche et Pontalis définissent le traumatisme psychique comme « *un évènement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, par l'incapacité ou il se trouve d'y répondre adéquatement [... ainsi que] par les bouleversements et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique* » (1967, 2007, p. 499). Plus tard, une différenciation des notions de traumatismes sera réalisée par le biais d'une réinterprétation des travaux de Ferenczi menant à la différenciation des traumatismes précoces (engendrés par une déliaison pulsionnelle dont nous ne parlerons pas dans cet écrit) et des traumatismes dits "secondarisés" dépendant du principe de plaisir/déplaisir (Bokanowski, 2002).

A la suite de la survenue d'un traumatisme dit secondarisé, l'image traumatique va s'installer au sein de l'appareil psychique dans l'après coup (. Elle ne pourra être que très difficilement mentalisée par l'appareil psychique du sujet et pourra se présenter à nouveau à lui par le biais de flashes, cauchemars ou reviviscences. L'évolution du traumatisme sera à terme placée sous le sceau du processus de répétition et il pourra se dissoudre au gré des expériences et rencontres de la vie, d'une psychothérapie ou rester saillant pour le sujet. Au niveau de l'étiologie du traumatisme psychique, des études rétrospectives réunies par Lebigot (2011) ont pu isoler trois types de facteurs : 1) les facteurs tenant à l'événement (la violence et la soudaineté), 2) les facteurs dépendant du sujet (la personnalité, la biographie), 3) les facteurs circonstanciels (état physiologique et psychologique au moment de l'événement, la blessure physique, la déchéance morale...). Enfin, Ciccone et Ferrant (2009) ont montré que la honte et la culpabilité peuvent favoriser et entraîner la survenue de traumatisme. Dans le cas d'une chirurgie du périnée comme l'épisiotomie de nombreux facteurs sont en jeu. D'une part le caractère intrusif de l'incision peut être perçu comme soudain et/ou violent. D'autre part l'épisiotomie survient au cours de l'accouchement qui est connu pour être une période très sensible et particulière pour le sujet. Enfin, l'épisiotomie étant une chirurgie de l'intime, elle peut être connectée avec des sentiments comme la pudeur ou la honte du dévoilement de soi. Sur la base de ces éléments, il est donc cliniquement possible que l'épisiotomie puisse engendrer l'apparition d'un traumatisme psychique.

Dans un second temps, outre la solution heureuse visant une dissolution du traumatisme, ce dernier peut également engendrer un Etat de Stress Post-Traumatique. Au sein de la théorisation psychanalytique, il est considéré que le passage du traumatisme à celui d'Etat de

Stress Post-Traumatique est très largement influencé par la confrontation du sujet à l'effroi (Freud, 1920). Il s'agit alors d'une confrontation directe au vide et à l'absence de continuité psychique. Bien souvent les patients ne nous relatent cette expérience qu'au travers du discours de l'autre. Ainsi une patiente qui avait vécu les attentats de Nice racontait *“je suis restée plantée là au milieu de la route. Je ne sais pas ce qui se passait, j'étais comme pas là. Et puis je me souviens d'un policier qui m'a dit de me cacher et mes jambes ne voulaient pas bouger. Mais ça je le sais parce que mon fils il me l'a raconté. Il m'a dit que j'étais là les yeux dans le vide et que je ne bougeais plus. Aujourd'hui il me reste juste quelques flashes”*. Un autre patient accompagné suite à un accident professionnel ayant entraîné la mort de ses collègues nous disait quant à lui *“quand je me suis rendu compte de ce qu'il se passait, il était trop tard, c'est comme si j'avais pas existé pendant un moment”*. Au travers de ces quelques phrases, il est effectivement possible d'entendre à mi-mot le ‘rien’ résultant de cette confrontation au vide et à la discontinuité du soi dont les prodromes pourront produire une fois les réactions de stress dépassées un Etat de Stress Post-Traumatique (Lebigot, 2011).

Ce passage du traumatisme à l'Etat de Stress Post-Traumatique peut être également lié au phénomène de dissociation péritraumatique. Ce dernier est défini comme « une réaction à un stress extrême entraînant un sentiment de dépersonnalisation ou de déréalisation » (Boudou et al., 2007). Très probablement consécutif à la confrontation de l'effroi, le phénomène de dissociation traumatique est considéré comme un facteur prédictif de l'E.S.P.T., (Delahanty et al., 2003 ; Boudou et al., 2007 ; Kaufman et al., 2002, Lebigot, 2011) voire comme le plus important (Brimes et al., 2003). Cliniquement, il peut s'entendre lorsqu'en consultation un patient professionnel de santé nous disait avec une grande douleur au sujet de la perte de sa femme consécutive à un A.V.C. qu'il n'avait pas décelé au téléphone *“suite à l'arrivée de ma femme aux urgences, j'ai compris que c'était grave. J'ai fait des choses, des gestes mais je n'étais plus là. Je ne l'ai même pas vue partir...”*. Un positionnement similaire pouvait aussi se retrouver dans la patiente ayant vécu les attentats de Nice lorsqu'elle nous disait *“j'ai couru me cacher mais mes jambes elles bougeaient toutes seules parce que on me tirait. Moi je ne savais même pas ce que je faisais et ce qu'il se passait”*. Toutes ces expériences sont ici l'expression de « la rupture brutale de l'unité psychique au moment de l'expérience traumatique » (Marmar et al., 1998 p. 234). A terme elles vont très largement favoriser l'émergence d'un E.S.P.T. qui concerne environ 5 à 10% des individus dans le monde (Yehuda et al., 2015 ; Shalev et al., 2017).

Au niveau nosographique, il est important de préciser que depuis 2013, l'E.S.P.T. est classé dans la nouvelle catégorie "*Traumatisme et pathologies consécutives au stress*" et que son diagnostic repose sur les critères définis par le D.S.M. V (critères A à F) que nous présenterons avec précisions dans notre partie méthodologie (A.P.A., 2013). L'état de Stress Post-Traumatique est classiquement représenté comme une double pression exercée sur le pare excitation à l'instar de l'image ci-contre :



Cliniquement, cette double pression nous semble être le résultat d'une collusion entre un traumatisme passé déjà établi dans le psychisme et le nouveau traumatisme ayant entraîné l'apparition de l'E.S.P.T. En tant que clinicien, les résolutions heureuses des E.S.P.T. que nous avons pu accompagner se sont souvent réalisées uniquement et seulement après que les sujets aient pu mettre à jour la collusion réalisée entre ce traumatisme passé et celui ayant fait plus récemment effraction. Cette collusion peut se construire sur une phrase, un geste, un symbole. Nous nous souvenons d'ailleurs qu'un des patients que nous avons accompagnés s'entendait souvent avoir dit "*ne t'inquiète pas je vais te sortir de là*" à ses compagnons accidentés. Ce n'est qu'au cours d'un échange portant sur ces quelques mots, que le souvenir d'avoir prononcé cette phrase à sa mère avant son entrée à l'hôpital a permis la remémoration de la souffrance ressentie à son décès. L'élaboration de ce traumatisme passé et la compréhension du phénomène de collusion pour le sujet a très rapidement provoqué un basculement dans le travail thérapeutique et a permis une amélioration et une disparition de ses symptômes. Il nous semble donc important de rester sensible à cet aspect au sein de notre protocole de recherche.

Dans le contexte de l'accouchement, l'émergence d'études récentes a pu mettre en évidence le fait que de nombreuses femmes peuvent expérimenter un Etat de Stress Post-traumatique en suite de couche (McKenzie et al., 2015 ; Ayers et al., 2015). Une méta-analyse a ainsi montré une prévalence de l'E.S.P.T. en suite de couche de l'ordre de 3.17% en population générale et de 15% au sein de populations à risque (Grekin et O'Hara, 2014). Hormis son incidence épidémiologique, la prévalence de l'E.S.P.T. après un accouchement montre que

ce dernier (ou son accompagnement obstétrical) possède en lui-même un fort potentiel traumatogène à l'instar de l'épisiotomie que nous avons commenté précédemment. Parmi les facteurs ayant une influence sur l'émergence d'E.S.P.T., nous pouvons retenir entre-autres la présence de facteurs anténataux tels que des antécédents psychiatriques (Olde et al., 2006), la perte du sentiment de contrôle que nous avons commentée auparavant (Olde et al., 2006), la douleur et la dysphorie émotionnelle (Boudou et al., 2007), les extractions instrumentales (Maclean et al., 2000 ; Soderquist et al., 2002 ; Bailham et al., 2003 ; Rowlands et Redshaw, 2012) ou encore les traumatismes somatiques (Skinner et Dietz, 2015).

Concernant la pratique de l'épisiotomie, les données ayant évalué les liens de cette chirurgie avec l'émergence d'un Etat de Stress Post-Traumatique sont contradictoires. Ainsi, certaines études considèrent que l'épisiotomie ne favoriserait pas l'apparition d'E.S.P.T. (Cohen et al., 2004 ; Fairbrother et Woody, 2007 ; Ford et al., 2010) alors que d'autres ont en revanche établi des liens significatifs entre la pratique de l'épisiotomie et l'émergence d'E.S.P.T. (Wijma et al., 1997 ; Czarnocka et Slade, 2000 ; Moghadam et al., 2015 ; König et al., 2016). Face à ce constat, il est probable que des facteurs interpersonnels liés à l'événement de vie passé ou encore le vécu subjectif de l'accouchement aient pu influencer ces résultats à l'instar des réflexions proposées par Creedy et al., (2000). Sous un angle psychanalytique, nous pourrions avancer l'idée que les propriétés du pare-excitation comme la survenue de traumatismes passés peuvent influencer ces résultats. Il semble donc nécessaire de pouvoir explorer plus attentivement cette problématique en associant une réflexion portant sur la notion de traumatisme psychique et l'émergence de Stress Post-Traumatiques potentiellement consécutifs à une épisiotomie. Nous incluons donc cet aspect au sein de notre travail de notre protocole de recherche.

- ✓ Episiotomie, tocophobie et vécu émotionnel : Quand la peur d'accoucher est liée à la peur "d'être coupée"

Alors que nous avons abordé les liens existant entre la pratique de l'épisiotomie et ses conséquences sur le pare-excitation du sujet, il nous semble important de pouvoir discuter des conséquences de l'épisiotomie sur d'autres aspects de l'économie psychique du sujet impliquant la notion de mentalisation. Notre revue systématique de littérature nous a en effet révélé la présence d'études ayant évalué l'effet de l'épisiotomie sur le registre émotionnel des patientes. Nous discuterons donc dans cette partie des liens existant entre l'épisiotomie et le

registre émotionnel puis dans un deuxième temps de l'émergence de la tocophobie en lien avec l'épisiotomie.

Très souvent bien décrits cliniquement mais très peu commentés par la littérature scientifique (John, 2009), les débordements du registre émotionnel survenant au cours de l'accouchement sont nombreux du fait du déchainement pulsionnel (dépendant des phénomènes corporels et somatiques) qui lui est associé. Ce débordement est très souvent lié avec le fait que lors de l'accouchement « *la femme commence à être aux prises avec ses angoisses de perte, de séparation, de castration et de mort* » (Cupa, 1996 cité par Riazuelo, 2003 p. 103). Un cas clinique présenté par Riazuelo (2003, p. 111) a pu par exemple montrer avec grande précision la prévalence de ces mouvements émotionnels et la charge d'affects ressentis induisant des angoisses d'éclatement et de déchirures pouvant faire collusion avec la pratique de l'épisiotomie. L'acte de donner naissance est en effet brutal. Effectivement, il « *fait se rencontrer la réalité et le fantasme dans la mesure où les chairs tendues au maximum, la dilatation et la tension atteignent le paroxysme du supportable* » (Bergeret-Amselek, 1997 p.104). En outre, lors de l'accouchement, une double contradiction apparaît. D'une part, « *il faut tout relâcher, lâcher complètement prise sur tout ce qui serait du côté de la maîtrise de la douleur [...]; d'un autre côté, comme cette expérience est très douloureuse, nous résistons contre cette douleur ce qui fait encore plus mal* » (ibid. p. 104). Au travers de ce positionnement caractéristique de la perception traumatique de l'accouchement développée par Bergeret-Amselek (1997), nous pouvons entendre que la dynamique pulsionnelle des parturientes oscillant entre rétention et expulsion est mise à rude épreuve. Les femmes en couche se retrouvent donc à vivre lors de leur accouchement l'ensemble de ces oscillations (et bien d'autres) provoquées par les mises en tension du corps. Ce vécu ne peut d'ailleurs trouver une issue heureuse qu'au travers d'une dialectique psychocorporelle permettant à terme d'ouvrir la voie à son enfant.

Aussi, alors que l'accouchement amène déjà les parturientes à expérimenter de nombreuses émotions massives il est possible que l'action consistant à créer une incision au niveau de l'ancrage intime ait pour conséquence de générer une représentation psychique supplémentaire associée à l'émergence d'émotions spécifiques qui lui sont liées. La difficulté méthodologique de cet axe de réflexion réside dans la possibilité de pouvoir différencier les émotions potentielles conséquentes à l'épisiotomie au sein du déferlement émotionnel total lié à la venue de l'enfant. Malgré la difficulté de cette entreprise, une étude a pu mettre en évidence le fait que l'épisiotomie était corrélée avec l'apparition de plus fortes émotions durant

l'accouchement (Ejegard et al., 2008) ou encore un sentiment d'embarras (Walburg, 2014). En s'appuyant sur une méthode rétrospective utilisant l'emploi de questionnaires, l'étude de Fisher et al (1997) n'a pas trouvé de lien entre épisiotomie et fluctuation de l'humeur. Enfin, au cours du post-partum, l'épisiotomie (comme les déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degré) est associée à des taux d'extraversion et de stabilité émotionnelle très bas en suite de couche (Johnston et Brown, 2013). Enfin, les potentielles conséquences somatiques inhérentes à l'incision du périnée sont considérées elles-aussi comme des facteurs de déstabilisation émotionnelle et de mal-être (Webb et al., 2008).

Dans un autre registre, d'autres études ont montré que l'épisiotomie pouvait être associée rétrospectivement et/ou prospectivement à un sentiment de peur (Neuhaus et al., 1994 ; Sercekus et Okumus, 2009 ; Fairbrother et al., 2018). L'émergence de ces peurs peut donc être liée à la représentation de l'épisiotomie construite avant l'accouchement en dépit de la réalité du corps ou à posteriori suite à l'expérience vécue au cours de l'accouchement. Comme toutes les peurs, ces dernières se construisent en rapport à l'objet en fonction de la perception que le sujet se fait de cet objet mais aussi en fonction de son vécu personnel (Diel, 1956 ; André, 2004).

Enfin, comme toutes les pratiques chirurgicales, l'épisiotomie cristallise de nombreuses dimensions liées à la notion d'effraction mais surtout de par le lieu de sa réalisation et la passivité de la parturiente induite notamment par la lithotomie, elle peut faire écho à des vécus difficiles du passé comme la présence d'abus sexuels. Dans certaines situations, les peurs liées à l'épisiotomie peuvent engendrer l'apparition d'une phobie de l'accouchement appelée tocophobie. Une étude très récente a par ailleurs montré que la peur d'avoir une épisiotomie était la raison la plus prégnante dans l'explication de la tocophobie (Demsar et al., 2018). Dans ce contexte spécifique, il semble donc pertinent de poursuivre la voie engagée par cette étude en axant une partie des réflexions de notre travail de recherche sur les liens que l'épisiotomie entretient avec le registre émotionnel des patientes et le sentiment de peur.

- ✓ Figures de la perte dans le post-partum : lorsque l'épisiotomie entraîne l'émergence d'une symptomatologie dépressive

Un des derniers aspects que nous souhaitons aborder concernant les liens existant entre mentalisation et épisiotomie porte sur l'émergence potentielle de symptomatologies dépressives consécutives à l'incision du périnée. Selon l'O.M.S. (2018) « *la dépression constitue un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de*

culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration ». En dépit du fait que cette définition ne peut s'appliquer à toutes les situations dépressives comme les dépressions masquées ou souriantes (Kielholz, 1979 ; Chabert et al., 2017) l'O.M.S. estime néanmoins l'incidence épidémiologique de la dépression à 350 millions de personnes (O.M.S., 2018) soit 20% de la population (Kessler et al., 2001). Ses critères diagnostics se trouvent recensés avec précision dans le D.S.M. V (A.P.A., 2013). Plus précisément, il faut présenter « au moins cinq des symptômes suivants [...] pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir (3) Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. (4) Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale. (5) L'épisode ne répond pas aux critères du troubles schizo-affectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique. (6) Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque » (A.P.A., 2013).

Outre l'aspect symptomatologique, les classifications nosographiques insistent particulièrement sur la notion de durée des troubles pour parler de dépression. Ils la différencient par ailleurs du trouble anxieux généralisé. Dans le champ psychanalytique, la place de la symptomatologie est très différente. La dépression est vue comme la conséquence de la perte symbolique ou réelle⁴⁴ et sa solution heureuse (à la différence de la mélancolie) ne peut s'exercer qu'au travers du processus de deuil (Freud en 1917). Nous garderons toujours à l'esprit la remarque très juste d'un patient nous expliquant à propos d'une mère maltraitante *“tant que je ne savais pas qu'elle était décédée, même si je ne lui parlais plus forcément depuis des années cela ne me faisait rien. Mais là je sais que je ne pourrai plus jamais lui parler et c'est surtout ça qui me rend triste”*. Comme le souligne ce très court extrait clinique, c'est ici l'idée de la perte mais surtout la notion de manque associée à l'impuissance de pouvoir agir sur l'état de perte qui semble être à l'origine du sentiment dépressif. C'est aussi à cause de l'importance de sentiment d'impuissance que l'état dépressif semble plutôt lié à l'impossibilité de l'élaboration de la perte ou tout du moins sa non-élaboration complète. C'est d'ailleurs ce

⁴⁴ *Même si l'interprétation fantasmatique de toute perte réelle est au sein du psychisme de l'ordre de l'imaginaire et/ou du symbolique.*

qui poussera Küchenhoff (2013, p.83) à affirmer que « *le dépressif ne travaille pas la perte, mais bien plutôt la répète lors des humeurs et des états d'âme auxquels il est soumis* ».

L'issue heureuse que peut trouver le sujet face à l'épisode dépressif dépend de plusieurs facteurs. Le facteur le plus important est un facteur inhérent au développement psychoaffectif et notamment à la capacité de subjectivation et d'autonomisation nécessitant d'avoir appris à accepter de se détacher de l'objet maternel pour acquérir une forme d'individualité s'expérimentant au travers d'une altérité dialectique avec soi-même. Ces conceptions ont été premièrement discutées par Freud (1923) puis Klein au travers de l'élaboration de la position dépressive consécutive à "la position schizo-paranoïde" (1947, 2004) que nous considérons comme l'origine et le prototype de toutes les expériences de deuil futures du sujet. Elles ont ensuite été améliorées grâce aux travaux cliniques de Winnicott (1958) et notamment le fameux texte portant sur "la capacité à être seul". L'ensemble de ces textes permet aujourd'hui de comprendre l'impact de ces phases sur la capacité du sujet à faire face à la perte et au manque (Agostini, 2005). Etant connectée au développement psychoaffectif et en conséquence aux étapes de la construction structurelle du sujet, la capacité à faire face à la perte et à réaliser un processus de deuil symboligène dépend alors en partie de la structuration de personnalité du sujet et des spécificités inhérentes à sa structuration de personnalité (Ambresin et al., 2009 ; Tychev de, 2012). A terme, une résolution de la période dépressive peut se réaliser lorsque le sujet réussit à tirer profit de la parenthèse créée par le gel psychique de la situation dépressive (Fédida, 2001) pour créer une représentation de l'absence inhérente à l'objet perdu telle que l'a théorisé Fedida en 1978.

Dans le contexte de notre recherche, l'importance de la dépression du post-partum qu'il faut différencier de la psychose puerpérale et du baby-blues n'est pas à négliger. Malgré une symptomatologie discrète noyée dans le vécu post-natal empêchant les professionnels de santé de l'identifier avec précision, de nombreuses études ont estimé que la prévalence de la dépression post-natale concernait entre 10% et 20% des femmes (le Strat et al., 2011). En France, une étude avait estimé le taux de dépression du post-partum en 2004/2005 à 11% des patientes (Lighezzolo et al., 2004 ; Tychev et al., 2005) et aujourd'hui, ce taux serait de 13% (Bydlowski, 2015). Il existe de nombreux facteurs de la dépression post-natale. Parmi ces derniers nous retenons la faillite de la fonction contenante de l'entourage, l'idéalisation de la maternité, le milieu socio-économique, la reprise du travail, les difficultés d'allaitement, le sevrage (Bastien et al., 1999 ; Bydlowski, 2015). Enfin, une méta-analyse a pu montrer que la dépression post-natale est (faiblement) corrélée au facteur obstétrique (Robertson et al., 2000) ;

Cette affirmation a été également retrouvée par d'autres études (Rowe-Murray et Fisher, 2001 ; Elmir et al., 2012).

Plus précisément et en référence au facteur obstétrique et notamment de l'épisiotomie il existe quelques études portant sur les conséquences somatiques associées à l'épisiotomie et d'autres portant directement sur les liens entre épisiotomie et dépression. Dès lors, il est premièrement important de préciser que la douleur qui est plus communément associée à l'épisiotomie au début du post-partum est considérée comme un facteur de risque de l'émergence d'une dépression post-natale (Watanatitan et al., 2009 ; Gaudet et al., 2013). De même, l'incontinence urinaire qui est plutôt liée à l'épisiotomie est aussi considérée comme un facteur de risque de la dépression six semaines après l'accouchement (Sword et al., 2011). En revanche, une première étude a pu démontrer que l'émergence d'affects dépressifs sur une courte période communément appelée baby-blues n'était pas corrélée à la pratique de l'épisiotomie (McIntosh, 1986). Enfin, de récentes travaux ont récemment mis en évidence la présence d'un lien entre l'épisiotomie et la dépression post-natale. Cette corrélation a tout d'abord été retrouvée dans le post-partum immédiat sans que le seuil de significativité portant sur des périodes plus éloignées de la naissance (6 mois 1 an) ne soit atteint (Macleod et al., 2013). Puis, une étude a démontré que 8 semaines après l'accouchement, l'épisiotomie est un facteur de risque de la dépression mais qu'elle ne passe pas le seuil de significativité lui permettant d'être considérée comme un facteur prédictif (Siu et al., 2012). Enfin, les travaux de Safadi et al (2016) ont eux aussi montré que l'épisiotomie était associée à l'émergence préférentielle de symptomatologies dépressives et dépressions 12 semaines après l'accouchement.

Face à ce constat il semble donc tout à fait pertinent d'explorer plus encore ces constats en tentant de confirmer d'une part la présence de ces résultats au sein de notre protocole de recherche. De plus, il serait tout aussi approprié de mieux saisir les enjeux psychopathologiques de la perte qui se sont connectés avec la pratique de l'épisiotomie. Nous étudierons donc l'ensemble de ces enjeux au travers de notre étude.

2.2. Conséquence potentielle de l'épisiotomie et approche psychodynamique : vers la construction d'un espace de réflexion spécifique de la subjectivité

Tout au long de ce parcours théorique portant sur l'incision du périnée, nous avons pu dérouler et présenter grâce à la réalisation d'une revue de littérature systématisée l'ensemble des conséquences psychiques connues de la pratique de l'épisiotomie. Ce faisant, nous avons

pu remarquer l'apparition d'études très récentes portant sur l'épisiotomie et notamment ses potentielles conséquences biopsychosociales. Bien malheureusement, même si nous avons tenté d'insérer ces études majoritairement symptomatologiques dans un contexte psychodynamique (permettant une interprétation de ces résultats éclairée par la finesse des approches psychanalytiques), de nombreux pans de recherche n'ont pas encore été explorés par la littérature. En l'absence d'écrits spécifiques, nous avons toutefois trouvé pertinent de proposer un espace de réflexion théorique portant sur certaines dimensions inhérentes au processus de mentalisation et consécutif à l'acte chirurgical visant une incision du périnée. Nous présentons donc cet aspect en consacrant une première partie sur les liens potentiels de l'épisiotomie sur l'image du corps des parturientes. Puis, nous concluons notre partie théorique en discutant des potentielles conséquences que pourrait engendrer une épisiotomie sur la valence des symbolisations maternelles et féminines des femmes en post-natal.

2.2.1. De l'incision du périnée à la fragilisation de l'image du corps : une dynamique d'étude à construire

Jusqu'à très récemment, il n'existait aucune publication ayant étudié les liens entre l'épisiotomie et le vécu corporel subjectif. La publication de Zielinski et al (2017) a ainsi ouvert la voie à de nouvelles réflexions sur ce point en précisant que l'épisiotomie était associée à une moins bonne estime corporelle ainsi qu'une confiance corporelle détériorée. Cette étude nous permet premièrement de rendre compte de l'impact de l'épisiotomie sur la dimension corporelle traitée par le système conscient du sujet. Cependant, il n'existe ni études ni réflexions psychanalytiques portant sur ce point. Aussi, afin de pouvoir nous engager dans cette voie, nous avons choisi d'établir une réflexion orientée visant à faire émerger certains questionnements que nous pourrions vérifier au cours de notre étude. Dès lors, après avoir présenté brièvement le concept d'image du corps, nous discuterons de l'impact de l'épisiotomie sur le schéma corporel dans un deuxième temps. Puis, en nous appuyant sur le concept d'image du corps nous proposons une tentative d'élaboration théorique portant sur les conséquences de l'épisiotomie sur l'image inconsciente du corps que nous avons ensuite soumis à l'épreuve de la rencontre avec le réel de notre étude.

✓ Le concept d'image inconsciente du corps : subjectivation du corporel et identité

Selon Bruchon-Schweitzer (1977, p. 158), « *l'image du corps serait l'ensemble des perceptions, et des représentations qui nous servent à évoquer notre corps, l'évaluer, non seulement en tant qu'objet doué de certaines propriétés physiques (poids, taille, couleur, forme)* »

mais aussi comme sujet ou partie de nous-même, chargé d'affects multiples et parfois contradictoires ». L'image du corps est donc à la fois une prise de vue sur soi, dépendante de la perception objective du corps mais aussi une perception subjective du soi. Cette idée sera prolongée par les travaux de Dolto à qui nous devons le concept d'image inconsciente du corps (1984). Pour cette élève de Lacan, il est tout d'abord nécessaire de distinguer le schéma corporel (qui est la représentation objective et sensitive du corps dans l'espace correspondant possiblement à l'homuncule sensitif) de l'image du corps qui est subjective et dépendante à la fois du développement libidinal, des objets qui y ont concourus et de l'histoire de vie sujet (Dolto, 1984). Cette dualité peut se retrouver expliquée au travers de la phrase suivante : « si le lieu, source des pulsions, est le schéma corporel, le lieu de leur représentation est l'image du corps » (Dolto, 1984, p. 38).

Les travaux de Dolto ne se sont pas spécifiquement cantonnés à prolonger l'idée freudienne pour lequel « *le moi est avant tout un moi corporel [...] projection d'une surface* » (Freud, 1923, 1981 p. 238). Ils concentrent en leur sein une dimension économique et dynamique rendant compte des élaborations du sujet en fonction du destin de ses pulsions. Aussi, la conception de Dolto sous-tend la présence de trois modalités articulées autour de la pulsion de vie. C'est pourquoi « *image de base, image fonctionnelle et image érogène lesquelles toutes ensemble constituent et assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet à chaque stade de son évolution* » (Dolto, 1984 p.22). Plus précisément, *l'image de base* est la source pulsionnelle sur laquelle se construit l'identité (Guillerault et Dolto, 1997). L'image de base semble donc assez proche du concept d'inconscient amental de Dejours (2001). Cette dernière peut ensuite, en s'appuyant sur *l'image fonctionnelle*, permettre une subjectivation de la pulsionnalité traduisible en désir⁴⁵ (Dolto, 1984). *L'image fonctionnelle* induit donc une forme de subjectivation à la pulsionnalité et surtout, elle lui donne une valeur messagère lui permettant « *de se manifester pour obtenir du plaisir, s'objectiver dans la relation au monde et à autrui* » (*ibid*, p.55). Il faut également préciser que l'image fonctionnelle permet la mise en place d'une dialectique de réalisation pulsionnelle vis-à-vis du monde extérieur mais aussi vis-à-vis du corps du sujet lui-même. C'est donc au travers de cette dernière que s'effectue le processus de subversion libidinale décrit par Dejours (1986). Enfin, l'image érogène (correspondant au corps érotique de Dejours) est « *le lieu où se focalisent plaisir et déplaisir érotique dans la relation à l'autre* » (Dolto, p. 57). Inscrite au sein d'une dynamique effectuée

⁴⁵ Nous voyons ici comment Dolto a tenté d'accorder sa théorisation avec les conceptions de la seconde topique freudienne.

entre principe de plaisir et principe de réalité, l'image érogène permet de rendre réflexive l'expérience corporelle et par conséquent lui donner une signification. L'ensemble de ces images assure donc la constitution de l'image du corps (et son inscription identitaire au niveau du narcissisme du sujet tel que le suggère la troisième topique de Dejours) en tant que construit représentatif du corps pulsionnel provenant du schéma corporel du sujet. L'image du corps permet donc de rendre compte avec précision du vécu subjectif inconscient et conscient traversant le corps permettant d'une part le développement psychoaffectif et d'autre part des mouvements impliquant le corporel à l'instant 't'.

✓ Un schéma corporel fragilisé source de mouvances pulsionnelles

Dans une partie précédente, nous avons pu montrer que l'épisiotomie était corrélée à l'émergence de nombreuses conséquences physiques traumatogènes (difficulté à se mouvoir ou à uriner, lacérations périnéales, douleurs, incontinenances, perte de sang...). L'apparition de ces événements potentiels est susceptible d'entraver le fonctionnement normal du corps déjà mis à rude épreuve au cours de la grossesse. Effectivement, après la grossesse « *c'est un corps vide et détendu (comme un ballon dégonflé) qui passe de la plénitude à la déplétion, un corps meurtri et parfois abimé, porteur de marques. Il va falloir se réapproprier ce corps d'après, vérifier que tout est intact* » (Bergeret-Amselek 1997, p. 66). Dans ce contexte extrêmement complexe où les parturientes vivent déjà une forme d'inquiétante étrangeté vis-à-vis de leur corps retrouvé vide⁴⁶, il est donc important de rappeler que les conséquences de l'épisiotomie peuvent fragiliser d'autant plus le schéma corporel. Effectivement, il ne faut pas oublier que le corps peut être douloureux après la réfection de l'épisiotomie, que les fils peuvent "tirer" selon l'expression généralement employée par les patientes et plus encore, que les habitudes tonico-posturales sont généralement modifiées par un plancher pelvien désorganisé et ayant perdu sa tonicité.

De même, l'épisiotomie peut aussi impacter le schéma corporel au travers de la cicatrice laissée sur le corps dont la présence parfois disgracieuse, rugueuse et où la pilosité ne se réimplante pas peut inquiéter de nombreuses patientes et donc avoir un impact sur leur image du corps (Way, 1996). Ces éléments ont d'ailleurs été résumés par les mots de Paquerau (2010, p. 15) : « *la peur de toucher, peur de la cicatrice, l'impression de mutilation corporelle et l'atteinte à l'intégrité de soi développent un imaginaire angoissant un trou béant, ou trop*

⁴⁶ Nous retenons ici l'ensemble des discours portant sur la première confrontation au grands miroirs de plein pied à la Clinique Majorelle et l'impression généralisée de "ce corps" qui n'est pas vécu comme propre par les jeunes mères.

resserré avec des points qui pourraient lâcher et qu'il faudrait à nouveau suturer ». Dès lors, l'effet traumatogène potentiel de l'épisiotomie (bien qu'il ne faille pas le considérer comme une généralité), peut impacter les femmes en suite de couche pour qui il peut être parfois possible que « *les douleurs et les cicatrices [après une épisiotomie] obèrent longtemps la vie sexuelle et l'image du corps* » (Tourné, 2002 p.397). Aussi, il est donc fortement possible qu'en cas d'épisiotomie traumatogène, la présence d'un corps meurtri, visuellement inquiétant, parfois douloureux puisse impacter le schéma corporel au sens des élaborations proposées par Dolto (1984). En conséquence, l'interprétation subjective du schéma corporel que nous appelons l'image inconsciente du corps pourrait également être impactée par la pratique de l'épisiotomie.

✓ Episiotomie et image inconsciente du corps : quelles dialectiques possibles ?

Lors des suites de couche, il est communément admis qu'un temps soit consacré à la mère pour pouvoir se réapproprier son corps tout comme sa nouvelle identité de mère⁴⁷. Pour Bergeret-Amssek (1997, p. 66) « *réintégrer son corps, c'est [...] retrouver progressivement une vie sexuelle, ce sont aussi les premières toilettes intimes après une épisiotomie, les moments où certaines appréhendent de se toucher, de regarder leur sexe* ». Au cours de cette période, il est question de ne plus traiter le corps comme un objet étranger mais idéalement de l'intégrer à nouveau au sein d'un fonctionnement somatopsychique fluide. C'est au cours de cette période consistant en une appropriation subjective de la nouvelle image du corps basée sur les modifications du schéma corporel que certaines situations de souffrance peuvent émerger. A ce moment-là, certaines femmes peuvent « *s'éprouver marquées après, elles le sont parfois dans la réalité (traces de cicatrices, épisiotomie ratée, césarienne [...]), cette marque est une blessure narcissique, la grossesse ayant été vécue comme un empiètement, une rupture dans leur cohésion narcissique. Cette déchirure est souvent une déchirure de l'image du corps [...]* comme si la nouvelle apparence pouvait influencer sur l'identité subjective et comme si cette marque était une cicatrice à réparer » (Ibid, p. 116). Bien que ces situations ne représentent pas la majorité des vécus post-accouchement, il est effectivement possible que des difficultés physiques entraînent un arrêt du traitement pulsionnel et par conséquent un effondrement des assises de l'image du corps.

⁴⁷ Autrefois perçu comme une période où la jeune mère était perçue comme impure cette période était appelée la période des relevailles dont la fin (40 jours pour la naissance d'un garçon et 80 jours pour la naissance d'une fille) actait la possibilité de retourner à l'église.

Cette situation potentielle est d'ailleurs relevée avec une grande finesse clinique par Bastien (1997, 2008 p. 130) lorsqu'elle évoque la question de l'épisiotomie : « Ici, elles [les déchirures dues aux épisiotomies] sont décrites par rapport à la béance, le risque que ça se réouvre, que ça se déchire, et la peur aussi d'être blessée par le pénis. On lit dans les réponses autant de connotations imaginaires que de confrontations avec le réel du corps. Etrangement, c'est un sujet très peu abordé dans les articles consultés, sauf dans ceux qui traitent la question d'un point de vue uniquement somatique [...] Il nous semble pourtant y avoir autre chose dans les mots qui sont employés ». Dans ces quelques mots, nous pensons percevoir de manière latente l'effet des conséquences de l'effraction corporelle au niveau des fonctions pare-excitantes. Sur ces craintes subjectives, il est donc possible que des difficultés dans la réappropriation des fonctions du corps après la grossesse émergent signant des difficultés au niveau de l'image du corps. Ces éléments se retrouvent par exemple au sein d'un extrait d'entretien effectué par Bastien (1997, 2008 p. 130-131) : « c'est vrai qu'au début le fait d'avoir une épisiotomie... j'avais peur d'avoir mal... même quand je passais la visite chez le gynéco, même quand j'étais enceinte... c'est à peine s'il fallait me toucher... Maintenant ça va mon mari l'a très bien compris... [...] En fait ce n'est pas une question d'envie, j'avais peur... c'était une peur... peur de la pénétration quoi... parce que j'avais tellement souffert pendant l'accouchement [...] j'en avais envie mais en même temps j'avais tellement peur qu'il me fasse mal, qu'il me blesse. » L'auteure demande alors à cette patiente : « Certaines choses avaient changé à cause de l'accouchement ou tout était pareil ? ». Face à cette question la patiente lui répond : « Non... il y avait une certaine peur au départ... peur d'avoir plus mal qu'autre chose à cause de l'épisi... ». Enfin, l'auteure pose une dernière question : « Et ça vous faisait mal pendant les rapports ? ». Ce à quoi la patiente répondit : « Non, mais j'étais... j'étais un peu crispée... peut-être le mot est trop fort, mais je me demandais... mais ça... ça a été... Je crois que j'étais un peu crispée... de peur... si ça allait me faire mal, ou pas... si ça allait se réouvrir... si c'était bien ressoudé, je sais pas moi... un petit peu... cette angoisse là... » (ibid. p. 131). Dans cet extrait, nous pouvons remarquer qu'en dépit d'une cicatrisation effective, la patiente est soumise à la fois à des angoisses de morcellement soumise à l'idée que le plancher pelvien n'assure plus sa capacité de fonction contenante face à la pénétration. Il est fort probable que l'épisiotomie en induisant une effraction du sexe rompant subitement la contenance corporelle (et psychique) du plancher pelvien soit le prototype de ces angoisses. Ces élaborations étant par ailleurs le témoin d'une image du corps poreuse n'assurant plus de fonction de pare-excitation face à la pulsionnalité du corps vécu comme un objet étranger et potentiellement défectible.

Enfin, l'hypothèse d'une porosité de l'image inconsciente du corps entraînée par l'épisiotomie peut se retrouver aussi au travers des difficultés attenantes à la vie sexuelle où notamment le sexe féminin lors de la pénétration assure une forme de contenance (active et passive). Ces difficultés semblent liées à la mémorisation de l'incision qui peut être vécue comme une effraction « *voire une attaque sexuelle* » (Kitzinger, 1981, p. 48). Il faut effectivement rappeler que le lieu de l'épisiotomie est déjà le siège de représentation corporelles liées au vécu et inscrites dans l'image inconsciente du corps du sujet. Dans certaines situations, il est possible que l'épisiotomie fasse appel à des expériences passées vécues notamment en cas d'abus sexuels passés ou de vécus sexuels traumatiques (réels ou fantasmés). De même, l'épisiotomie peut aussi inscrire l'idée que le sexe en relation à l'autre est soumis à l'effraction. Sur ce point, Kitzinger (1981, p. 48) nous apporte un témoignage éloquent concernant une patiente, que nous avons souhaité faire figurer ici : « *lorsque elle a dû reprendre les rapports sexuels après l'accouchement, les spasmes musculaires sont revenus, bien que son mari soit en capacité de s'engager dans un acte de pénétration. Lorsque la patiente a tenté d'élaborer son ressenti sur ce point elle m'expliqua " C'était comme au cours de l'expulsion, quand la sage-femme m'a coupée* ». Dans cet extrait, il est aisé d'entendre la collusion fantasmatique réalisée par cette patiente entre l'acte chirurgical et la pénétration. Ici encore, cette connexion est le signe d'une image du corps effractée signe de l'apparition probable d'un traumatisme psychique. L'effet de l'effraction de l'image du corps serait alors associé à une collusion fantasmatique réalisée entre pénétration et incision du périnée.

Dans un dernier temps, il est important de pouvoir discuter des situations où l'épisiotomie (ou une déchirure qui lui est concomitante) entraîne une ouverture du corps et l'apparition d'angoisses basées sur la crainte d'une indistinction entre l'anus et le vagin que nous avons très souvent relevées et entendues. Il est donc possible que l'épisiotomie créer une confusion au sein de l'image inconsciente du corps initiale en provoquant une connexion entre deux zones érogènes (au sens psychique du terme) distinctes. Cette supposition nous paraît d'ailleurs étayée par les théories de Andreas-Salomé (1915) et reprises par Freud (1917). Pour ces conceptions, l'anus et le vagin peuvent être pour les femmes un espace de confusion ce qui fit dire à Freud que le vagin a « *loué un bail au rectum* » (Freud, 1917, p. 133). Cette confusion pourrait être triple : une confusion des zones, des motricités et des maîtrises (Schaeffer, 1995). Afin de sortir de cette confusion, les femmes sont obligées de réaliser une élaboration subjective et pulsionnelle suffisante pour pouvoir opérer une distinction entre les deux images érogènes (Schneider, 2004). Il est toutefois possible qu'en cas d'incision cette confusion soit réactivée

par le manque de reconnaissance sensorielle inhérente à l'ouverture du corps. En outre, il est aussi possible que les femmes pour lesquelles ce processus ne s'est pas totalement construit soient soumises à des angoisses de perte de la cohésion de soi. L'ensemble de ces phénomènes résulterait alors d'une perturbation de l'image inconsciente du corps.

Ainsi, sur la base de ces élaborations, il nous semble possible qu'une épisiotomie puisse altérer de manière conséquente l'image du corps des parturientes. Il semble donc nécessaire d'étudier ces aspects de manière qualitative en s'appuyant sur une méthodologie basée sur les théorisations psychodynamiques et ce, dans le but de mettre à jour les mouvements psychopathologiques potentiels liés à l'incision du périnée. Nous intégrerons donc cet aspect à notre protocole de recherche.

2.2.2. Episiotomie et symbolisation du corps féminin/maternel : quel devenir pour l'ancrage identitaire sexué ?

Après avoir présenté les liens possibles que pouvait engendrer une épisiotomie sur l'image inconsciente du corps des femmes en suite de couche, nous avons souhaité consacrer une dernière partie sur les liens que l'incision du périnée peut entretenir avec le sentiment de féminité et maternité. Pour ce faire, nous présentons premièrement une approche des étapes développementales que traverse la petite fille au cours de son processus de sexualité. Puis, nous discuterons des changements psychiques inhérents au devenir mère et la dynamique que ces changements peuvent induire sur les valences féminines et maternelles du sujet. Enfin, éclairés par ce contexte, nous pourrions discuter des possibles conséquences psychiques de l'épisiotomie sur le sentiment de féminité et maternité.

✓ Devenir femme : Protoféminité, féminin-maternel, féminin-phallique et féminité

Depuis toujours, la question féminine a été discutée et commentée dans de nombreux écrits sans qu'une réponse à la question "qu'est-ce qu'une femme ?" puisse être trouvée. Cette question est insoluble car effectivement « *La femme n'existe pas* » (Lacan, 1975, p.68). Cette provocation faite par Lacan signifie qu'il n'existe pas d'universel féminin essentialisable caractérisant toutes les femmes (ce qu'il souligne en barrant le "La" réalisant par ailleurs une négation de la quantité universelle au sens hégélien du terme) mais bien un parcours subjectif spécifique pour chacune d'entre elle ⁴⁸. Dans une perspective psychogénétique

⁴⁸ Nous nous souviendrons toujours à ce sujet d'une question de notre ancien maître de stage Bruno Beuchot. Un jour, au détour d'un échange concernant les formules de sexualité, il nous a demandé " Mais vous, vous avez déjà vu LA femme traverser la rue comme ça ? Ce serait quoi alors ?". En confrontant imaginaire, symbolique et réel par le biais de sa question,

développementale, il est toutefois possible de se représenter la trajectoire que prend le féminin pour devenir féminité et au sein duquel chaque expérience individuelle féminine se colorera en fonction de son individualité et des expériences vécues. Pour commencer, il est primordial de préciser que le développement psychoaffectif du sujet a pour but de lui permettre d'accéder à la subjectivation⁴⁹. Au niveau de la question féminine, cette construction qui est parallèle et conjointe au développement libidinal se réalise à chaque fois par le biais d'une dynamique d'introjection (réalisée lorsque le sujet réussit à s'identifier aux qualités de l'objet grâce à un travail de deuil réussi) ou d'un mécanisme d'incorporation (à défaut d'une introjection réussie, l'incorporation génère une identité "en semblance" qui sera le résultat d'une intégration mélancolique de l'objet en soi, signe d'une faillite du processus de deuil et de subjectivation) (Abraham et Torök, 1987).

Ainsi, via la mise en place d'un espace fusionnel repris des travaux de Winnicott (1975, 2002 p. 203) et appelé "homosexualité primaire en double" (Roussillon, 2004a) la petite fille va vivre les premières traces d'inscription du féminin au sein de son identité. Au sein de ce temps caractérisé par un temps co-narcissique basé sur la réflexivité vont s'élaborer les premières bases narcissiques du sujet « *mais dans le même mouvement, la désignation "d'homosexualité primaire" qu'elle propose, introduit la problématique du sexuel maternel au sein de cette relation "en double", elle introduit la question du féminin au centre de cette érotique première,[...], elle situe du côté féminin et de son assomption la question des conditions de possibilité de son instauration et de son maintien* » (Roussillon, 2008a, p.111). Au sein de cette dynamique première, la petite fille associe donc à son identité l'élaboration de ces premières traces pulsionnelles du féminin appelée par Stoller (1968 ; 1975, 2007) "phase proto-féminine" ou par Klein (1928). Cette première étape permet ensuite l'émergence de la "féminité primaire" qui sera la conséquence d'une identification primaire réussie à l'objet maternel (Cournut-Janin et Cournut, 1993).

nous nous sommes retrouvés un peu décontenancés. Puis, nous avons pu comprendre que le féminin ne peut être essentialisé en une fonction universelle (au sens de Hegel). Ainsi, être femme ne peut-être qu'une négociation individuelle et subjective réalisée au travers d'une reconnaissance toujours manquante à une attribution générale (toujours au sens de Hegel). Cette inscription manquante est théorisée par Lacan au sein des formules de la sexualité permettant de représenter l'ensemble des positionnements des femmes concernant l'appréhension du féminin comme du masculin.

⁴⁹ A l'instar de nombreux auteurs tels que Mc Dougall (1978 à 1996), Corcos (2009), Bergeret (1999 à 2004), Green (1975 à 1997), Fédida (1978) ou plus récemment Golse (2001 à 2010), Roussillon (1995 à 2008b), Glocer-Fiorini (2008) et Benjamin (2012) que l'enfant doit progressivement apprendre à se détacher de sa mère pour pouvoir intégrer les fonctions du Moi et ce, notamment grâce au processus de "jeu". Ce dernier, dont le prototype est le Fort-Da freudien fut repris par Winnicott (1975) puis complété par Golse et Roussillon (2010) et dont le but consiste à se différencier de, puis symboliser l'absence relationnelle de la mère (au sens de Fédida, 1978) et via ce processus accéder à un narcissisme suffisant (Grunberger, 1971) permettant d'introjecter (Abraham et Torök, 1987) les composantes féminines héritées de la différenciation d'avec l'objet maternel.

Effectivement, sur la base des premières traces pulsionnelles ayant coloré le narcissisme d'une tonalité féminine au sein de l'image inconsciente du corps (via les trois composantes de l'image du corps), une dynamique identificatoire entre mère et fille va pouvoir s'instaurer. Cette dernière sera permise une fois que la position dépressive est suffisamment élaborée pour permettre la mise en place d'un processus introjectif. La petite fille va alors devoir instaurer dans un premier temps une relation satisfaisante avec l'objet-Mère en dépit de la "menace de l'identique" (Olivier, 1980 ; Schaeffer, 2005), l'anxiété de symbiose (Stoller, 1975, 2007) ou encore les ravages provoqués par la mêmeté maternelle (Olivier, 1990). Puis, dans un second temps, elle devra « *se dégager de la mère primitive et omnipotente* » (Chasseguet-Smirguel, 1986, p.86) au profit d'une introjection de l'objet-maternel dont les qualités de contenance maternelle s'établiront au sein de son identité (Schaeffer, 2011). L'identification primaire réussie⁵⁰ est donc à la base de toutes les fonctions liées à la maternité et à la contenance maternelle menant à l'élaboration du *féminin-maternel*.

A la suite de la perte première de l'objet maternel, la petite fille va se confronter pour la première fois au manque et par conséquent à la fonction phallique qui sera fantasmée comme un outil au service d'une complétude qui ne sera dorénavant plus jamais possible. Cette étape marque la constitution d'un jeu identificatoire avec le tiers visant un accès à un positionnement phallique construit sur une dynamique puissance/activité opposée à celle de manque/passivité. Ce positionnement que nous retrouvons dans les rôles identificatoires du féminin porte le nom de *féminin-phallique*. Dès lors, au sortir de la dynamique d'identification primaire la petite fille va appréhender le tiers (généralement le père) sous un angle nouveau, grâce à la "censure de l'amante" (Fain et Braunschweig, 1971). En se tournant vers sa dynamique affective, amoureuse et/ou sexuelle à l'égard du compagnon, la mère insuffle effectivement une distance dans sa relation à l'enfant (Saiet, 2008). Cette distance va alors déssexualiser le lien à sa fille tout en amenant cette dernière à questionner l'incursion de cette tiercéité pontique (Resnik, 2000 ; Resnik, 1994, 2000) propulsant « *l'enfant dans le monde des différences (notamment des différences sexuelles) et dans l'univers social. Ce faisant il [Le tiers] s'offre comme objet d'identification alternatif, ce qui [...] relativise la permanence de l'empreinte de l'identification féminine* » (Brazelton et Cramer, 1991 p. 85). La petite fille soumise à des

⁵⁰ A défaut d'une introjection réussie, l'enfant incorporera un imago archaïque omnipotent teinté de la nécessité d'être constamment à son contact mais aussi de l'envahissement de la psyché par ce dernier (soit par le biais d'une trop grande absence ou d'une présence trop marquée). A terme, ces "ravages" entraîneront des comportements guidés par le besoin constant d'être en présence de l'imago (fantasmé sur autrui) pour maintenir l'unité du soi et simultanément la crainte d'être en présence de l'imago (fantasmée sur autrui) car il fragilise l'unité mal établie du Moi ce qui peut amener la jeune fille à fantasmer sa mère et la fonction maternelle comme frustrante, toxique et source de mal-être et peut également provoquer un arrêt précoce du développement libidinal.

messages énigmatiques provoqués par une censure de l'amante réussie (Laplanche, 1987) va ensuite associer l'idée d'une supériorité phallique du tiers par rapport à la mère (Cournut-Janin, 1998) et tentera alors de s'approprier les attributs du tiers pour ensuite affirmer sa supériorité phallique par rapport à la source de sa frustration narcissique causée par la censure de l'amante et donc *in fine*... sa mère⁵¹. Cette dynamique complexe permettra la mise en place d'une relation satisfaisante vis-à-vis du père qui sera ensuite soumise à la mise en place de la triade narcissique théorisée par Grunberger (1971). Pour ce faire, la petite fille devra cette fois-ci accepter de perdre le lien de complétude phallique⁵² qui la retient à son père pour ensuite construire sa propre complétude narcissique (ce qui la fera passer du "manque à avoir" basé sur le narcissisme au "manque à être" menant à l'élaboration de la différence des sexes). La réussite de cette phase se soldera par l'introjection des qualités de tiers et la capacité de la petite fille à faire preuve d'une dialectique active/passive intégrée harmonieusement à son identité sexuée permettant ainsi l'accès à un positionnement *féminin-phallique* dénué de velléités destructrices à l'égard des objets sources de frustration narcissique⁵³.

L'élaboration du féminin-phallique va provoquer l'entrée de la petite fille dans la phase œdipienne. Effectivement, lorsque l'absence de la mère et l'acceptation de son lien vis-à-vis du tiers peut être métaphorisée, l'enveloppe narcissisante érigée par les parents se déchire sur la réalité du monde, de l'être et donc du corps ce qui va faire entrer la petite fille dans une phase dominée par la symbolisation de la différence des sexes. Ici, cette dynamique s'articule autour de la notion d'être ("être" et "n'être pas"). Elle est donc totalement différente de la question de "l'avoir" et du "non avoir" qui renvoie plutôt aux problématiques narcissiques. Nous n'adhérons donc pas aux théories où l'envie du pénis est motivée par les avantages qu'il peut concéder car ces théories renvoient à notre sens à une dynamique préœdipienne. Ce point est par ailleurs relevé par Benjamin (2012, p. 16) pour qui l'envie du pénis est « *une bruyante demande de symbole [qui en] exprime la perte [...] elle n'en est pas la cause* ». Confrontée subitement à la

⁵¹ Il faut entendre ici que l'intérêt de cette phase pour la petite fille est de maintenir le lien de complétude phallique avec son objet maternel. La dynamique visant l'acquisition d'attributs phalliques du père étant *in fine* une lutte antidépressive visant à éviter dans un premier temps l'acceptation du manque narcissique causé par la censure de l'amante : « *se séparer de la mère, la perdre, c'est la penser en tant que femme, c'est entrer dans l'œdipe* » (Schaeffer, 2005 p.8)

⁵² Au sens de la complétude narcissique théorisée par Grunberger (1971), McDougall, (1996) et plus récemment Bergeret (2004).

⁵³ Dans le second cas, si le père (ou son substitut) fait défaut à sa fonction ou est manquant, les pulsions typiques de la position anale ne pourront pas se fondre uniformément à la personnalité. Leur contrôle dépendra plus d'une adaptation consciente à l'environnement (Faux-self, stéréotypies comportementales tirées des rôles sociaux...) que d'une réelle intériorisation des règles et lois concernant le rapport à l'autre. Des lors, la petite fille et plus tard la future femme sera « dans un fonctionnement où priment le rapport de force et l'ignorance de l'autre. Elle sera une louve pour l'homme. Elle se comportera comme beaucoup de nos contemporains, qui estiment que les rapports humains ne connaissent que le rapport de force et le sens exclusif de ses propres intérêts personnels » (Liaudet, 2002, p. 119).

différence des sexes, la petite fille va s'inscrire dans un double mouvement⁵⁴ vis-à-vis de ses deux objets parentaux et bien sûr en fonction des phases précédentes ayant structuré son identité sexuelle privilégier un objet d'amour qui est généralement le père. Ici une dialectique complexe à trois va alors s'organiser autour d'une dynamique en trois temps. Le premier consiste en l'affirmation de la relation incestuelle père-fille visant à expérimenter les aspects féminins déjà élaborés (protoféminité, féminité primaire et féminin-phallique). Ensuite, la petite fille va expérimenter une forme d'ambivalence à l'égard de sa mère basée sur l'altérité de la femme dans la mère (Olivier, 1990 ; Guyomard, 2009) visant l'acquisition de composantes féminines permettant d'entretenir la relation incestueuse avec le père. Enfin, un troisième mouvement consistera en la réalisation de l'interdit de l'inceste par le biais d'une double castration symboligène opérée dans un premier temps par la mère puis par le père. Nos observations cliniques nous mènent par ailleurs à penser aujourd'hui que la survenue du seul interdit maternel a tendance à fixer les femmes hétérosexuelles au sein d'une structuration névrotique obsessionnelles. Également, il est possible que l'expression d'un seul interdit cette fois-ci paternel, puisse entraîner quant à lui la fixation du sujet au sein d'une structure névrotique hystérophobique. Enfin, l'action simultanée des deux interdits pourrait entraîner préférentiellement l'émergence d'une structuration névrotique hystérique. L'ensemble de ces étapes et/ou leur succès ou échecs relatif colorera l'accès des femmes au sentiment de féminité en fonction de leur structuration de personnalité où la féminité en tant que dernière étape de développement psychoaffectif féminin sera alors signe de bisexualité psychique, de triade, de différenciation mais surtout de la recherche de la complétude dans la différence à être. L'ensemble de ce processus sera donc au centre de l'identité de femme et de l'expression de ses valences sexuées. Il pourra être enfin réactualisé lors de la phase adolescente ou encore lors du devenir mère que nous allons commenter dans le point suivant.

✓ Les changements psychiques liés au devenir mère

« Alors que l'attente d'un enfant s'affiche dans le discours commun comme un bonheur évident, la clinique de la maternité vient rappeler le caractère fragilisant et éprouvant de ce moment pour une femme. Elle fait valoir que le temps de la grossesse et de la naissance est l'occasion d'une profonde mobilisation psychique et de bouleversements psychiques importants » (Spiess, 2009 p. 106). Bien souvent idéalisé dans nos sociétés occidentales, l'accès

⁵⁴ La littérature a plutôt tendance à privilégier la version positive de l'œdipe tout en oubliant que simultanément se joue également sa partition négative permettant aux pulsions homosexuelles de construire les futurs rapports établis entre jalousie et identification auprès du même sexe (Mc Dougall, 1996).

à la maternité est aussi le lieu de nombreux mouvements complexes impliquant une dialectique avec les imagos (Bydlowski, 1997 ; Thevenot et Metz, 2008 ; Pascal et al., 2011) et un vécu de passivité face aux phénomènes corporels et psychiques vécus pouvant être source de mal être ou d'angoisses (Pascal et al., 2011). « *Bouleversement identitaire, affectif, relationnel, familial, hormonal ; exacerbation des identifications maternelles ; transparence psychique (Bydlowski, 1997) ; reviviscences œdipiennes, archaïques et traumatiques ; refonte des assises narcissiques ; nidification biopsychique (Missonnier, 2004 ; Galley-Raulin et coll., 2007) – ces différents concepts nous aident à saisir les négociations intra- et interpsychiques complexes qui aboutiront au cours de la grossesse à ce que Antoine (2007) a nommé « la révolution intérieure », le devenir-mère » (Schauder, 2012). Au niveau clinique, les femmes enceintes nous apparaissent plus sensibles qu'à l'ordinaire, plus vulnérables, plus à l'écoute de leur corps et de leur subjectivité. De même, elles sont également beaucoup plus perméables à l'autre (et surtout de leur(s) enfant(s)) comme si leur capacité empathique était décuplée. Cette forme de sensibilité thymique a été appelée par Winnicott (1956, 1969 p. 287) « *la préoccupation maternelle primaire* » leur permet d'être « *capable de s'adapter aux tous premiers besoins du nouveau-né avec délicatesse et sensibilité* » (ibid. p. 288). Cette habilité psychique caractéristique de la maternité est ici le reflet « *de la crise émotionnelle et maturative que la femme traverse pendant cette période* » (Cailleau, 2009 p. 82).*

Plusieurs théorisations ont essayé de rendre compte de cette période à l'instar du concept de « constellation maternelle » de Stern (1994 ; 1995 ; 1998) qui se traduit par des préoccupations massives autour du positionnement maternel vis-à-vis de l'enfant ainsi que des préoccupations renvoyant à la réorganisation de l'identité. Pour Stern, « *la constellation maternelle n'est pas une période critique mais une situation qui peut être permanente, transitoire ou potentiellement activée* » (Innamorati et al., 2010 p. 382). Bien qu'étant la traduction de la survenue d'un processus, la « constellation maternelle » peut-être décrite sous différents points de vue. D'une part, Stern (1995) considère que la constellation est une nouvelle structure psychique qui viendrait se superposer et supplanter la structuration psychique existante sans réellement de lien entre les deux. D'autre part, les travaux de Golse (2006) ou encore ceux de Guedeney (1996), auxquels nous adhérons, ont pu montrer que l'émergence de la constellation maternelle est intrinsèquement liée au processus de sexualité expliquant par ailleurs l'ensemble des colorations psychoaffectives qu'une femme peut éprouver lors de l'accession à la maternité.

Au niveau clinique, les femmes que nous avons pu rencontrer dans notre pratique présentaient pour leur majorité une forte labilité, une massivité transférentielle, un fort besoin de contenance qui nous a parfois amené à ressentir un épuisement certain ou encore une accessibilité accrue aux contenus préconscients. Ces mécanismes ont déjà été isolés par Bydlowski (1997, 2002, p.92) pour qui « *la grossesse est un moment d'un état psychique particulier, un état de susceptibilité ou de transparence psychique où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience. Ce phénomène qui caractérise de graves affections psychiques, notamment des psychoses, se présente chez la femme enceinte comme un évènement ordinaire* ». Dans ce contexte, la femme enceinte pourra alors profiter de « *la levée partielle du refoulement avec pour conséquence une grande perméabilité aux représentations inconscientes* » (Picco, 2005 p. 20) ce qui lui permettra de s'engager dans une dynamique dialectique avec l'ensemble de ses étapes de sexuation (protoféminité, féminin-primaire, féminin-phallique, féminité) en réactivant l'ensemble de ses conflits infantiles. Ce travail d'élaboration lui permettra alors d'organiser sa nouvelle identité de mère notamment au travers d'une actualisation de ces aspects au sein du dialogue intergénérationnel engagé par la femmes enceintes avec ses imagos (Thevenot et Metz, 2008). Sur ce point, toutes les femmes ne sont pas sur un pied d'égalité vis-à-vis de cette période. Les écueils du processus de sexuation peuvent colorer (et parfois permettre à la mère en devenir dans une possibilité de réparer) ce vécu, l'entraver et parfois mener la mère à un impossible identitaire s'exprimant entre-autres sous forme de dépression du pré-partum voire parfois de psychose puerpérale. C'est dans la continuité de cette idée que Cailleau (2009, p.83) affirma qu'en fonction du « *degré de maturation des conflits archaïques et œdipiens, la jeune femme accède (ou non) à une identification tempérée de la fonction maternelle* ». Il existe donc autant de destin de maternité (et féminité) que de mères en devenir.

Pour finir, il est important de préciser qu'au cours de cette période, toute cette dynamique est aussi sensible aux aléas de la grossesse comme à ceux de l'accouchement. Il est donc possible que certains évènements extérieurs puissent avoir un impact sur l'ensemble de cette dynamique. Nous consacrerons donc une dernière partie aux liens possibles liant l'épisiotomie au sentiment de féminité et au sentiment de maternité.

✓ Episiotomie, féminité et maternité : une fragilisation de l'identité sexuée ?

Précédemment, nous avons discuté de la logique pulsionnelle et émotionnelle en jeu au cours de l'accouchement. Nous avons présenté l'ensemble de ces aspects en précisant que

l'épisiotomie pouvait impacter l'ensemble de la dynamique émotionnelle en nous appuyant sur la publications d'articles ayant étudié cet aspect au niveau conscient. Nous n'avons en revanche pas pu aborder l'impact potentiel que peut provoquer la réalisation d'une épisiotomie sur la dynamique psychosexuelle. Effectivement, sachant que la constellation maternelle vient prolonger le développement psychosexuel et engendrer une réorganisation identitaire actualisant les conflits infantiles, que ce processus recouvre une période partant de la grossesse pour se conclure des mois après la naissance de l'enfant (Darvill et al., 2010 ; Mercer, 2004), il est possible que l'accouchement soit investi spécifiquement par ce processus.

Ainsi, en sachant que le remaniement identitaire lié au "devenir mère" est « *nécessairement en interaction avec le corps du sujet et le groupe au sens large* » (Picco, 2005 p.23), il est possible que le vécu corporel qui lui est lié soit investi particulièrement par les femmes et que cette expérience qui sera dorénavant inscrite au sein de l'image inconsciente du corps enrichisse la dynamique des identifications féminines et maternelles. Dans cette perspective, la mentalisation du vécu corporel de l'accouchement est susceptible d'avoir un impact sur la dynamique des symbolisations féminines et maternelles du sujet. Effectivement, il est par exemple courant d'entendre en entretien pour certaines femmes que le manque de sensation lors de l'accouchement ne leur permet pas de se baser sur un ressenti permettant de symboliser l'expérience de l'accouchement et donc de se sentir mère. Une patiente ayant accouché nous expliquait d'ailleurs à ce sujet "*moi je ne l'ai pas sentie sortir, j'étais complètement droguée. Je suis déçue, j'aurais aimé la sentir sortir parce qu'après c'est comme s'il m'avait manqué quelque chose dans mon rôle de maman*". Cette idée a par ailleurs été explorée par la littérature scientifique au sein des travaux de Rowe-Murray et Fisher (2001). Ces derniers ont révélé que les femmes ayant accouché sous césarienne avaient par exemple moins tendance à allaiter leur enfant par rapport à celles dont la naissance n'impliquait pas d'intervention obstétriques.

En se basant sur cet aspect, il est probable que l'emploi de l'épisiotomie et les sensations corporelles qui peuvent lui être associées (douleur en cas d'absence d'anesthésie, absence de sensation du fait du relâchement du périnée suite à l'incision...) puissent entraver la mentalisation de l'évènement (ou l'associer à quelque chose de douloureux) et par conséquent impacter la réorganisation identitaire basée sur la symbolisation pulsionnelle et donc à terme la dialectique des identifications sexuées (féminin-primaire, féminin-phallique, féminité, et la dimension maternelle). En plus des travaux menés par Beck sur ce point (2004) montrant qu'une naissance difficile peut engendrer une inadéquation avec le sentiment d'être mère, cette

idée a également été explorée en cas d'hystérectomie successive à une naissance difficile (Elmir et al., 2012). Dans ces situations les auteurs ont remarqué que les femmes semblaient lutter contre leur identité maternelle dans les premières semaines suivant le retour à domicile (ibid.). Face à ce constat, il serait alors pertinent d'étudier les liens possibles existant entre la construction de l'identité maternelle et le vécu de l'épisiotomie.

La possibilité d'un vécu corporel pouvant influencer la valence des symbolisations maternelles n'est pas la seule possibilité liée au vécu corporel de l'épisiotomie. Effectivement, comme le rappelle Legay (1990, p.181) « *en quelques heures, comme un film en accéléré, va se dérouler une période cruciale pour la structuration féminine. Et c'est là qu'intervient le bistouri ou les ciseaux de l'épisiotomie, précisément à l'instant où le périnée est investi psychologiquement. S'il y a épisiotomie, elle stigmatise la symbolique de la castration [...] l'épisiotomie débisexualise brutalement la femme* ». Ainsi, outre l'association de l'épisiotomie avec l'angoisse de castration que nous avons évoquée précédemment, il est possible que l'incision du périnée puisse impacter la valence des symbolisations féminines à la fois par le biais du geste et de la symbolique castratrice qui lui est associée mais aussi parce que ce geste est réalisé au service de la maternité et de la naissance de l'enfant et ce, en dépit de l'intimité féminine. De nombreuses investigations sont nécessaires pour poursuivre cette réflexion nécessitant d'être explorée plus précisément au sein de notre protocole de recherche.

3. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES THEORIQUES

3.1. Rétrospective théorique et axes de réflexion : enjeux scientifiques

3.1.1 Quel tracé théorique pour l'épisiotomie ?

Tout au long de notre parcours théorique portant sur la pratique de l'épisiotomie nous avons eu à cœur de pouvoir rendre compte de cette pratique de la manière la plus exhaustive possible. Aussi, nous avons préalablement décrit le contexte dans lequel l'épisiotomie est exercée en explorant premièrement l'histoire de l'accouchement et les principales modifications idéologiques qui lui ont été associées. Nous avons ensuite discuté de la médicalisation et l'institutionnalisation de la naissance que nous considérons aujourd'hui comme les deux facteurs principaux liés à l'émergence et la généralisation de l'épisiotomie dans les salles d'accouchement. Ces aspects nous ont permis d'aborder le vécu de l'accouchement médicalisé et d'inscrire notre objet d'étude dans son contexte contemporain immédiat. Puis, après avoir décrit le procédé chirurgical spécifique de la pratique de

l'épisiotomie, nous avons présenté une histoire de l'incision du périnée et son actualité contemporaine. L'ensemble de ces aspects nous a permis d'aborder l'ensemble des données épidémiologiques portant sur l'épisiotomie en précisant à la fois son incidence populationnelle, les facteurs inhérents à sa réalisation et enfin, les impacts physiques et somatiques qui lui sont consécutifs. Enfin, nous avons pu présenter l'ensemble des travaux portant sur l'impact psychique de l'épisiotomie et notamment sur les conséquences somatopsychiques de l'incision du périnée mais aussi, sur la qualité de vie et la satisfaction de l'accouchement et enfin sur l'ensemble de l'équilibre psychologique (E.S.P.T., Stress et anxiété, dépression...). Pour finir, devant l'absence d'écrits psychodynamiques portant sur les liens entre l'épisiotomie et la psyché, nous avons proposé une réflexion théorique portant sur les liens potentiels de l'épisiotomie au niveau de l'image du corps mais aussi des symbolisations féminines et maternelles. L'ensemble de ce parcours nous a permis de cibler les axes de recherche que nous souhaitons employer au sein de notre recherche.

3.1.2. Présentation des axes de recherche explorés

L'ensemble des axes de recherche retenus au travers de notre parcours théorique se base sur les données disponibles, celles à approfondir et aussi, les manques de la littérature. Aussi, nous avons retenu plusieurs dimensions à explorer au cours de notre travail de recherche. La première concerne la qualité de vie. La seconde porte sur la satisfaction inhérente à l'accouchement. Une troisième fait appel à la sexualité et ses entraves. Un quatrième axe de recherche porte sur les manifestations psychiques spécifique du mal être telles que le stress, l'anxiété et l'angoisse. Un cinquième axe quant à lui est dévolu à l'impact psychique traumatique potentiel de l'épisiotomie. Un sixième pan d'étude porte sur les liens entre l'épisiotomie et l'image du corps et enfin, un dernier est consacré aux effets potentiels de l'épisiotomie sur les symbolisations féminines et maternelles.

✓ Episiotomie et qualité de vie

Concernant la qualité de vie, les quelques études menées montrent une augmentation de la qualité de vie consécutivement à la pratique de l'épisiotomie. Ce constat semble toutefois plutôt surprenant du fait des éventuelles conséquences de l'épisiotomie sur le plancher pelvien et le vécu physique qui lui est associé en suite de couche. De plus, les études menées étaient plutôt réalisées longtemps après l'accouchement (> 6 mois). Dans ce contexte, il semble donc utile d'étudier les liens qu'entretient l'épisiotomie avec la qualité de vie et ce dans le post-partum

immédiat (< 3 mois) puis quelques mois plus tard après l'accouchement. L'intérêt de ce travail est d'obtenir des informations sur les différentes dimensions de la santé potentiellement impactées (positivement ou négativement) par la pratique de l'épisiotomie et ce, en offrant une vision comparative avec l'opération césarienne ou les déchirures. Enfin, en fonction des résultats obtenus l'exploration de cet axe de recherche permet de réfléchir aux éventuelles politiques de soin associées aux procédures obstétriques en suite de couche et notamment en cas d'épisiotomie.

✓ Episiotomie et satisfaction liée à l'accouchement

Lors de notre exploration de la littérature, quelques études ont pu montrer que comparativement aux accouchements spontanés avec ou sans déchirures l'épisiotomie était associée à une satisfaction de l'accouchement amoindrie. Ce constat semblait lié à d'autres aspects comme le sentiment de contrôle ou encore l'extraction instrumentale. Notre étude vise alors dans un premier temps à évaluer cette dimension afin de vérifier la congruence des résultats premièrement publiés par la littérature scientifique associant épisiotomie et diminution de la satisfaction liée à l'accouchement comparativement aux autres modes d'accouchement. A terme, et sur la base de cette analyse, les résultats de ces hypothèses pourraient être prolongés dans un travail que nous réaliserons après ce travail de thèse portant sur les facteurs qualitatifs ayant impacté la satisfaction liée à l'accouchement.

✓ Episiotomie et sexualité

Les constats théoriques que nous avons dressés ont montré que l'épisiotomie avait un impact sur l'émergence de douleurs notamment dans les premiers mois du post-partum. De même, malgré certains positionnements contradictoires, l'incision du périnée semble plutôt liée à l'apparition de dyspareunies dans le post-partum et, cette prévalence diminue avec le temps. Enfin, les liens entre l'épisiotomie et les dysfonctionnements sexuels restent un champ à explorer car l'ensemble des études disponibles n'offre pas de consensus sur ces aspects. Il semble donc pertinent de proposer un axe de recherche comparatif portant sur la sexualité du post-partum et les conséquences des procédures obstétriques sur le devenir de la sphère sexuelle. Cet axe permettra à la fois d'apporter un éclairage supplémentaire sur les conséquences sexuelles éventuelles de l'épisiotomie. Les résultats obtenus sur ce plan pourront à terme permettre une meilleure approche des suites de couches et éventuellement favoriser la mise en place de réflexion et de dynamique d'accompagnement sanitaire sur ce point.

✓ Épisiotomie, stress, anxiété et angoisses

Au cours de notre parcours théorique, nous avons pu montrer qu'il existe très peu d'études portant sur les liens entre épisiotomie, stress et anxiété. Néanmoins, ces travaux ont pu montrer l'existence d'un lien possible entre ces dimensions et l'épisiotomie. Dans un second temps, nous n'avons pas trouvé d'étude abordant la problématique de l'épisiotomie dans une approche psychodynamique intégrant la question de l'angoisse. Cependant, la réflexion théorique réalisée et les études portant sur les conséquences physiques corrélées à la pratique de l'épisiotomie enjoignent à penser d'un possible impact de l'incision du périnée sur l'apparition d'angoisses du sujet liées au corps. Aussi, il semble pertinent de pouvoir axer une partie de notre étude sur ces aspects dans le but d'éclairer les liens entre épisiotomie et vécu subjectif. Au niveau du stress et de l'anxiété, cet axe de recherche permettra de proposer une évaluation supplémentaire portant sur les liens que ces dimensions entretiennent avec l'épisiotomie de manière comparative. De même, au niveau de l'angoisse cet axe de recherche permettra de proposer une première piste de réflexion basée sur une approche empirique. A terme, les résultats obtenus permettront d'éclairer certains enjeux possibles liés au retour à domicile et au vécu émotionnel en suite de couche. De même, une meilleure compréhension des phénomènes de stress potentiellement liés à l'épisiotomie pourra amener la réflexion clinique sur un versant davantage biopsychosocial bénéfique au parcours des patients.

✓ Épisiotomie et traumatisme psychique

La revue de littérature que nous avons réalisée montre des données contradictoires concernant les liens existant entre l'épisiotomie et l'éventualité d'un impact traumatique. Il n'existe pas d'études psychodynamiques portant sur la présence éventuelle de traumatismes psychiques liés à l'épisiotomie. Néanmoins, son mode opératoire et certaines réflexions portant sur des dimensions proches pourraient amener à penser que l'épisiotomie est susceptible d'entraîner l'apparition de traumatismes psychiques. Au niveau de l'Etat de Stress Post-Traumatique, les données disponibles dans la littérature n'offrent pas un consensus suffisant. Il serait donc pertinent de pouvoir explorer comparativement ces aspects dans le but d'offrir une évaluation supplémentaire dont basée sur un travail d'analyse qualitatif des enjeux traumatiques liés à l'épisiotomie. Ce faisant, nous pourrions entrevoir une meilleure compréhension des phénomènes traumatiques éventuels relatés au sujet de l'épisiotomie dans certains articles de journaux ou forums internet. De même, des résultats dans ce domaine pourront aider à la réflexion concernant la mise en place de politiques d'accompagnement en suite de couche.

✓ Épisiotomie et dépression

Comme pour de nombreuses dimensions il n'existe que très peu d'études portant sur les liens entre épisiotomie et dépression. Néanmoins, il semblerait que ces deux aspects soient liés. Par le biais d'une réflexion approfondie sur cet aspect nous souhaitons pouvoir explorer plus encore les liens possibles existant entre épisiotomie et incision du périnée en axant une partie de notre travail sur ce point. Ce questionnement nous permettra de découvrir si l'épisiotomie peut être considérée comme un facteur de risque menant à l'émergence de symptômes dépressifs. Ces considérations permettraient entre autres d'apporter un éclairage éventuel portant sur les conditions d'accompagnement et de soutien mises en place en post-natal en fonction des situations rencontrées.

✓ Épisiotomie et image du corps et unité somato-psychique

Alors que notre revue de littérature a constaté une absence totale d'écrits psychodynamiques portant sur l'épisiotomie et les liens qu'elle entretient avec l'image inconsciente du corps, seule une étude portant sur les dimensions conscientes a pu montrer que l'incision du périnée avait un impact sur l'image consciente du corps du sujet. En outre, l'ensemble des réflexions que nous avons réunies semble suggérer un impact de l'épisiotomie sur l'image du corps des parturientes en suite de couche. Il semble donc très utile d'explorer cet axe de recherche nouveau afin d'offrir un éclairage sur l'effet potentiel de l'épisiotomie sur le vécu corporel conscient et inconscient. Ces travaux permettront de proposer de premières données sur ce point utile à la compréhension de l'effet de cette pratique obstétricale.

✓ Épisiotomie et symbolisations maternelles et féminines

Un dernier axe théorique porte sur les liens existant entre l'épisiotomie et la dynamique des symbolisations féminines et maternelles. Hormis des positionnements individuels pris par certains auteurs dans le domaine, il n'existe aujourd'hui aucune donnée sur ce point. Cet axe de recherche est donc un champ totalement nouveau qui n'a jamais été exploré au travers d'une approche psychodynamique. Nous avons donc proposé une investigation exploratoire de ce domaine.

3.2. Hypothèses théoriques

Dans cette dernière partie, nous présentons dans un premier point les hypothèses théoriques liées à chaque axe que nous avons résumé dans le point précédent. Puis, dans un deuxième temps nous présenterons un tableau synthétique de l'ensemble des hypothèses que nous allons vérifier par le biais de notre analyse.

3.2.1. Présentation des hypothèses théoriques

Chaque hypothèse que nous présentons correspond à la conceptualisation d'une réflexion inhérente à chacun axe des 8 axes de recherche que nous avons identifiés. Ces hypothèses peuvent se présenter sous la forme d'hypothèses générales uniques, associées le cas échéant à des sous-hypothèses plus spécifiques.

✓ H1 : Épisiotomie et qualité de vie

H1 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie chez les femmes primipares.

✓ H2 : Épisiotomie et satisfaction liée à l'accouchement

H2 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la satisfaction liée à l'accouchement.

✓ H3 : Hypothèse portant sur les liens entre épisiotomie et sexualité

H3 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition de difficultés somatopsychiques potentiellement psychogènes.

Cette hypothèse est subdivisée en trois sous-hypothèses théoriques :

H3a : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie, engendrerait préférentiellement l'apparition de douleurs au cours de l'année suivant l'accouchement.

H3b : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dyspareunies au cours de l'année suivant l'accouchement.

H3c : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dysfonctionnements sexuels au cours de l'année suivant l'accouchement.

✓ H4 : Épisiotomie et unité somato-psychique

H4 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement une fragilisation de l'unité somatopsychique au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.

Cette hypothèse est subdivisée en deux sous-hypothèses théoriques :

H4a : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition d'angoisses portant sur le corps et l'unité somatopsychique au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.

H4b : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.

✓ H5 : Épisiotomie et stress/anxiété

H5 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie pourrait être vécue comme un phénomène désorganisateur entraînant préférentiellement l'apparition de stress et l'émergence d'un vécu anxieux au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.

✓ H6 : Épisiotomie et symptomatologie dépressive

H6 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.

✓ H7 : Épisiotomie et traumatismes psychiques

H7 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie pourrait entraîner préférentiellement l'apparition de traumatismes psychiques au cours de la première année suivant la naissance de l'enfant.

Cette hypothèse est subdivisée en deux sous-hypothèses théoriques :

H7a : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie pourrait entraîner préférentiellement l'apparition d'un vécu psychique caractérisé par l'expression de difficultés sévères ou l'apparition d'un traumatisme caractérisé lié(s) au mode d'accouchement et observable au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.

H7b : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie pourrait entraîner préférentiellement l'apparition d'un Etat de Stress Post-Traumatique une année après l'accouchement.

✓ H8 : Épisiotomie et symbolisations sexuelles

H8 : Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présenteraient préférentiellement une expression de l'identité sexuée (sentiment de féminité et de maternité) moins affirmée au cours de la première année suivant la naissance de l'enfant.

Cette hypothèse est subdivisée en deux sous-hypothèses théoriques :

H8a : Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité féminine moins affirmée au cours de la première année suivant la naissance de l'enfant.

H8b : Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité maternelle moins affirmée au cours de la première année suivant la naissance de l'enfant.

3.2.2. Tableau synthétique

L'ensemble des hypothèses que nous avons formulées correspond donc aux différents axes de recherche que nous avons décrits. Ces axes font ensuite appel à des dimensions spécifiques de l'étude du sujet étant au cœur de nos préoccupations méthodologiques (*qualité de vie, satisfaction liée à l'accouchement, sexualité, image du corps, économie psychique et identité psychosexuée féminine/maternelle*). Afin de résumer les axes pris par notre travail nous souhaitons présenter cette articulation au sein d'un tableau synthétique récapitulatif

Thème abordé	Dimensions étudiées		Rappel des hypothèses
Vécu de l'épisiotomie	Qualité de vie		<i>H1 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie chez les femmes primipares.</i>
	Satisfaction maternelle		<i>H2 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la satisfaction liée à l'accouchement.</i>
Équilibre de l'unité somatopsychique	Sexualité	Douleurs	<i>H3a : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de douleurs au cours de l'année suivant l'accouchement.</i>
		Dyspareunies	<i>H3b : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dyspareunies au cours de l'année suivant l'accouchement.</i>
		Dysfonctionnements sexuels	<i>H3c : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dysfonctionnements sexuels au cours de l'année suivant l'accouchement.</i>
	Image du corps	Angoisses somatopsychiques	<i>H4a : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition d'angoisses portant sur le corps et l'unité somatopsychique au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.</i>
		Image inconsciente du corps	<i>H4b : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.</i>
	Économie psychique du sujet	Stress et anxiété	<i>H5 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie pourrait être vécue comme un phénomène désorganisateur entraînant préférentiellement l'apparition de stress et l'émergence d'un vécu anxieux au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.</i>
		Symptômes dépressifs	<i>H6 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.</i>
		Traumatismes psychiques	<i>H7a : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie pourrait entraîner préférentiellement l'apparition d'un vécu psychique caractérisé par l'expression de difficultés sévères ou l'apparition d'un traumatisme caractérisé lié(s) au mode d'accouchement et observable au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.</i>
Etat de stress post-traumatique		<i>H7b : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie pourrait entraîner préférentiellement l'apparition d'un Etat de Stress Post-Traumatique une année après l'accouchement.</i>	
Identité féminine et maternelle	Identité psychosexuée	Symbolisations féminines	<i>H8a : Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité féminine moins affirmée au cours de la première année suivant la naissance de l'enfant.</i>
		Symbolisations maternelles	<i>H8b : Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité maternelle moins affirmée au cours de la première année suivant la naissance de l'enfant.</i>

Tableau n°1 : Synthèse des hypothèses théoriques

METHODOLOGIE

L'ensemble des hypothèses que nous avons établi à partir de nos explorations théoriques a été éprouvé par la mise en place d'une méthodologie spécifique à notre objet d'étude. Nous présentons ici les choix méthodologiques spécifiques tenant à des critères de sélection normatifs (établissement du protocole de recherche, outils, population, procédure, principes éthiques...) qui ont présidé à l'opérationnalisation de nos hypothèses théoriques, ainsi que les modalités d'analyses retenues.

1. CRITERES DE SELECTION NORMATIFS DE NOTRE ETUDE

Afin d'ériger une méthodologie ayant pour objectif une efficacité évaluative, nous avons sélectionné une liste de critères spécifiques. Dans ce point, nous présentons donc tous ces critères en commençant premièrement par la formalisation de notre protocole de recherche. Un deuxième temps est consacré à l'ensemble des outils et méthodes que nous avons employées. Enfin, nous avons recensé l'ensemble des critères populationnels de notre étude et nous terminons cette partie par la présentation synthétique de notre protocole de recherche.

1.1. Présentation du protocole de recherche : une étude exploratoire quantitative et qualitative

L'établissement de notre protocole de recherche s'est à la fois construit en parallèle de l'élaboration de notre partie théorique, mais aussi en fonction des conseils avisés des professionnels que nous avons pu rencontrer⁵⁵. Ici, nous souhaitons donc présenter les principes qui ont déterminé la facture de notre protocole de recherche. Nous présentons donc dans un premier temps ce protocole en insistant particulièrement sur les conséquences de l'adoption de la méthode exploratoire que nous avons employée. Puis, nous justifions dans un deuxième temps les raisons nous ayant poussé à associer une approche comparative et enfin, celles étant à l'origine de notre approche longitudinale.

1.1.1. Un travail de recherche exploratoire portant sur une population de patientes

Lorsque nous avons commencé à réfléchir sur les modalités de notre travail de recherche, nous avons initialement pensé réaliser une observation à l'instant "t" basée sur une

⁵⁵ Nous remercions par ailleurs Mme le Dr Michèle Scheffler à nouveau pour son temps et les conseils avisés qu'elle a su nous transmettre concernant les aspects médicaux de cette recherche.

sommes d'études de cas de patientes ayant reçu une épisiotomie. De fait, nous avons pour ambition de proposer des interprétations spécifiques à notre objet d'étude à partir de cette méthode. Cette première mouture correspondant plus spécifiquement aux méthodes de recherches dites "descriptives" ne nous a pas semblé satisfaisante. En effet, il existe un tel manque de travaux portant sur l'effet psychique de l'épisiotomie que nous entrons en terrain inconnu, et il aurait été impossible de construire une recherche qualifiée de descriptive alors que ses objectifs épistémologiques ont pour but de "tirer des conclusions pertinentes sur la base de faits déjà bien connus de la littérature scientifique".

Face à ce manque de jalons, nous avons préféré nous engager dans un travail sous-tendu par une méthode dite "exploratoire". Cette méthode est caractérisée par plusieurs objectifs dont celui d'établir ou clarifier les variables potentiellement corrélées avec notre objet de recherche et sa problématique. C'est uniquement à partir de cette base qu'il est ensuite possible d'approfondir les premiers résultats obtenus par l'emploi de recherches sous-tendues par une méthodologie descriptive. En conséquence, notre étude pilote s'est appuyée sur une conceptualisation exploratoire. Pour ce faire, la construction de notre méthodologie s'est donc premièrement basée sur la volonté d'employer une approche générale et large permettant de saisir un maximum d'éléments probants portant sur les éventuelles conséquences psychiques de l'épisiotomie. Cette première condition a coloré l'ensemble de notre protocole de recherche induisant en conséquence l'emploi d'une méthode comparative et longitudinale.

Dans un deuxième temps, il semble nécessaire de rappeler que notre approche est avant tout populationnelle. Effectivement, l'emploi d'études de cas correspondant préférentiellement aux études descriptives⁵⁶ n'était pas à notre sens un choix pertinent. Cela, car cette approche permettant une analyse fine du fonctionnement de l'individu est centrée sur l'appréhension de l'unicité. Elle ne permet malheureusement pas d'isoler les grandes tendances factorielles liées à notre objet d'étude, ni de proposer une généralisation des conclusions apportées (sauf au risque de biais méthodologiques importants). En conséquence, influencés par la tonalité exploratoire de notre recherche, nous avons choisi de travailler sur des populations de patientes.

Dans un deuxième temps, il est important de préciser qu'une des difficultés découlant directement des axes portés par notre approche exploratoire était de conjuguer notre savoir-faire méthodologique d'orientation psychodynamique (basée sur l'évaluation subjective

⁵⁶ *Il est aussi possible que l'étude de cas soit utilisée comme une étude exploratoire à l'instar des cas cliniques fondateurs de la pensée psychanalytique freudienne.*

consciente et inconsciente du sujet) avec la nécessité d'isoler des tendances et variables générales portant sur l'épisiotomie. Nous avons tenté de réduire ce paradoxe en nous appuyant sur deux modalités spécifiques. Tout d'abord, notre méthodologie s'appuie à la fois sur des méthodes d'évaluation généralistes (questionnaires) et sur des outils et méthodes d'inspiration psychanalytique comme l'emploi du test de Rorschach. Également, notre procédure d'analyse de donnée se base sur une approche en deux temps. Une première phase est caractérisée par une évaluation quantitative et qualitative vise à isoler les tendances et variables dépendantes de l'impact psychique de l'épisiotomie. Ensuite, une seconde phase, vise à proposer des explications et caractériser l'impact de ces variables en nous appuyant sur la méthode de présentation de cas clinique. Notre protocole de recherche a donc allié à la fois une approche exploratoire quantitative et qualitative sous un angle psychodynamique. Cette association heureuse a été possible grâce à l'emploi d'une méthode longitudinale et comparative que nous décrivons dans le point suivant.

1.1.2. L'intérêt d'une approche comparative populationnelle

Précédemment, nous avons pu préciser que l'accouchement est le lieu d'un bouleversement psychique et corporel sans précédent pour les femmes (Pascal et al., 2011). Dans ce contexte particulier, il semblait difficile de pouvoir discriminer le vécu général de l'accouchement de celui plus spécifique de l'épisiotomie. Cette distinction a pu être réalisée au sein de notre étude en y ajoutant une dimension comparative. En employant une approche comparative portant dans notre cas sur le mode d'accouchement, il a donc été possible de découvrir si une même variable ou un même phénomène était uniquement observé au sein d'un sous-groupe (discriminé le mode d'accouchement) ou si au contraire, ce phénomène était présent dans tous les groupes. En employant ce procédé, il a été effectivement possible d'isoler des tendances spécifiques à la pratique de l'épisiotomie. Nous avons donc décidé de comparer différentes populations de participantes en constituant différents sous-groupes discriminés par la variable "*mode d'accouchement*". La catégorisation que nous avons effectuée a été influencée par le processus décisionnel habituel du médecin opposant parfois une diminution du recours à l'épisiotomie et l'opération césarienne (Clesse et al., 2016). Il nous a donc semblé utile de constituer un **Groupe Césarienne** (GC) et un **Groupe Episiotomie** (GE).

Dans la continuité de notre réflexion, nous avons pu remarquer que de nombreuses publications scientifiques comparent l'effet engendré par une épisiotomie à celui provoqué par la survenue d'une déchirure. Concernant ces dernières, il existe aujourd'hui (parmi d'autres) deux systèmes de classifications principaux. Le premier identifie les déchirures simples (peu

invasives), les déchirures complètes (déchirures sévères) et les déchirures complètes compliquées (déchirures ayant une incidence jusqu'au niveau de l'anus). Une autre classification plus anglo-saxonne différencie quant à elle les déchirures en fonction du degré. Ainsi, les déchirures du 1^{er} et 2^{ème} degré sont considérées comme des déchirures simples avec un degré de complication accru pour celles du 2^{ème} degré (Vintejou et al., 2012). Les déchirures du 3^{ème} degré quant à elles impliquent une atteinte du sphincter externe de l'anus et enfin les déchirures du 4^{ème} degré impliquent en plus d'une atteinte du sphincter une rupture de la paroi anorectale (Emmanuelli et al., 2013).

Au sein de notre protocole de recherche, nous avons donc souhaité différencier les situations impliquant la survenue d'une déchirure, des situations où l'accouchement n'avait pas impliqué de lésion. Puis, à la suite de notre recueil de donnée, nous nous sommes toutefois interrogés sur la classification des naissances ayant impliqué l'emploi d'un seul ou deux points de suture, mais aussi lorsque la venue de l'enfant avait provoqué quelques éraillures. Dès lors, en partant du principe que ces situations sont considérées comme des déchirures du premier degré dont l'incidence est moindre, et après avoir obtenu confirmation de notre catégorisation par des professionnels médicaux⁵⁷ nous avons classé ces situations (1 ou 2 point, éraillures) au sein du groupe caractérisé par un accouchement sans déchirure que nous avons nommé **Groupe Voie Basse Simple** (GVBS). Il correspond au taux de périnée pseudo-intact usuellement employé dans la littérature. **Le Groupe Déchirure** (GD) a quant à lui été constitué des autres situations que nous avons décrites. Ainsi, nous avons construit dans l'après coup quatre sous-groupes populationnels discriminés en fonction de la variable accouchement (**Groupe Épisiotomie/GE ; Groupe Césarienne/GC ; Groupe Déchirures/GD ; Groupe Voie Basse Simple/GVBS**). Nous présentons leurs critères de classement dans le tableau suivant :

	Groupe épisiotomie	Groupe Césarienne	Voie Basse Simple	Groupes déchirure
Donnée(s) discriminantes	Présence d'une épisiotomie	Présence d'une opération césarienne	- Suture du périnée de 1 ou 2 points (périnée pseudo-intact) - Périnée intact	- Toutes les déchirures du 1 ^{er} au 4 ^{ème} degré

Tableau n°2 : Critères de classification de l'échantillonnage de l'étude

⁵⁷ Et notamment Mme Scheffler, Sandrine Hamlin et Mme Tennenbaum que nous remercions pour leurs avis éclairés.

1.1.3. L'emploi d'une approche longitudinale

Après avoir élaboré l'idée d'une perspective d'échantillonnage basée sur quatre sous-groupes (GE, GC, GD, VBS), une nouvelle difficulté méthodologique s'est présentée. En effet, malgré les apports inhérents à la mise en place d'une méthode comparative, nous avons pu envisager différents scénarios et situations où la présence et l'influence de certains facteurs individuels pouvaient impacter les résultats obtenus et de fait, engendrer un biais d'interprétation. Par exemple, pour répondre à la question "la présence de troubles dépressifs observée en suite de couche est-elle liée au sujet ou à l'expérience de l'accouchement?". Il est nécessaire de procéder à une évaluation initiale étudiant la prévalence de symptômes dépressifs avant l'accouchement pour se positionner sur le vécu en suite de couche.

Nous avons donc trouvé nécessaire de réaliser une évaluation initiale antérieure à l'évènement discriminant de notre approche comparative (dans notre situation il s'agit du mode d'accouchement). Dès lors, il a été nécessaire de procéder à l'établissement d'un temps d'évaluation initial et par conséquent de pouvoir rencontrer les participantes avant leur accouchement. La période de la grossesse retenue pour cette évaluation a été sélectionnée en fonction du processus de maturation lié à l'expérience de grossesse. Généralement, il est considéré qu'à partir de 7 mois et demi de grossesse, les femmes enceintes se tournent progressivement vers l'idée de la fin de la grossesse, l'enfant à naître (Bydlowski, 1997 ; Ammaniti et al., 1999 ; Delassus, 2010 ; Soulé et al., 2015) et surtout, ce n'est qu'à partir de cette période qu'elles commencent à se représenter l'accouchement (Mercer, 2004). Sachant que certains de nos outils questionnaient l'appréhension fantasmatique de l'accouchement, la borne partant de 7 mois et demi de grossesse jusqu'à l'accouchement a été retenue comme la période de première évaluation des futures parturientes. **L'évaluation initiale (T₀)** a donc été réalisée pour toutes les participantes entre 7 mois et demi de grossesse et le jour de l'accouchement.

Dans un second temps, il a été nécessaire de différencier le vécu spécifiquement conséquent à l'épisiotomie (GE), à la césarienne (GC), aux déchirures (GD) et aux naissances sans difficultés spécifiques (VBS), tout cela au sein du bouleversement physique et corporel sans précédent lié au devenir mère (Bydlowski, 1997). Pour cela, notre approche longitudinale a dû être complétée par une standardisation des modalités d'évaluation, et ce, en nous appuyant sur une méthodologie test-retest évaluant de la même façon les mêmes variables. De cette manière, il a été possible de pouvoir considérer préférentiellement l'évolution des facteurs

étudiés et non leur simple présence par le biais d'une méthode dites "à mesure répétée". Sur ce point, une dernière notion a été particulièrement importante. Effectivement, même si à notre connaissance nous n'avons pas trouvé d'étude portant spécifiquement sur cet aspect, notre expérience clinique tout comme celle partagée par nos confrères et collègues nous a amené à penser qu'en l'absence de traumatisme le vécu de l'accouchement est soumis à un processus de refoulement progressif. Il nous a donc semblé nécessaire de pouvoir évaluer nos variables sur différents temps de la période post-accouchement.

Les choix relatifs à ces différents temps ont été préalablement décidés en fonction de la période temporelle pertinente permettant l'étude des dimensions que nous avons retenues (*qualité de vie, satisfaction liée à l'accouchement, sexualité, image du corps, économie psychique et identité psychosexuée féminine/maternelle*). Ces choix ont aussi pris en considérant les modalités méthodologiques liées à la passation de nos outils. Ainsi, nous avons décidé d'étudier la satisfaction maternelle tout juste après l'accouchement et ensuite procéder à une seconde évaluation ultérieure permettant une réflexion sur l'évolution de cet indicateur. Nous avons donc décidé d'évaluer cette dimension 2 jours après l'accouchement (intégrant l'intervalle de passation suivante [1-4 jours]) et 2 mois après l'accouchement (intégrant l'intervalle de passation suivante [50-70 jours]). Nous le verrons dans la partie concernant les outils, ces deux temps d'évaluation se sont appuyés sur les modalités de passation de deux auto-questionnaires sélectionnés (CPQ-VF et WOMBLSQ4). Ils correspondent à l'hypothèse H2 et ils n'interviennent pas dans l'étude des autres hypothèses. N'étant pas forcément réalisées en présentiel, les évaluations à 2 jours et 2 mois ne sont donc pas considérées comme des temps de rencontre spécifique de notre approche longitudinale.

En revanche, l'étude des besoins en évaluation des autres dimensions a montré la nécessité de circonscrire trois temps usuels. Nous avons décidé de sélectionner comme premier temps d'évaluation "retest" la date de 3 mois après l'accouchement correspondant à la fin du post-partum. Dans les publications, cette date est très souvent utilisée pour étudier la présence de dépression du post-partum, la présence de troubles de la sexualité ou encore de difficultés avec l'image du corps. Elle correspond à la fin de la période de fusion totale entre la mère et l'enfant, celle de la reprise de la sexualité mais aussi celle des débuts de la reprise du travail. En outre, nous avons considéré que les besoins de l'enfant entre 0 et 3 mois n'auraient pas enjoint les mamans à se rendre disponible au cours de cette période difficile, marquée par la fatigue et le manque de disponibilité des mères. Ainsi, à l'exception de la satisfaction liée à l'accouchement, toutes les dimensions y ont été étudiées. Le premier temps d'évaluation

présentiel a donc été réalisé **3 mois révolus après l'accouchement** avec un intervalle de rencontre de [2mois et 15 jours-3mois et 20 jours]. Il est codé dans notre écrit sous l'appellation **T₁**.

Un deuxième temps d'évaluation basé sur la méthodologie "retest" a été réalisé à 9 mois. Cette période marque l'apparition des premiers vocables primitifs et parfois, des premiers pas. De même, la période comprise entre 4 et 9 mois est caractérisée par l'apparition de la diversification alimentaire, les premières nuits, le sevrage... Les neuf mois marquent donc la fin de la période de dépendance totale de l'enfant et l'amorce d'une phase d'indépendance. Au niveau des participantes, elle correspond également à la période où le corps commence à se restructurer mais aussi, au moment où les jeunes mères (quand elles le peuvent) ont tendance à se tourner à nouveau vers la sphère sociale. Il semblait donc utile d'étudier le vécu spécifique à cette période charnière en proposant une évaluation en présentiel de toutes les dimensions questionnées par nos hypothèses (à l'exception de la satisfaction liée à l'accouchement). L'évaluation "retest" à **9 mois révolus** (dorénavant codée **T₂**) correspond donc à une période de rencontre située au sein de l'intervalle suivant : [8mois et 15 jours- 9 mois et 20 jours].

Enfin, nous avons retenu comme dernier temps de rencontre la période de la date anniversaire correspondant à une année révolue après la naissance de l'enfant. Cette date clôt notre étude longitudinale. Elle est marquée par le premier anniversaire de l'enfant et la possibilité d'induire une forme de rétrospective de l'expérience vécue. Ce faisant, cette période étant dorénavant marquée par la naissance de l'enfant elle permet d'invoquer en filigrane l'expérience passée de l'accouchement. Enfin, il est important de préciser que cette date est généralement utilisée dans les études scientifiques abordant la présence de conséquences à long terme liées au mode d'accouchement. En conséquence, nous avons choisi d'étudier l'ensemble des dimensions (à l'exception de la satisfaction liée à l'accouchement) questionnées par nos hypothèses à cette période spécifique. Le dernier rendez-vous basé sur une méthode longitudinale en test-retest a donc été réalisé **1 an après l'accouchement (T₃)** avec un intervalle de rencontre compris entre 11 mois et 10 jours et 13 mois et 10 jours ; [11mois et 10 jours-13 mois et 10 jours].

Pour conclure, la méthode d'évaluation longitudinale que nous avons choisie repose sur six temps d'évaluation et quatre temps de rencontre avec les participantes : **Avant l'accouchement T₀, 3 mois après l'accouchement T₁, 9 mois après l'accouchement T₂ et enfin 1 an après l'accouchement T₃**.

L'ensemble de ces temps incluant également les deux auto-évaluations à 2 jours et 2 mois après l'accouchement a été résumé dans le schéma suivant incluant de manière non exhaustive les principales dimensions évaluées par notre étude :

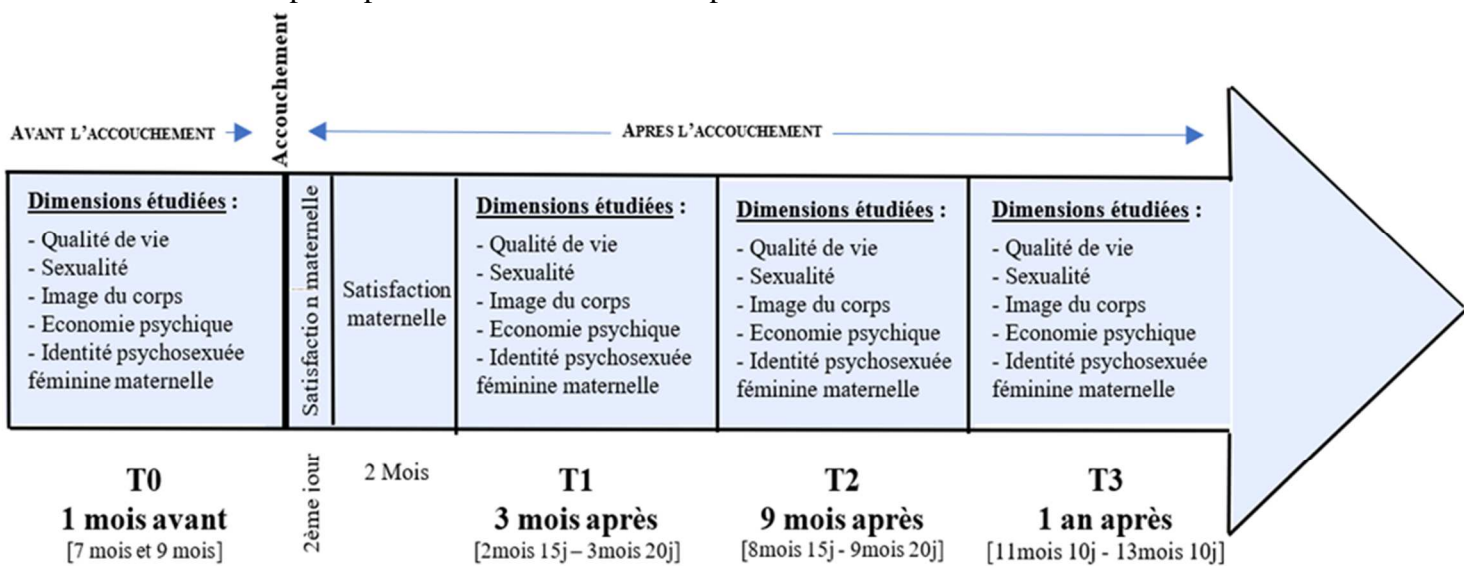


Tableau n°3 : Dimensions étudiées en fonction de l'approche longitudinale

1.2. Méthodes et outils

Après avoir établi les grands critères sous-jacents à l'établissement de notre protocole de recherche, nous souhaitons effectuer une présentation des méthodes et outils employés. Aussi, nous présentons premièrement une justification des raisons nous ayant poussé à adopter une approche quantitative et qualitative simultanée. Puis, un deuxième point est consacré aux outils utilisés dans notre recherche. Enfin, nous proposons une version synthétique de notre protocole d'étude final afin de faciliter la compréhension du lecteur.

1.2.1 Choix des méthodes d'évaluation : intérêt d'une double approche quantitative et qualitative

Dans le point précédent, nous avons décrit le sous-bassement théorique de notre approche méthodologique en montrant que notre étude associe une approche populationnelle (comparative/quantitative) avec une approche individuelle du sujet (longitudinale/qualitative). Cette volonté d'associer une approche qualitative et quantitative s'est également retrouvée au travers de la sélection des outils et méthodes d'analyse que nous avons employés. Ici, nous souhaitons donc premièrement préciser les enjeux de ces approches intégratives et ensuite présenter les dimensions étudiées par le biais de notre approche méthodologique multidimensionnelle.

✓ L'intérêt d'une approche méthodologique multidimensionnelle

Le positionnement que nous avons adopté au sein de cette étude se situe à l'interface de deux approches habituellement opposées. D'une part, la dimension exploratoire et comparative de notre recherche nous a enjoint à utiliser une approche populationnelle quantitative. D'autre part, notre approche longitudinale a induit l'emploi d'une méthode qualitative basée sur l'étude de l'individualité. L'association de ces deux méthodes a permis l'émergence d'une méthodologie en deux temps visant tout d'abord à isoler les grandes tendances factorielles liées à l'impact psychique de l'épisiotomie, puis dans un deuxième temps, de proposer une évaluation qualitative de ces facteurs par le biais d'une étude longitudinale des processus psychiques saillants.

Cette intrication méthodologique s'est aussi retrouvée dans le choix de nos outils. Effectivement, l'emploi d'une démarche quantitative (comparative) n'est généralement pas favorisé par notre champ disciplinaire, dont le parcours est surtout marqué par la publication d'études de cas et leurs avatars (signe de la démarche clinico-théorique spécifique de notre champ professionnel). Pour autant, à l'instar du positionnement de Widlöcher (1999), Dollander et de Tychev (2002, 2010) ou encore de Tychev et Lighezzolo-Alnot (2004) nous pensons que l'opposition des perspectives de recherche qualitative et quantitative gagnerait à être dépassée. Cela, afin de proposer un travail permettant d'isoler certaines dimensions essentielles tout en restant à l'écoute de la subjectivité des patientes rencontrées (*ibid.*). Nous pensons donc à l'instar de Tychev et Lighezzolo-Alnot (2004) que toute perspective méthodologique intégrative est «*féconde pour le clinicien ouvert à une méthodologie d'investigation multidimensionnelle*». Nous avons donc priorisé cette approche méthodologique en procédant à une analyse ouverte sur la diversité des outils, intégrant ainsi une évaluation quantitative et qualitative que nous présentons dans le point suivant.

Formalisation des dimensions quantitatives et qualitatives évaluées

Dans la continuité de ce positionnement plaidant en faveur d'une approche psychodynamique multidimensionnelle, nous avons associé deux types d'outils. D'une part, nous avons souhaité nous appuyer sur des outils quantitatifs à l'instar des questionnaires dont la particularité est de permettre une formalisation rapide et quantitative de certaines dimensions testées par nos hypothèses. D'autre part, en rappelant que la clinique s'étaye avant tout sur une démarche de rencontre interindividuelle et intersubjective, nous avons choisi d'utiliser d'autres

outils comme l'entretien clinique, pour lesquels la dimension qualitative est centrale. Enfin, nous avons souhaité employer le test de Rorschach car la grande richesse de cet outil projectif associe à la fois une lecture quantitative et une lecture qualitative utile à l'appréhension des processus inconscients du sujet. L'ensemble des aspects quantitatifs et qualitatifs sous-tendus par les outils que nous avons employés est résumé au sein du tableau suivant :

Approche Quantitative	Approche Qualitative
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Rorschach</u> (psychogramme) • <u>Questionnaires</u> <ul style="list-style-type: none"> - SF 36 - EPDS - QIC - CPQ-FV - WOMBLS Q4 - Traumaq 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Rorschach</u> <ul style="list-style-type: none"> - Grille de représentation de soi - Grille des relations d'objet - Grille de symbolisation de Cassier - ... • <u>Entretiens</u> <ul style="list-style-type: none"> - Entretien libre - Entretien semi-directif de recherche - IRMAN - IRMAG

Tableau n°4 : Classifications des outils en fonction de l'approche méthodologique associée

1.2.2. Présentation des outils : entretiens cliniques, test de Rorschach et questionnaires

L'ensemble des outils que nous avons utilisés obéit à des principes méthodologiques spécifiques qu'il est nécessaire de présenter. Pour chaque outil de notre étude, nous avons donc recensé les raisons justifiant son emploi, ses critères de validité et de passation, les dimensions potentiellement étudiées ainsi que les indicateurs d'évaluation, de cotation et d'interprétation qui lui sont spécifiques. Le premier groupe d'outil présenté est le groupe des entretiens cliniques. Puis, un second point est consacré au test de Rorschach. Enfin, une dernière séquence porte sur l'utilisation des questionnaires dont la diversité est présentée avec précision.

- ✓ Les entretiens cliniques : Entretiens Semi-Directifs de Recherche (E.S.D.R.) et Entretien libre (E.L.)

La méthode de l'entretien est une méthode de recueil de donnée très utilisée en sciences humaines car elle se base sur une technique qui est « *particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux évènements dont ils ont pu*

être les témoins actifs ; lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent. Elle aura pour spécificité de rapporter les idées à l'expérience du sujet. Elle donne accès à des idées incarnées et non pas préfabriquées, à ce qui constitue les idées en croyance et qui, pour cette raison, seront dotées d'une certaine stabilité » (Blanchet et Gotman, 1992, p. 27). Appliquées à la psychologie clinique, ces dispositions ont fait de l'entretien le principal outil du psychologue clinicien. Utilisé dans une perspective de recherche, l'entretien clinique est aussi considéré comme la méthode la plus pertinente lorsqu'il est question d'accéder à la subjectivité du sujet (Pédinielli et Rouan, 1998, 2003). Effectivement, en favorisant la production langagière du sujet, il permet de « *respecter le cadre de référence du sujet, de l'aider à exprimer sa façon de voir, ses émotions, ses sentiments, en se gardant de toute évaluation, de tout jugement ou de toute discussion »* (Castarède, 1983, 2002, p.123).

L'obtention des données obtenues par le biais de l'entretien clinique de recherche nous a permis d'avoir accès « *à l'histoire des sujets, [...] leurs stratégies défensives (mécanismes de défense), [...] l'analyse des processus psychopathologiques, [l'étude] des conflits et dans la référence au sujet de l'inconscient »* (Pédinielli et Rouan, 1998, 2003 p.100). De même, au travers de l'expérience de la rencontre, nous avons pu être le témoin du vécu émotionnel et affectif exprimé par les participantes. Sur ce point, une dernière précision est nécessaire. Effectivement, habituellement l'entretien clinique est articulé autour de la demande (consciente et inconsciente) du patient. Dans le cas d'un entretien clinique de recherche, il y a une collusion des demandes de la part du chercheur et du participant. Nous avons donc tenté d'intégrer cet aspect réflexif à notre démarche tout en restant sensible aux modalités transféro-contre-transférentielles spécifiquement induites par notre cadre d'étude.

Au sein de notre méthodologie, différents types d'entretiens ont été réalisés. Actuellement, nos classifications soulignent l'existence de plusieurs formes d'entretiens cliniques de recherche (Castarède, 1983, 2017). Il existe ainsi *l'entretien en profondeur* correspondant à un *entretien libre*, *l'entretien à réponses libres* correspondant à *l'entretien semi-directif de recherche* et enfin *l'entretien à questions ouvertes et fermées* correspondant à *l'entretien dirigé*. Notre volonté étant de laisser les participantes s'énoncer sans trop de difficultés, nous avons exclu d'emblée l'idée d'utiliser un entretien directif. Ensuite, nous avons décidé d'employer au cours de notre méthodologie, à la fois un entretien dit "libre" à T₃, mais aussi deux types d'entretiens semi-directifs. Nous avons donc employé trois entretiens que nous

avons construits et deux grilles d'entretien déjà existantes (IRMAG-R et IRMAN-R créés par Ammaniti et al.) et dont l'emploi s'est diffusé au sein des temps d'évaluation T₀, T₁ et T₂.

Dans un second temps, nous avons également choisi de nous appuyer sur un entretien libre. Les raisons nous ayant poussé à choisir cette modalité d'évaluation sont inhérentes à son statut. En effet, employer cet outil revient à permettre au sujet de s'énoncer très librement en évoquant tout ce qui lui semble utile au sein de l'interaction. Cette liberté peut permettre l'évocation d'éléments spontanés et inattendus. Alors que l'entretien semi-directif de recherche, permet de discuter sur des thèmes bien spécifiques sélectionnés par le chercheur l'entretien libre laisse une totale liberté d'évocation que nous avons souhaité favoriser afin d'enrichir notre approche exploratoire d'aspects éventuels nécessaires à l'évaluation de nos hypothèses. Ces précisions effectuées, nous pouvons maintenant présenter la procédure de construction, sélection et passation des entretiens.

La construction d'un entretien semi-directif spécifique pour T₀, T₁, T₂ :

Lors de la construction de notre méthodologie, nous avons décidé de construire un entretien semi-directif permettant d'aborder l'ensemble des dimensions nécessaires à l'étude de nos hypothèses. Cet entretien a été ensuite modulé en fonction des spécificités inhérentes à chaque période d'évaluation (T₀, T₁ et T₂) mais aussi en fonction des dimensions abordées par l'IRMAG et l'IRMAN (sachant que les entretiens que nous avons construits étaient formalisés pour précéder leur utilisation). Afin de construire ces grilles d'entretien, nous nous sommes appuyés sur *la méthode de construction de grille d'entretien* héritée de Ghiglione et Matalon (1978, 1998). Entre 2012 et 2013 nous avons donc mené des entretiens libres auprès de 2 femmes enceintes 1 mois avant l'accouchement, 3 mois après l'accouchement et 9 mois après l'accouchement. Pour chaque période, nous avons recueilli les dimensions évoquées spontanément via une analyse de contenu basée sur une méthode de catégorisation des contenus (Ghiglione et Matalon, 1978, 1998). Par la suite, nous avons ajouté une première dimension d'accroche facilitant la mise en place de l'entretien. Par exemple, la première dimension de l'entretien T₀ porte sur l'ensemble des caractéristiques socio-économiques du sujet alors que les temps T₁ et T₂ abordent plutôt le registre émotionnel et les changements actuels (car la parole est à ce moment-là facilitée par l'engagement des participantes). Enfin, en fonction de nos hypothèses, nous avons pu ajouter certaines dimensions comme le stress et l'anxiété ou encore le vécu lié à la féminité et la maternité.

Ainsi, en excluant les dimensions déjà présentes au sein des entretiens IRMAG et IRMAN (dont l'emploi était utilisé en parallèle de ces grilles d'entretien), nous avons retenu à T₀ les dimensions suivantes : *Qualité de vie matérielle ; Qualité de vie physique et santé ; Economie psychique du sujet et auto-perception ; L'identité psychosexuée ; Image du corps*. Ces dimensions organisées en sous-thèmes sont regroupées au sein de la grille d'entretien semi-directif de T₀ que nous avons placée en annexe (Tome 1, Annexe 2). Ensuite, toujours suivant le même procédé, nous avons retenu à T₁ les dimensions suivantes : *Situation actuelle ; L'accouchement ; Conséquences éventuelles de l'accouchement ; L'enfant ; Articulations du féminin et maternel ; Economie psychique*. L'organisation de ces dimensions nous ayant permis de réaliser nos entretiens 3 mois après l'accouchement (T₁) est placée en annexe (Tome 1, Annexe 3). Enfin, nous avons retenu à T₂ les dimensions suivantes : *Situation actuelle ; L'identité Maternelle et l'enfant ; L'enfant ; Articulations du féminin et maternel 9 mois après l'accouchement ; Vécu post-accouchement ; Economie psychique*. Comprenant généralement moins de dimensions, les productions de l'entretien semi-directif de recherche à T₂, que nous avons placé en annexe (Tome 1, Annexe 4), sont en général plus courtes. Pour finir, nous tenons à préciser que ces dimensions ont été intuitivement organisées en fonction de l'organisation des structures narratives que nous avons pu observer au cours de nombreux échanges avec les patientes que nous avons rencontrées en présence de Sylvie de Lavergne au début de notre immersion au cours de la Polyclinique Majorelle.

L'utilisation d'un entretien libre à T₃

Comme nous l'avons précisé, nous avons souhaité intégrer à notre méthodologie l'emploi d'un entretien libre à T₃ (1 an après l'accouchement). Ce choix s'est appuyé sur le fait que l'expérience subjective de chaque participante et la redondance des rendez-vous ne permettait plus de réaliser un entretien semi-directif de recherche à cette période. Chaque femme ayant en effet tendance à dérouler son histoire personnelle au cours des précédents rendez-vous, il ne faut pas oublier qu'elle s'appuie ensuite sur ces aspects pour développer de nouvelles productions de discours. Aussi, afin de garder une grande spontanéité 1 an après l'accouchement, et considérant que cet entretien abordait au besoin les dimensions déjà questionnées précédemment par les entretiens semi-directifs, nous avons pris la décision de réaliser un entretien clinique libre commençant par la question "*Comment allez-vous*". Malgré cette liberté, nous y avons gardé notre perspective de recherche et il est possible que nous ayons orienté toutefois certaines questions de manière spontanées à la manière du procédé que nous utilisons régulièrement dans notre pratique clinique en CMP.

L'I.R.M.A.G.-R : l'Interview des Représentations Maternelles au cours de la Grossesse

En parallèle de la construction du premier entretien semi-directif de recherche initié à T₀, le premier outil que nous avons sélectionné est une grille d'entretien nommée IRMAG-R. Créé par Ammaniti et al (1992 ; 1999), cette grille a depuis lors été améliorée et révisée intégrant dorénavant cinq nouvelles questions par rapport à l'ancienne version (IRMAG) (Ammaniti et Tambelli, 2010 ; Ammaniti et al., 2013). La version initiale de cet entretien (IRMAG) est aujourd'hui toujours disponible dans un ouvrage traduit en Français et publié en 1999 (Ammaniti et al., 1999). En revanche, l'IRMAG-R n'est pas disponible dans la littérature scientifique et il n'en existe pas non plus de version française révisée. Nous avons donc contacté le Pr Ammaniti qui nous a à la fois donné l'autorisation d'employer cet outil, puis envoyé l'IRMAG-R dans sa version anglaise. A sa lecture, nous avons constaté que l'IRMAG-R comportait seulement 6 questions supplémentaires (dont une liée à la passation de la grille d'évaluation 6 et 7) et l'ajout de 5 sous-questions subsidiaires (Ammaniti et al., 1999). Aussi, après avoir obtenu l'autorisation de traduire ces phrases en français par le Pr Ammaniti⁵⁸ puis une seconde autorisation nous permettant d'utiliser cette version traduite au sein de notre recherche, nous avons pu utiliser une version française de l'IRMAG-R que nous plaçons en annexe (Tome1, Annexe 5).

En s'appuyant sur la définition des représentations de Stern définies comme « *toutes les fantaisies de la mère, ses peurs, ses désirs, ses distorsions, ses perceptions sélectives et attributions* » (Stern et Robert-Tissot, 1989, cités par Broder, 2006), l'IRMAG-R a pour but de « *stimuler le discours narratif des femmes enceintes sur leur expérience de grossesse et le fait de devenir mère* » (Ammaniti et al., 2013 p. 3). La principale caractéristique de cet entretien est de ne pas être structuré en fonction du contenu mais en fonction de l'organisation d'une structure narrative spécifique à l'énonciation des femmes enceintes pendant la grossesse (Ammaniti et al., 1992 ; Ammaniti et al., 1999 ; Ammaniti et al., 2013). L'IRMAG-R est donc un entretien semi-structuré composé de 45 questions portant sur 6 grandes dimensions « *(a) le désir d'enfant pour la femme et le couple ; (b) les réactions émotionnelles de la femme, du couple et des autres membres de la famille à la grossesse ; (c) les émotions et les changements dans la vie de la femme, dans la vie du couple, et par rapport aux origines familiales pendant la grossesse ; (d) les perceptions, les émotions positives et négatives, les fantasmes maternels*

⁵⁸ Cette traduction a été réalisée en fonction des règles usuelles en la matière soit : une traduction en double aveugle réalisée par deux traducteurs dont l'anglais est la langue maternelle et parlant couramment français. Puis avec notre directrice de thèse, nous avons validé la version la plus adéquate en ajoutant à la marge certaines corrections.

et paternels, et l'espace psychique dévolu à l'enfant internalisé ; (e) les attentes futures et les changements de vie possible ; (f) l'histoire personnelle » (Ammaniti et al., 2013).

Au niveau de sa passation, cet outil est fastidieux en termes de longueur de passation (1h30 à 2h si toutes les sous-dimensions des questions sont abordées). En revanche, sa longueur est contrebalancée par sa construction fluide abordant l'ensemble des dimensions de la constellation maternelle (Stern, 1995). Contrairement à l'entretien -R- de Stern qui est un entretien dirigé complété par des questions en oui/non et des questions à choix multiples de type Lickert (Qayoom-Boulvain et al., 2012), l'IRMAG-R permet une grande souplesse de l'énonciation et un réel échange basé sur la notion de témoignage. En dépit d'une formulation de questions déjà établie, son maniement permet donc la production d'un discours libre et complet.

Dans les faits, nous avons choisi d'aborder cet entretien avec une certaine souplesse, ne posant donc pas forcément toutes les questions ou les dimensions ayant déjà été abordées par l'entretien semi-directif de recherche initial. Nous avons par ailleurs accentué l'attention sur les représentations de l'accouchement pour obtenir un discours plus fourni sur cet aspect (Tome1, question 16, Annexe 5). Quelques fois, certaines participantes ont suivi une structure narrative différente de celle de l'IRMAG-R. Dans ces situations nous avons bien évidemment respecté l'énonciation des participantes et leur structure narrative. Le respect de cette fluidité s'observe aussi dans la conduite des questions de l'entretien qui peut parfois être modifié en fonction de l'énonciation de la participante et ce, dans le but d'obtenir un entretien le plus naturel possible effaçant par sa spontanéité la dimension semi-dirigée.

Enfin, il est important de préciser que l'IRMAG-R possède aussi sept grilles d'évaluations que nous présentons en Annexe (Tome1, Annexe 6). Ces grilles présentent une liste de 17 adjectifs sémantiquement opposés (ex : ordonné ; désordonné) et par ailleurs, il est possible que d'autres adjectifs puissent être ajoutés en fonction des intentions de la participante. Cette différenciation sémantique (Osgood, Suci, et Tannembaum, 1957) proche de la grille sémantique associée à l'entretien -R- de Stern (Qayoom-Boulvain et al., 2012) permet alors d'explorer 7 catégories de représentations (*l'enfant à naître, soi en tant que mère, soi en tant que femme, caractéristiques du compagnon, caractéristiques du compagnon vu en tant que père, la grand-mère maternelle et le grand-père maternel*). Ces grilles peuvent être réalisées lors de la passation ou indépendamment (Ilicali et Fisel, 2004 ; Ammaniti et al., 2013). Pour finir, il est important de préciser qu'une validation de l'IRMAG-R a été publiée en 2013

(Ammaniti et al., 2013). Enfin, l'IRMAG et sa version révisée l'IRMAG-R a été utilisé dans plusieurs études possédant une méthodologie quantitative (Viaux-Savelon et al., 2007 ; Camara et al., 2012 ; Viaux-Savelon et al., 2014) ou qualitative (Broder, 2006 ; Tripani et al., 2015). Son emploi a donc montré son utilité dans l'évaluation des états psychiques maternels.

Au sein de notre protocole de recherche, nous n'avons pas utilisé la méthodologie de cotation des représentations proposée par Ammaniti et al (1999 ; 2013). De même, les grilles ont été réalisées mais ne seront pas spécifiquement côtées dans ce travail de recherche. L'ensemble de ces aspects sera utilisé à la marge de nos analyses qualitatives ou pour affiner nos résultats ultérieurs au sein d'études complémentaires. L'analyse de cet entretien sera donc basée sur la même méthodologie que celle de tous les autres entretiens (semi-directifs et libres) et nous la présentons à la fin de ce point. Nous pouvons toutefois souligner que nous avons plutôt retenu cet outil pour sa structuration fluide et l'extrême variété des contenus proposés ce qui nous a permis de réaliser des entretiens standardisés sans que cela n'ait impacté le naturel des participantes rencontrées. L'IRMAG-R a donc été réalisé au cours de l'évaluation initiale des participantes à T₀.

L'I.R.M.A.N.-R : L'Interview des Représentations Maternelles après la Naissance

Construit comme le pendant postnatal de l'IRMAG-R, l'Interview des Représentations Maternelles après la naissance - version révisée (IRMAN-R) obéit aux mêmes règles méthodologiques ayant structuré sa création, sous la dénomination IRMAN en 1999 (Ammaniti et al., 1999). Il permet l'étude des représentations maternelles en postnatal (Ammaniti et al., 2000). Par la suite, une version révisée a été construite intégrant de nouveaux items et notamment la dimension paternelle jusqu'alors laissée pour compte dans les versions initiales. Cette version a été validée en 2010 (Ammaniti et Tambelli, 2010) puis en 2013 (Ammaniti et al., 2013) montrant ainsi la continuité des représentations étudiées entre l'entretien prénatal (IRMAG-R) et post-natal (IRMAN-R). Depuis, cet outil a par exemple été utilisé pour étudier les interactions nourricières postnatales (Tambelli et al., 2014) ou des situations difficiles comme le gastroschisis (Tripani et al., 2015).

Actuellement il n'existe pas de version diffusée de l'IRMAN ni de l'IRMAN-R. Après une prise de contact avec le Pr Ammaniti et sa collègue le Pr Odorisio, nous avons obtenu l'autorisation de pouvoir premièrement traduire l'IRMAN-R dont l'unique version actuelle était

en Italien. Avec une collègue infirmière et un résident français bilingue italien/français⁵⁹ nous avons réalisé une traduction de ce texte qui a ensuite été corrigée et testé auprès de 2 femmes ce qui a mené à une validation de son emploi⁶⁰. Cette version traduite qui est celle que nous avons employée durant notre étude est placée en annexe (Tome1, Annexe 7). Suite à la réalisation de cette traduction dont la version finale a été également envoyée et validée par les auteurs, nous avons obtenu l'autorisation d'utiliser l'IRMAN-R au sein de notre étude.

Dans sa forme actuelle, l'IRMAN-R est donc composé de 32 questions structurées en dimensions étudiant « *les changements pouvant survenir au niveau des représentations de la femme, celles qu'elle porte sur elle en tant que mère, et celles portant sur son enfant après la naissance de son enfant en fonction des domaines suivant : événements du quotidien concernant les interactions mère-enfant durant les premiers mois de la vie de l'enfant (naissance, retour à la maison, construction de l'espace dévolu à l'enfant, le maternage au quotidien, le nourrissage, le sommeil et les séparations) ; les perceptions, émotions, les fantasmes maternels, paternels et familiaux entourant l'enfant et les attentes futures et les modifications de vie* » (Tambelli et al., 2014 p. 381). L'emploi de l'IRMAN-R est donc complémentaire de celui de l'IRMAG-R, et il suit également une structuration narrative spécifique permettant une fluidité de l'énonciation des parturientes. Enfin, la passation de l'IRMAN-R inclut également les 7 mêmes grilles d'évaluation basées sur une dichotomie sémantique utilisée avec l'IRMAG-R. Leur version post-natale est disponible en annexe (Tome1, Annexe 8).

L'emploi de l'IRMAN-R a été utilisé 3 mois après l'accouchement ce qui constituait à notre sens la meilleure période pour mobiliser l'ensemble des représentations souhaitées. Comme pour l'IRMAG-R, nous n'avons pas utilisé les modalités d'analyse de l'IRMAN-R proposées par Ammaniti et al. (1999)⁶¹. De même, nous n'avons pas analysé (sauf à la marge d'une réflexion qualitative) les résultats obtenus aux grilles dichotomiques. Nous avons donc plutôt retenu l'IRMAN-R pour sa grande fluidité permettant d'obtenir une version standardisée des dimensions abordées tout en gardant un naturel interrelationnel avec les participantes de

⁵⁹ Nous remercions très chaleureusement Sonia Barbier-Ciciarelli infirmière de spécialité psychiatrique de nous avoir aidé dans cette entreprise de traduction. Nous remercions également Mme le Pr Joelle Lighezzolo-Alnot pour ses corrections judicieuses. Enfin, nous remercions Cristian Lucas Rignanese pour avoir enfin apporté son concours avisé au cours de ce processus.

⁶⁰ Les modalités de traduction ont suivi les mêmes règles que celle de l'IRMAG-R soit une double traduction réalisée par deux professionnels de la santé psychique bilingues ensuite amendée à la marge par nos soins.

⁶¹ Nous tenons à préciser à la demande de Pr Ammaniti que l'utilisation, la diffusion et la copie de l'IRMAN-R et l'IRMAG-R est strictement soumise à l'autorisation de l'auteur.

notre étude. L'utilisation de l'IRMAN-R a été réalisée pour toutes les patientes 3 mois après l'accouchement (T₁).

Modalités de retranscription et d'analyse de l'ensemble des entretiens

Pour finaliser cette partie consacrée aux entretiens cliniques de notre étude, nous souhaitons tout d'abord préciser les modalités d'obtention des données d'analyse de l'ensemble des entretiens que nous avons obtenus (6 par patiente). Tout d'abord, la réalisation de ces rencontres discursives s'est déroulée au sein d'un bureau mis à disposition par la Polyclinique Majorelle ou au besoin ou à la demande de la participante à domicile. Toutes ces rencontres ont été enregistrées à l'aide d'un smartphone (après avoir recueilli leur accord). Sur les 43 protocoles de patientes, nous en avons retranscrit 36 et quatre transpositeurs supplémentaires nous ont épaulé dans la retranscription des 7 participantes restantes⁶² ainsi que leur relecture. Les entretiens ont été retranscrits au mot à mot et l'ensemble de ces retranscriptions est présenté dans le document d'annexes cliniques (Tome 2).

Les modalités d'analyse de ces entretiens se sont appuyées sur deux axes. Le premier axe d'analyse fait écho aux enjeux spécifiques de notre approche exploratoire. Il consiste alors à pouvoir relever dans un premier temps l'ensemble des variables potentielles ayant une influence sur le vécu des participantes. Pour être standardisée, cette démarche a nécessité la construction d'une grille d'analyse que nous plaçons en annexe (Tome 1, Annexe 9). Cette grille a été indifféremment appliquée à l'ensemble des entretiens réalisés sans distinction spécifique. Elle est toutefois catégorisée en quatre parties : *informations générales* ; *variable du pré-partum* ; *variables accouchement* et une partie *variable post-partum* construite sous forme d'un tableau différenciant T₁, T₂ et T₃. La grille d'entretien s'appuie donc sur la sélection de plusieurs variables pour lesquelles une description est nécessaire notamment pour saisir les modalités de l'appréhension statistique qui leurs sont respectivement associées :

Les *variables quantitatives* comme l'âge ou le poids de l'enfant ont directement été relevées dans le discours des participantes.

Concernant les *variables nominales*, il s'agit majoritairement de réponses dichotomiques en oui/non. Par exemple elles peuvent concerner le mode de procréation : (P.M.A. : oui/non) ou le type d'accouchement (ex : épisiotomie, césarienne, déchirures et voie basse simple). D'autres variables nominales plus complexes ont intégré une évaluation

⁶² Nous remercions par ailleurs chaleureusement Isabelle Dumand, Sophie Gueypéy, Mélanie Rivat et Lolita Baesel pour leur aide précieuse sans laquelle nous n'aurions pas pu remettre ce manuscrit dans les temps impartis.

subjective de notre part et la mise en place de plusieurs catégories de variables nominales comme pour la relation à l'enfant (Relation à l'enfant : (Persécutrice / distante / ambivalente / positive)). Au niveau statistique, ces variables pourront au besoin être transformées en variables catégorielles afin de faciliter les modalités de nos analyses multivariées.

Les *variables catégorielles* de notre grille d'entretien font appel à des classifications subjectives que nous pouvons organiser sur une échelle de type Lickert. Aussi, elles peuvent par exemple être classée par ordre de sévérité de 1 à 3 ou par ordre de présence temporelle de 1 à 5 (ex : Investissement corporel (affirmé / mesuré / désinvesti)). Leur emploi a permis une approche plus fine des variables impliquées dans notre étude statistique.

Enfin, une seule *variable d'intervalle* sera employée. Elle concerne particulièrement le degré de déchirure (*simple ou sévère*). Par ailleurs certaines variables nominales sont déterminées en fonction de la période d'évaluation (T₁, T₂ ou T₃). Au besoin ces dernières ont donc été appréhendées dans notre analyse comme des variables d'intervalle.

Pour finir, il faut préciser que les positionnements que nous avons adoptés dans la codification de ces variables se sont appuyés sur une codification précise lorsque nous devons proposer une interprétation subjective des états psychiques des participantes (ex : l'évaluation du lien à l'image du corps). Cette codification s'appuie à la fois sur les codifications nosographiques en vigueur auxquelles nous avons ajouté d'autres aspects mis en évidence par l'approche psychodynamique. L'ensemble de ces codifications est présenté dans le tableau situé à la page suivante :

<u>Items de la grille d'entretien</u>	<u>Caractéristiques nécessaires pour considérer l'item comme Valide</u>
Présence de signes d'anxiété ou de stress	<ul style="list-style-type: none"> - Expression spécifique de la participante - Eléments diagnostiques DSMV (A.P.A. 2013) - Ressenti contre-transférentiel spécifique verbalisé par l'interviewer <i>ex</i> : "je vous sens stressée ; je vous sens inquiète"
Vécu difficile et angoissant lié au corps	<ul style="list-style-type: none"> - Désinvestissement ou négation du corps/féminité - Vécu critique par rapport à son propre corps - Craintes spécifiques de non-maitrise corporelle - Peur corporelles, fantasmes de déchirement - Se sentir peu désirable - Exprimer vivre mal les changements corporels de la grossesse - Exprimer un sentiment d'étrangeté face à la grossesse et l'enfant (<i>ex</i> : "c'est comme dans Alien"). - Dépersonnalisation ou vécu d'étrangeté lié au corps - Vivre l'enfant comme agresseur par rapport au corps (<i>ex</i> : "il m'a déchiré", "il a envie de me faire mal quand il tète") - Être entravée dans la vie quotidienne par des symptômes corporels (<i>ex</i> : "je ne peux pas me déplacer ; je ne peux qu'uriner sous la douche") - Enonciation de vellétés de changement empêchées (<i>ex</i> : "j'aimerais bien reprendre soin de moi mais je n'ai pas le temps et je me néglige") - ...
Angoisses liées aux conséquences du mode d'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> - Présence de fantasmes de déchirement (<i>ex</i> : "j'ai peur que ça se réouvre") - Présence de rêve mettant en scène une attaque du corps ou un défaut de contenance - Présence d'un fantasme de perte de contenance sexuel (<i>ex</i> : "il ne ressentira plus la même chose après, ce sera trop large") - Peur de ne plus ressentir de sensations "comme avant" - Peur de ne plus être désirable suite à l'accouchement (et pas la grossesse) - Peur d'avoir mal ou de souffrir dans une situation impliquant une zone touchée par l'accouchement - ...
Expression traumatique liée à l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> - Critères symptomatologiques proposés par le DSMV (A.P.A., 2013). (<i>Ex</i> : souvenirs répétitifs, rêves récurrents, réactions dissociatives, sensations de détresse intense, réactivité face aux indices externes, évitements, dépersonnalisation...) - Appréciation psychodynamique spécifique liée à la facture globale du protocole
Présence d'affects dépressifs	<ul style="list-style-type: none"> - Critères symptomatologiques proposés par le DSMV (A.P.A., 2013). (<i>Ex</i> : tristesse, évocation de solitude, impuissance, pleurs, anhédonie, troubles du sommeil et de l'alimentation, culpabilité, pensées de mort...) - Appréciation psychodynamique spécifique liée à la facture globale du protocole

Tableau n°5 : Éléments de cotations des items de la grille d'entretien

Un second axe d'analyse tout aussi important correspond aux analyses que nous avons réalisées à posteriori de l'analyse exploratoire de notre étude. Le but de ce travail a été de compléter par le biais d'une approche méthodologique descriptive les éléments révélés par notre méthode exploratoire. Autrement dit, nous avons affiné les résultats exploratoires de notre étude en proposant une explication qualitative fine de ces résultats. Cette démarche s'est appuyée sur une analyse psychodynamique basée sur l'interprétation du discours de la participante. Elle correspond donc à l'étude des processus psychiques inconscients sous-jacents à l'énonciation du sujet pouvant être réalisées de manière spontanée et ce, en fonction des situations cliniques que nous avons abordé. Basé sur nos orientations théoriques psychodynamiques, ce deuxième temps d'analyse est donc implémenté à l'ensemble des tentatives d'explications des facteurs considérés comme d'éventuelles conséquences psychiques de l'épisiotomie.

✓ Le test de Rorschach : une approche quantitative et qualitative

Afin de présenter l'utilisation de cet outil projectif complexe, nous avons divisé cette partie en plusieurs points. Une première section est tout d'abord consacrée au fonctionnement projectif du test de Rorschach. Puis, une seconde séquence est dévolue aux contenus latents de chaque planche dont l'utilité s'est affirmée au cours de nos analyses qualitatives. Ensuite, dans un troisième temps, nous précisons les modalités de passation du test de Rorschach que nous avons utilisées au cours de notre recherche. Puis, il sera question des deux axes d'analyse (qualitatifs et quantitatifs) que nous avons employés au cours de notre recherche. Enfin, pour plus de lisibilité, nous avons décidé de construire une dernière partie permettant de regrouper par thème/dimension étudié(e) les indicateurs que nous avons préférentiellement sollicités.

Stimulation du système projectif et Rorschach : pulsion et en(je)u

Le test de Rorschach a été créé en 1921. Comme tous les test projectifs, il s'appuie sur la notion de projection qui dans cette situation est définie comme « *une mise en jeu des organisateurs de l'activité de symbolisation au regard de l'excitation visuelle produite par les stimuli* » (Roussillon, 1997b, p.28). Par le biais du mécanisme de projection qu'il suscite, le test de Rorschach suscite une excitation pulsionnelle dont le trajet s'appuie sur les voies régrédientes de l'appareil psychique. Ce faisant, l'excitation pulsionnelle se charge des avatars de la construction psychique passée, comme de ses faillites et ces derniers se retrouvent médiatisés au sein de l'expression symbolisée énoncée par le sujet (Boekholt, 1996). Par ce

biais, l'énonciation produite par le stimulus visuel devient alors caractéristique de l'histoire consciente et inconsciente du sujet comme de sa subjectivité.

Le test de Rorschach étant un outil non figuratif (Anzieu et Chabert, 1965) il sollicite les conduites perceptives comme les conduites projectives. Il est donc important d'appréhender ces deux aspects avec précision. Au niveau des conduites perceptives, il est donc nécessaire de rappeler que le test de Rorschach se base sur l'appréhension visuelle de 10 planches dont les caractéristiques structurales peuvent être unitaires (I IV V VI IX), bilatérales (II III VII), mixte (VIII) ou encore éparpillée (X) (Chabert, 1983, 2012). Également, ces dix planches peuvent solliciter d'autres caractéristiques sensorielles. C'est pourquoi elles peuvent être catégorisées en planches achromatiques (I.IV.V.VI.VII.), planches rouges et noires (II III) et planches colorées (VIII IX X) (Chabert, 1983, 2012 p. 41). Le Rorschach s'appuie donc à la fois sur une situation projective individuelle mais aussi sur une situation perceptive généralisée. La rencontre entre ces deux dimensions parfois intrinsèquement liées a permis l'émergence d'un système de cotation basé sur le système perceptif (psychogramme) tout en y associant une réflexion qualitative basée sur les conduites projectives (représentation de soi, relation d'objet...). Nous allons présenter ces aspects employés au travers de notre analyse en nous portant premièrement sur le contenu latent de chaque planche.

Les contenus latents des planches du test de Rorschach

Chaque planche du test de Rorschach possède un percept faisant écho à un contenu latent spécifique. Ainsi, la **planche I** renvoie à la première confrontation avec l'objet, comme à la capacité du sujet à entrer en relation avec ce dernier (Rausch de Trautenberg, 1970, 2006). L'aspect compact de la planche peut aussi faire appel à l'image du corps (de Noose, 2017) ou encore l'imago maternelle (McCully 1971 ; Rausch de Trautenberg, 1970, 2006) notamment par le biais du grand détail central (Chabert, 1983, 2012).

La **planche II** fait écho à trois dimensions principales, l'élaboration de la violence, la sexualité et la capacité relationnelle (Rausch de Trautenberg, 1970, 2006, de Noose, 2017). La **planche III** fait référence aussi référence à l'identification (narcissique ou sexuée) mais aussi à la valence relationnelle du sujet (Rausch de Trautenberg, 1970, 2006 ; de Noose, 2017). En conséquence, même si cet aspect est peu discuté dans la littérature scientifique, nous rejoignons le point de vue de Monod (1963) ou Anzieu (1965) faisant également du contenu latent de la planche III celui du couple. Pour finir, nous tenions à préciser que la dimension creuse peut

également évoquer des dimensions féminines et/ou maternelles (Monod, 1963 ; Anzieu, 1965 ; de Noose, 2009 ; de Noose, 2017).

La **planche IV** fait référence à la notion de puissance (Rausch de Traubenberg, 1970, 2006 ; Chabert, 2018) et d'autorité (Anzieu, 1965). Même si certains auteurs se sont positionnés en faveur d'une valence paternelle pour cette planche (Monod, 1963 ; McCully, 1971), nous rejoignons plutôt le point de vue soutenu par Chabert (1983, 2012) ou de Noose (2017) soulignant que l'appréhension de la notion de puissance est associée à l'imgo maternel phallique ou paternel en fonction de l'avancée du développement psychosexuel.

La **planche V** fait référence à la représentation de soi intégrant de fait, l'intégrité psychique et physique (Rausch de Traubenberg, 1970, 2006). De surcroît, l'évocation de la réponse banale a été pour Anzieu pathognomonique de la capacité à faire preuve d'adaptation à la réalité (Anzieu, 1965).

De par ses évocations phalliques, la **planche VI** fait premièrement appel au symbolisme sexuel notamment masculin, mais aussi, dans une moindre mesure à la féminité (Rausch de Traubenberg, 1970, 2006 ; Chabert, 1983, 2012). En outre, elle peut renvoyer aux oppositions existant entre les valences actives/passives élaborées par le sujet (Rausch de Traubenberg, 1970, 2006 ; Chabert, 1983, 2012).

La **planche VII** fait appel au féminin et ses colorations telles que nous les avons présentées (Rausch de Traubenberg, 1970, 2006 ; Chabert, 1983, 2012 ; Richelle, 2017). De même la bilatéralité fait émerger des valences relationnelles spécifiques de la relation existant entre les identifications du féminin intériorisées et l'imgo maternel.

Apparaissant comme la première planche pastel, la **planche VIII** fait premièrement appel à l'adaptation sociale et à l'environnement (Monod, 1963 ; Anzieu, 1965 ; Rausch de Traubenberg, 1970, 2006 ; de Noose, 2017). En outre, il est souvent considéré que la banalité animale bilatérale soit le signe d'une identification narcissique du sujet. Enfin, Chabert y a noté l'évocation de contenus corporels faisant écho à l'image du corps du sujet.

La **planche IX** fait appel à la capacité de régression du sujet ou à défaut, à l'élaboration d'une pulsionnalité induite par les jeux de couleurs pastel (Rausch de Traubenberg, 1970, 2006). Toute cette tonalité régressive évoque alors les relations précoces, l'imgo maternel archaïque mais aussi l'évocation de la grossesse ou encore la naissance (Rausch de

Trautenberg, 1970, 2006 ; Richelle, 2017). Enfin, Monod (1963) ; Anzieu (1965) et McCully (1971) considèrent aussi que la planche IX permet d'évoquer la capacité d'être seul.

Enfin en tant que dernière planche du test, la **planche X** invoque la notion de séparation (Chabert, 1983, 2012 ; de Noose, 2017) et le morcellement (Anzieu, 1965 ; Rausch de Trautenberg, 1970, 2006). Elle est active particulièrement l'angoisse de morcellement notamment en cas d'attaque du corps ou lorsque les assises narcissiques du sujet sont fortement ébranlées.

Pour finir, il est important de préciser que la totalité des contenus latent de chaque planche, bien que portés par un large consensus au sein de l'école de Paris, n'est pas un donné intangible. Il est donc nécessaire de l'appréhender avec précaution. Néanmoins, l'ensemble de ces dimensions a été en partie mis au service de notre analyse qualitative d'orientation psychodynamique dont les principaux avatars sont présentés dans le dernier point de cet onglet. Il est maintenant nécessaire de présenter les conditions de passation et les modalités d'utilisation du test de Rorschach que nous avons employées au cours de notre étude.

Modalités de passation et utilisation du Rorschach en test-retest

La passation du test de Rorschach se base premièrement sur l'énonciation de la consigne suivante : « *Je vais vous montrer dix planches et vous me direz tout ce à quoi elles vous font penser, ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, dites tout ce qui vous vient à l'esprit en regardant les planches* » (Chabert, 1983, 2012 p.26). Au sein de notre recherche, nous avons essayé de respecter l'énonciation de cette consigne toute en gardant un certain naturel énonciatif et ce, pour des raisons de standardisation de notre approche. Bien évidemment, dans quelques situations et en fonction de la clinique du sujet il a été nécessaire d'adapter l'énonciation de la consigne. Dans ces situations particulières avons pu ajouter quelques explications supplémentaires ou précautions. Parfois, quelques traits d'humour visaient à entraver la stigmatisation médiatique de ce test. Enfin, au besoin, nous avons utilisé la métaphore du jeu des nuages afin de lever certaines défenses inhibitrices massives survenues lors de l'énonciation de la consigne.

La passation que nous avons réalisée se découpe en quatre temps distincts. Elle s'appuie premièrement sur l'énonciation des réponses du sujet aux dix planches du test. Puis, elle se poursuit par l'épreuve des choix et des rejets consistant à associer chaque image parentale à une planche du test (Bolzinger, 1969 ; Rausch de Trautenberg, 1970, 2006 ; de Tychev, 2012). Un troisième temps implique enfin la mise en place d'une phase d'enquête visant à préciser les

réponses apportées, leur localisations et certains déterminants ayant influencé la réponse comme la couleur ou l'appréhension de textures éventuelles voire de profondeurs (Rausch de Trautenberg, 1970, 2006). En outre, la phase d'enquête est aussi l'occasion d'évoquer d'éventuelles réponses additionnelles permises par une levée du refoulement. Pour finir, nous avons réalisé dans un quatrième et dernier temps, la passation associative du Rorschach consistant à réaliser un travail d'association libre portant sur chaque réponse (de Tychev et Lighezzolo, 1983 ; de Tychev et Lighezzolo, 1984).

L'ensemble de ce processus a premièrement été réalisé avant l'accouchement T_0 dans le but d'obtenir une photographie du fonctionnement psychique initial de chaque participante avant l'accouchement puis à T_2 afin d'observer les mêmes dimensions après l'accouchement.

L'évaluation initiale à T_0 a été généralement divisée en deux temps de rencontre. Nous avons donc préféré réaliser le Test de Rorschach au cours du second rendez-vous afin de bénéficier des prémices d'engagement relationnels mis en place lors de la première rencontre mais surtout après avoir réalisé la majorité des deux entretiens au premier rendez-vous (ce qui provoquait une certaine fatigue chez les participantes). Dès lors, au cours de ce deuxième rendez-vous, la passation du test de Rorschach était précédée d'une phase d'entretien courte visant à instaurer des conditions interpersonnelles favorables à la rencontre projective. Puis, après la réalisation du test, nous proposons systématiquement une phase d'échange permettant à la participante de s'extraire de la situation projective en douceur tout en verbalisant son ressenti éventuel par rapport à la situation projective.

L'évaluation à T_2 soit 9 mois après l'accouchement a été décidée sur la base de plusieurs arguments. Tout d'abord, nous avons trouvé important de minimiser les effets de récence en espaçant la passation retest T_2 de la passation initiale T_0 . Puis, nous avons également pensé au vécu des femmes en suite de couche 3 mois après l'accouchement, et nous avons considéré que leur disponibilité serait amoindrie du fait de la présence d'un enfant en bas-âge pour lequel des modalités de garde en cas de rendez-vous longs n'existent pas toujours. Enfin, les dimensions de nos hypothèses observées par le test de Rorschach sont également impactées par l'accouchement. Il nous semblait donc pertinent de ne pas trop rapprocher la passation du Rorschach de celle de l'accouchement⁶³. Nous avons donc programmé la passation du

⁶³ *Aujourd'hui, nous pensons que l'effet corporel du mode d'accouchement est un effet qui s'estompe dans le temps. Avec le recul apporté par notre recherche, nous trouvons à contrario plus pertinent de favoriser une évaluation plus rapprochée de l'accouchement et par exemple vers la fin du post-partum à 3 mois.*

Rorschach à 9 mois en l'associant à l'entretien semi-directif de recherche que nous avons construit pour le T₂.

Modalités d'analyse quantitative du Rorschach : cotations, psychogrammes et indices

L'appréhension des résultats obtenus au test de Rorschach se base sur la méthodologie développée par l'école de Paris, également ponctuée des riches apports sémiologiques de l'école de Lausanne (Chagnon, 2013). Elle se découpe premièrement en un temps d'analyse quantitatif se basant sur la cotation du protocole et ensuite sur la réalisation du psychogramme que nous présentons dans ce point.

Au sein de l'École de Paris, l'analyse quantitative du Rorschach s'appuie tout d'abord sur la réalisation de la cotation du protocole. Cette cotation discrimine les localisations (où la réponse a été vue), les déterminants (ce qui a déterminé la réponse ex : couleur, forme) les contenus (quel est le contenu de la réponse ex : animal, humain) toutes trois mises en évidence par H. Rorschach (1953). Une quatrième catégorie a été par la suite ajoutée faisant référence à l'ensemble des indices qualitatifs que nous abordons dans le point suivant. L'ensemble des cotations à ces trois catégories s'appuie tout d'abord sur le travail récapitulatif mené par Beizman en 1966 (Beizman, 1966). Ces cotations ont toutes été réalisées de manière conjointe en présentiel avec le concours de Mlle Mélanie Rivat, psychologue clinicienne officiant au STEMO de la P.J.J. d'Épinal et co-auteure de l'article portant sur la réactualisation des normes au Rorschach publiée en 2012 (Tychev, de et al., 2012). Les désaccords potentiels ont été sanctionnés au prix de débats argumentés s'appuyant dans certains cas sur les propositions de cotations faites par Azoulay et al. (2012)⁶⁴. Enfin, dans certains cas nous avons sollicité Mme le Pr Joëlle Lighezzolo-Alnot en tant que directrice de thèse afin d'apporter un troisième avis éclairé dans certaines situations complexes (*ex : Peut-on considérer que Batman est une symbolisation agressive ?*).

A la suite de la cotation, nous avons donc construit le psychogramme du Rorschach reprenant l'ensemble des indicateurs quantitatifs nécessaires à l'étude des protocoles. Les données obtenues ont été comparées aux normes réactualisées dans l'étude menée par Tychev et al., (2012). L'ensemble des psychogrammes de chaque patiente est présent au sein du document annexe clinique (Tome 2). Par souci de concision, nous n'avons pas souhaité présenter l'ensemble des critères du psychogramme en rappelant que ce référentiel peut se

⁶⁴ Ces situations ont été peu fréquentes sachant que cet ouvrage s'est basé sur une population d'enfant et adolescent. Néanmoins, l'utilisation de cet ouvrage pouvait parfois être un bon indicateur en cas de doute concernant une bonne ou mauvaise forme.

retrouver au sein de l'ouvrage de Rausch de Traubenberg (1970, 2006) de Chabert (1983, 2017) ou encore Richelle et al. (2017). Néanmoins il semble pertinent de spécifier certains indicateurs que nous avons couramment employé dans nos analyses.

Ainsi, le **F%** (nombre de réponse formelles divisé par le nombre de réponse totale x 100) permet de rendre compte du niveau de l'imaginaire du sujet, alors que le **F+%** (nombre de bonnes réponses formelles additionné aux F+/- divisés par 2 divisé par le nombre total de F x 100) est un témoin du lien à la réalité et de la rigidification potentielle du système imaginaire (Rausch de Traubenberg, 1970, 2006). **Le nombre de K et k** (Kinesthésies et petites kinesthésies) est quant à lui l'expression de la richesse de l'investissement relationnel du sujet qui est généralement impacté à la baisse en cas de vécu dépressif (Chabert, 1983, 2012 ; Chabert 1987, 2012). Dans le même registre, le nombre de réponses incluant le déterminant **C'** (provoqué par une insistance du sujet sur l'aspect noir, gris ou blanc de la planche) est caractéristique de mouvements dépressifs (*ibid.*). Enfin, **PIA%** incluant l'ensemble des réponses de type Hd, Sexe Sang et Anatomique (Hd+sexe+sang+Anat x100/nombre de réponses) permet d'appréhender la valence prise par l'angoisse du sujet au sein de son protocole (de Tychev et al., 2012). D'autres indicateurs ont pu également être utilisés et nous avons précisé à chaque fois leur utilité.

Avant de conclure ce point, il est important de mentionner une précaution méthodologique. Effectivement, l'expérience clinique et les publications réalisées dans le domaine de la périnatalité montrent que les protocoles des femmes enceintes en prénatal et postnatal sont plutôt différents de ceux obtenus dans la population normale. Ainsi, Bellion (2001) mais aussi Belot (2014a) ont pu mettre l'accent sur l'importance prise par les réponses anatomique portant autour de la sexualité et l'anatomie féminine. De même, il semblerait que les femmes primipares présentent une valence anxieuse plus importante (27.14% chez les primipares) (Belot, 2014a). Tous ces aspects peuvent être par ailleurs reliés au phénomène d'ancrage corporel mis en évidence par Belot (2014b) et caractérisé par « *une expérience traumatique corporelle indiquée par l'effraction des limites et leur porosité* » (Minjollet et Valente, 2015 p.154). En l'absence d'une étude normée portant sur ces spécificités⁶⁵, il a donc été nécessaire d'intégrer ces aspects lors de notre appréhension quantitative du Rorschach. Nous avons toutefois noté que la procédure d'échantillonnage apparié en test-retest (mesures répétées à T₀ et T₁) nous a permis de nous focaliser sur la progression des indices quantitatifs gommant

⁶⁵ Une publication sur cet aspect est actuellement soumise à lecture en vue d'une publication scientifique.

ainsi la majorité des biais liés aux caractéristiques de populations étudiées par le test de Rorschach, et pour lequel il n'existe encore aujourd'hui que très peu d'études.

Modalités d'analyse qualitatives du Rorschach : Représentation de soi, relation d'objet, symbolisations, indice barrières pénétration...

L'analyse qualitative au Rorschach s'appuie sur une dynamique composée de nombreuses cotations spécifiques organisées en dimensions évaluées finement. Nous présentons tout d'abord succinctement la quatrième colonne des protocoles et ensuite les dimensions spécifiquement étudiées au sein de chaque protocole de Rorschach comme la grille de Représentation de soi, la grille de relation d'objet, la nature des angoisses, la dynamique des mécanismes de défenses, les réponses "choc" ou encore l'instabilité ou la stabilité du sujet. Chaque indicateur que nous présentons est ici également éclairé par une réflexion concernant la spécificité des protocoles réalisés au cours de la période périnatale.

Au Rorschach, les premiers temps de l'analyse qualitative se basent tout d'abord sur la construction de la quatrième colonne de cotation correspondant à l'ensemble des attributs qualitatifs des réponses (Chabert, 1983, 2012 ; Richelle, 2017). Cette colonne contient entre autres, les codifications correspondant aux réponses banales (signe de refoulement et d'adaptation), les réponses choc et d'autres attributs spécifiques que nous ne présentons pas par souci de concision.

Un des premier indicateur qu'il est utile de construire est la **grille de représentation de soi** initiée par Rausch de Traubenberg et Sanglade en 1984. Cette grille est construite sur la base d'une classification des contenus des réponses en fonction de leur intégrité (Rausch de Traubenberg et al., 1990) mais aussi, nous adhérons aux propositions consistant à hiérarchiser les contenus en fonction de leur qualité sexuées (Rausch de Traubenberg, 1970, 2006 ; de Tychey, 2014). En conséquence, l'intérêt premier de cette grille est de proposer une classification des contenus des réponses en fonction de l'état des assises narcissiques du sujet ainsi que du mode de présentation inhérent à son image du corps (Rausch de Traubenberg et Sanglade, 1984 ; Rausch de Traubenberg, 1990 ; de Tychey, 2014). Les fluctuations de ces réponses peuvent donc nous aider à appréhender certaines dimensions de nos hypothèses concernant l'image du corps ou encore la présence de traumatisme.

Un second indicateur concerne l'appréhension des valences relationnelles du sujet au travers de la réalisation d'une **grille de relation d'objet** (Rausch de Traubenberg et Sanglade, 1984 ; Rausch de Traubenberg, 1990). Cette grille a été par la suite soumise à une proposition

d'amélioration à laquelle nous souscrivons provenant des enseignements de M. le Pr de Tychey et dont la formalisation a été récemment présentée par Prudent et al. (2017). Cette proposition consiste à structurer les contenus en fonction de 5 niveaux préférentiellement investis par le mode d'appréhension structurel de la personnalité de l'individu. Pour chaque protocole une grille de relation d'objet basée sur l'intrication de ces deux méthodes complémentaires a donc été réalisée permettant d'appréhender entre-autres les éventuels retraits narcissiques signes d'un désinvestissement relationnel, ou encore les dynamiques de persécution/destruction souvent présentes au sein de protocoles paranoïaques, ou en cas de traumatismes entravant la capacité à entrer en relation avec autrui. Cet indicateur a été un outil très utile à nos analyses qualitatives.

D'autres indicateurs comme la **nature des angoisses** ou le **mode de présentation des mécanismes de défense du sujet** sont considérés les troisièmes et quatrièmes axes de l'analyse qualitative (Richelle, 2017b). Ils permettent à la fois d'appréhender les différentes difficultés vécues par le sujet mais aussi d'isoler les éventuelles stratégies psychoaffectives que ce dernier a pu employer pour y faire face (de Tychey, 1986). Dans ce contexte, le nombre de réponses "choc" (Choc R, Choc N, Choc M, Choc au blanc, Eq choc) permet tout d'abord d'appréhender d'éventuelles traces traumatiques sous-jacentes, de profondes difficultés psychiques ou une forte valence d'angoisse du sujet face au contenu latent de la planche (Rausch de Traubenberg, 1970, 2006). De même un nombre de réponse bas, la présence de la cotation "clob" ou encore une présence importante de petits détails (Dd) peuvent être les signes d'une angoisse prégnante chez le sujet (Richelle, 2017b). Sur ce point, nous souhaitons préciser que nous avons adopté la classification des angoisses au Rorschach proposée par de Tychey en 1986, elle-même ancrée au sein de la théorie structuraliste bergeretienne (1974, 1996). La cotation de l'ensemble des mécanismes de défense quant à elle, s'est appuyée sur les arguments développés par Chabert (1983, 2012) et sur la classification usuelle des mécanismes de défense employée au sein de la théorie psychanalytique (Ionescu et al., 2012 ; Chabrol et Callahan, 2018 ; Chabert, 2018). Enfin, nous avons choisi de représenter ces deux aspects de manière dynamique, c'est-à-dire en fonction de la séquence d'apparition de ces derniers et ce, de manière à montrer l'évolution du trajet pulsionnel ainsi que ses faillites. Pour plus de lisibilité, la cotation de la nature de l'angoisse comme celle des mécanismes de défense est située dans une sous-colonne de la colonne "qualitatif" existant au sein de chaque protocole. Chacun de ces protocoles étant également placé au sein de l'annexe clinique (Tome 2).

Un autre indicateur a pu apporter un éclairage utile concernant l'économie psychique du sujet. Il s'agit de **l'évaluation des dynamiques progrédiées et régrédiées** mobilisées

en intraplanche mais aussi sur la facture globale du protocole (Chabert, 1983, 2012). Cet aspect est pathognomonique des failles du sujet sur un plan dynamique mais aussi, il peut mettre en évidence les capacités du sujet à se restituer. Ces aspects ont également été cotés et ils sont présentés à la fois dans un tableau spécifique et au sein de chaque protocole, tous deux disponibles dans le document d'annexe clinique (Tome 2).

Le dernier indicateur qualitatif que nous souhaitons présenter est **l'indice de barrière/pénétration** introduit par Fisher et Cleveland (1958). Effectivement, malgré une hétérogénéité des résultats portant sur cet indice (Minjollet et Valente, 2015), cet indicateur présente l'avantage de rendre compte de la question des enveloppes corporelles et de leur effraction éventuelle (Belot, 2014a). Ainsi toutes « *les réponses qui impliquent, sous-tendent une surface protectrice [...], une membrane [...] mais aussi le reflet d'une ouverture associée à un contenant (puits vallée) [...] sont cotées barrière (B). [...]* » (Belot, 2014a p. 188). De même « *la variable pénétration (P) est cotée pour les réponses où le corps n'a qu'une faible valeur protectrice et peut être facilement pénétré. Les idées de pénétration, l'éclatement, de détérioration de l'enveloppe* » (Belot, 2014a p.188). De manière générale, les critères de cotations établissent un ratio de 4 barrières pour 2 pénétrations (Fisher et Cleveland, 1958 ; Belot, 2014a). Nous avons donc noté ces aspects en les plaçant dans les protocoles des participantes au sein de la colonne visant à relever les aspects qualitatifs.

Alors que nous avons présenté les principaux axes de l'analyse qualitative que nous avons pu mobiliser dans notre travail de recherche, il semble à nouveau nécessaire d'effectuer quelques précisions méthodologiques supplémentaires. Effectivement, la population que nous étudions est une population spécifique marquée à la fois par la grossesse mais aussi par la primiparité. Ces deux dimensions ont une influence majeure sur l'expression des indicateurs qualitatifs des protocoles. Tout d'abord, il est important d'insister sur la présence de réponses sexuelles crues et anatomiques au sein de ces protocoles (Bellion, 2001 ; Belota, 2014 ; Minjollet et Valente, 2015). De même, l'étude de Belot (2014a) a également montré, concernant l'indice de barrière/pénétration, un taux de pénétration beaucoup plus élevé chez certaines femmes plus sensibles à l'effraction corporelle engendrée par la grossesse. Ces quelques données non exhaustives nous ont toutefois conduit à faire preuve de précautions concernant nos interprétations et ce, pour ne pas proposer de conclusions hâtives ou stéréotypées pour lesquelles l'influence de la dynamique périnatale pouvait être un facteur explicatif. En conséquence, nous avons donc toujours tenté d'inscrire nos interprétations qualitatives au sein d'une perspective différentielle avec le vécu périnatal.

Processus de mentalisation et symbolisations du sujet

Le dernier axe d'analyse que nous souhaitons présenter fait appel à l'appréhension de la pulsionnalité du sujet et son devenir par le biais de la *richesse de l'imaginaire*, de *l'étude du processus de mentalisation* induisant une *capacité de liaison affect/représentation* et la *richesse des symbolisations* du sujet. Au sein de nos analyses qualitatives, ces aspects ont été particulièrement étudiés afin de différencier les facteurs potentiellement impliqués dans le vécu de l'épisiotomie. L'ensemble de ces trois aspects est lié par un aspect processuel. Effectivement, pour Bergeret, la mentalisation peut-être perçue comme « *l'utilisation mentale qu'on va faire de l'imaginaire. C'est un des modes de fonctionnement de l'imaginaire qui s'oppose à la somatisation et au comportement : la mentalisation est une attitude où l'imaginaire est traité, élaboré, utilisé en tant qu'imaginaire ; c'est à dire sur le plan de représentations qui restent dans le domaine mental. C'est l'activité la plus noble de toutes les formes de fonctionnement imaginaire* » (Bergeret, 1991 cité par Rebourg et Vivot, 1991). Cette perspective a coloré l'ensemble des conceptions théoriques auxquelles nous adhérons menant à une appréhension tridimensionnelle du devenir de la pulsionnalité intégrant imaginaire et mentalisation par le biais du travail de liaison affect/représentation et de l'élaboration des symbolisations.

Plus concrètement, dans les protocoles Rorschach, une carence du **système imaginaire** est généralement observable au travers d'un faisceau d'éléments comme un nombre faible de réponses kinesthésiques et notamment humaines ; un nombre élevé de réponses animales et banales ; un F% et un F+% trop élevé ; une variété des découpes et contenus peu diversifiée, un écrasement par la réalité faisant de la situation projective un objet de connaissance abstrait ou encore, peu de sensibilité au contenu latent (Timsit, 1990 ; Rebourg et Vivot, 1991 ; Bacqué, 1992 ; de Tychev et al., 2000). Le **processus de mentalisation** quant à lui s'articule autour de deux dimensions : la qualité de la liaison affect/représentation et les symbolisations du sujet.

Dans notre étude, la qualité des **liaisons affect/représentation** a été appréhendée en fonction des modèles développées par l'école psychosomatique de Paris dont l'influence théorique provient en grande partie des travaux de Marty (1991) ou encore Dejours (2003). Aussi, nous différencions sur un gradient partant d'une liaison réussie à ses faillites : 1) les bonnes liaisons associant une bonne réponse formelle à un déterminant primant sur la pulsionnalité (par exemple KC ; Fclob ; FE ; FC' ...), 2) les réponses intégrant une forme où la pulsionnalité est prépondérante (par exemple EF ; CF ; C'F...) 3) les réponses pulsionnelles

pures 4) les mouvements de retournement de planche, soupirs et gestuelles soulignant une décharge pas le corps via le passage à l'acte (Tychey et al., 2000).

Les **symbolisations du sujet** quant à elles peuvent être évaluées par le biais d'une grille de cotation élaborée en fonction de deux principes : la surdétermination pulsionnelle (qui peut être appréhendée par une forme de condensation des représentations pulsionnelles signe d'une richesse certaine des symbolisations) et la distance par rapport à la pulsion (Cassier, 1968 ; de Tychey et al., 2000). Ces indicateurs mis en évidence par Cassier (1968) permettent un classement des réponses obtenues en cinq catégories (E ; D ; C ; B ; A). Ce classement a ensuite été enrichi par les travaux de Diwo (1997) puis de Tychey et al., (1990 ; 1991). En outre, nous souscrivons également à la proposition de Tychey et al.,(2000) soulignant qu'il est plutôt avisé de n'appréhender dans cette classification que les bonnes formes témoignant d'un recours à la réalité réussi (et non pas d'une faillite de l'imaginaire), mais aussi d'exclure les réponses présentant une inversion de symbolique au niveau du contenu latent (ex : "des cerfs qui brament" planche IX.).

Pour finir, il est important de préciser que la grille de Cassier (1968) a différencié les symbolisations féminines, les symbolisations phalliques et les symbolisations agressives (Tychey et al., 2000). L'appréhension des symbolisations féminines intègre à la fois les réponses féminines ("une belle chevelure longue") mais aussi les réponses faisant référence au registre maternel (ex : "un vase"). De même, nous ne souscrivons pas à l'idée d'une confusion métaphorométonymique entre le masculin et le phallique, rappelant que dans le champ freudien de nombreux travaux se sont positionnées en ce sens (Grunberger, 1971 ; Bergeret, 1999 ; 2001 ; 2004). Dans ce contexte, nous avons souhaité proposer une distinction de ces dimensions en proposant en plus de la Grille de Cassier une nouvelle grille différenciant alors les symbolisations agressives, les symbolisations phalliques, les symbolisations masculines, les symbolisations féminines et les symbolisations maternelles en rappelant qu'il est bien évidemment possible qu'une même réponse puisse condenser différentes symbolisations.

L'ensemble de ces deux grilles repose sur la même classification méthodologique initiale. Aussi, pour chacune de ces grilles, nous avons calculé un indice d'élaboration symbolique (moyenne pondérée des symbolisations) correspondant à chaque axe de symbolisation (Grille de Cassier, Grille de Cassier revisitée). Ces deux grilles sont situées à la fin des protocoles Rorschach de chaque participante au sein de l'annexe clinique (Tome 2).

Hypothèses théoriques et modalités d'évaluation au Rorschach

En parallèle de l'analyse quantitative et qualitative que nous avons réalisée, les hypothèses que nous avons construites nous ont amené à porter un regard plus spécifique sur certaines dimensions. Ainsi, l'image du corps, la présence d'angoisse, la question de la féminité et maternité, la sexualité, la notion de traumatisme et la présence d'affects dépressifs ont été particulièrement observés afin d'approfondir nos premières élaborations par le biais d'une analyse plus fine. Dans ce contexte, nous avons souhaité présenter les principaux indicateurs potentiellement évoqués au fil de nos analyses.

Concernant **l'image du corps**, l'évaluation de la représentation de soi apparaît comme un des indicateurs les plus pertinents (Sanglade, 1983 ; Rausch de Traubenberg et Sanglade, 1984 ; Rausch de Traubenberg et Sanglade, 1990). Également, il est considéré que l'appréhension de la planche V mais aussi de la planche VIII et X sont de bons indicateurs (Chabert, 1983, 2012). De même, il est considéré que les réponses produites à la planche 9 peuvent être l'occasion d'aborder les limites dedans/dehors du sujet (Chabert, 1983, 2012). Nous sommes aussi restés attentifs aux "catastrophes de symbolisations" (Roman, 1997) caractérisées par des coupures dans le discours des participantes et dont l'emploi n'était pas réalisé dans une volonté d'introspection. Ces faillites sont aussi repérables au travers des réponses Cn (nomination couleur) des réponses "tâches", des réponses "trou" ou encore des réponses faisant état d'une attaque de l'enveloppe du sujet. De même, nous avons trouvé pertinent d'intégrer, lorsque cela se présentait, le concept "d'effet d'amas corporel" soulignant un ratio important de réponses corporelles (>12) non sous-tendues par une dynamique psychopathologique (Lighezzolo-Alnot et Claudon, 2008). Enfin l'indice Barrière/Pénétration sera étudié de manière qualitative et quantitative (Fisher et Cleveland, 1958 ; Belot, 2014a ; Minjollet et Valente, 2015) et nous avons également gardé un œil avisé sur l'épreuve des choix et notamment sur "la planche choisie pour se représenter" (Bolzinger et Rossel, 1969 ; Rausch de Traubenberg, 1970, 2006 ; de Tychev, 2012).

Concernant **l'appréhension de l'angoisse** il est premièrement important de rappeler qu'elle est déjà un des axes de l'évaluation qualitative du Rorschach. Nous tenons donc à préciser à nouveau que nous avons étudié l'IA% de manière quantitative pour évaluer la charge d'angoisse des sujets (Rausch de Traubenberg, 1970, 2006). De même, nous avons été attentif sous un angle plus qualitatif à l'ensemble des angoisses que nous avons codifiées (de Tychev, 1985 ; Chabert, 1983, 2012) mais aussi aux énonciations associatives utilisées.

La **présence d'affects dépressifs** s'appuie majoritairement sur un faisceau d'indicateurs qualitatifs. Ainsi, les réponses intégrant la cotation C' ont été particulièrement étudiées (Rausch de Traubenberg, 1970, 2006 ; de Tychev, 2012). Également, un nombre de kinesthésie bas traduisant d'un gel de la pulsionnalité ou d'un retrait narcissique a pu être interprété comme un indicateur spécifique à l'instar des cotations "Choc au blanc", "Choc au Noir" ou encore "Choc K". L'ensemble des cotations induisant une tonalité dépressive comme le retrait narcissique, les luttes maniaques, l'angoisse de perte d'objet, l'absence de réactivité à la couleur ou les cotations "remarques liens" ont également pu être appréhendés (de Tychev, 2012). Enfin, la tonalité des évocations à la planche V et sur l'ensemble du protocole a pu être un indicateur supplémentaire. L'ensemble de ces aspects devra toutefois être étudié en faisceau de manière à proposer une évaluation globale qualitative portant sur la présence d'affects dépressifs chez le sujet.

Les signes de **traumatismes** quant à eux peuvent s'appuyer sur une association de plusieurs facteurs. Outre l'analyse qualitative habituelle fournissant de très nombreux indicateurs spécifiques, il apparaît utile d'appréhender les refus, inhibitions du sujet et "nombres de chocs" pour appréhender une éventuelle souffrance traumatique connectée au contenu latent de la planche perçue. De même, l'appréhension de la couleur rouge et notamment les réponses proposées à la planche II peuvent être utiles sur ce point (Chabert, 1983, 2012). La facture globale du protocole sera en outre associée à cette réflexion intégrant à la fois la représentation de soi, la dynamique des relations d'objet ou encore les mécanismes de défenses du sujet.

La sexualité pourra quant à elle être appréhendée au travers des énonciations particulièrement produites à la planche VI et II et, dans une moindre mesure à la planche III, IV et VII (Chabert, 1983, 2012). De même, les symbolisations sexuées ou encore les éventuelles réponses sexuelles crues peuvent être entendues comme des indicateurs utiles à l'analyse qualitative.

Pour finir, les élaborations portant sur les **symbolisations féminines et maternelles** peuvent être appréhendées à la fois par le biais de l'IES (Indice d'élaboration Symbolique) (Cassier, 1968 ; de Tychev et al., 2000). De même, les énonciations produites planche VII, IX ou encore planche III peuvent être de bons indicateurs du positionnement sexué de la participante (Chabert, 1983, 2012). Enfin, l'ensemble des réponses pourra être appréhendé pour aborder cet aspect nécessitant une approche globale du protocole et de sa passation associative.

Pour conclure ce point, nous avons pu voir l'ensemble des modalités d'étude quantitative et qualitatives inhérentes à l'évaluation employant le Rorschach et sur lesquelles nous nous sommes appuyés pour la réalisation de nos analyses quantitatives, complémentaires ou qualitatives. Puis, nous avons précisé plus encore les modalités d'analyse qualitative du Rorschach en précisant in fine les indicateurs potentiels liés aux dimensions que nous avons étudiées. Ces indicateurs qualitatifs (sur lequel il est possible de réaliser une analyse quantitative) sont finalement recensés dans le tableau suivant afin de proposer une synthèse des indicateurs que nous avons pu opérationnaliser lors de l'évaluation de nos hypothèses théoriques :

	Image du corps	Angoisse	Affects dépressifs	Traumatismes	Sexualité	Symbolisations
Appréhension quantitative de l'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> - Représentation de soi - Indice barrière Pénétration 	<ul style="list-style-type: none"> - IA% 	<ul style="list-style-type: none"> - Réponses C' - Nombres de kinesthésies 	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - IES (Indice d'élaboration symbolique)
Appréhension qualitative de l'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> - Réponses planche V, VIII, IX et X - Catastrophes de symbolisation - Phénomènes d'amas corporels - Indice barrière pénétration - Choix des planches 	<ul style="list-style-type: none"> - Cotations des angoisses - Facture globale du protocole 	<ul style="list-style-type: none"> - Réponses C' - Signes de retrait narcissiques - Présence de Choc au blanc, Choc noir ou Choc K - Signes de lutte antidépressive 	<ul style="list-style-type: none"> - Présence de "chocs" - Appréhension de la couleur rouge - Réponses planche II - Facture globale du protocole 	<ul style="list-style-type: none"> - Planches VI, II et III, IV et VII - Facture globale du protocole 	<ul style="list-style-type: none"> - Planche VII, IX et III - Facture globale du protocole

Tableau n°6 : Classification des indicateurs du Rorschach en fonction des dimensions et de l'approche méthodologique sélectionnée

✓ Les questionnaires

La dernière catégorie que nous avons employée est celle des questionnaires. Définis par Reuchlin comme « *une suite de questions standardisées destinées à normaliser et faciliter le recueil de témoignages verbaux* » (1960, 1985 p.85), le questionnaire possède comme avantage principal sa facilité d'utilisation rendant aisé son emploi au sein de méthodes quantitatives (Chauchat, 1985 p. 85). Nous présentons donc ici ces outils, les raisons de leur sélection, leur modalités de cotation et d'analyse et enfin, l'emploi que nous en avons fait dans notre étude. Le premier outil présenté est le SF 36 permettant l'évaluation de la qualité de vie. Le second outil appelé EPDS permet d'appréhender la présence d'affects dépressifs ou la dépression. Le troisième dont la particularité est d'évaluer l'image du corps est le QIC. Enfin, le CPQ-FV et le WOMBLSQ4 présentés en quatrième et cinquième point permettent de rendre compte de la satisfaction maternelle liée à l'expérience de l'accouchement. Pour finir, nous terminons cette

partie par une description du test Traumaq permettant d'étudier la présence de traumatismes comme la présence d'un Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT).

Le questionnaire de qualité de vie “*Medical outcome study short form-36 item health survey*” (SF 36)

En 1992, face à la nécessité d'établir un questionnaire positionné comme un intermédiaire entre les longues enquêtes médicales et les mesures de santé grossières,⁶⁶ Ware et Sherbone ont élaboré un questionnaire anglophone de qualité de vie (le MOS-SF36) sur les bases d'un questionnaire déjà élaboré par Stewart et Ware (1992) : le M.O.S.. Ce dernier constitué de 149 items était effectivement beaucoup trop long ce qui entravait les passations. L'élaboration du MOS-SF36 composé de 36 items a donc permis une évaluation rapide de la santé subjective⁶⁷.

Cet outil a été validé en langue anglaise par une étude menée par Mc Horney (1993 ; 1994) ce qui a permis sa diffusion et la généralisation de son emploi au sein des pays anglosaxons. En France, une traduction suivie d'une étude de validation a été menée par Perneger et al., (1995), Leplege et al., (1995) ou encore à nouveau Leplège et al., (1998). Les indicateurs psychométriques qui lui sont associés sont très bons avec une consistance interne élevée (entre 0.77 et 0.93 alpha de Cronbach) et une fidélité test-retest à 21 jours de 0.7 marquant un vrai intérêt de l'utilisation de cet outil au sein d'une méthode s'appuyant sur une mesure longitudinale répétée (Richard et al, 2000 ; Leplège et al., 1998). Suite à cette validation effectuée en langue française, ils renommèrent le MOS-SF36 en SF-36.

Concernant ses modalités de passation, le SF-36 que nous plaçons en annexe (Tome 1, Annexe 10) est un auto-questionnaire. Autrement dit, il peut être réalisé de manière autonome par les participantes en l'absence du testeur. Sa facture se divise en 8 dimensions : *activité physique* (évaluée par 10 items) ; *limitations dues à l'état physique* (évaluées par 4 items), *douleurs physiques* (évaluées par 2 items), *santé perçue* (évaluée par 5 items) ; *vitalité* (évaluée par 4 items) ; *vie et relations avec les autres* (évaluée par 2 items) ; *santé psychique* (évaluée par 5 items) ; *limitations dues à l'état psychique* (évaluées par 3 items) ; et une dernière

⁶⁶ « *Such a survey can help fill the gap between lengthy health surveys used successfully in research projects and the relatively coarse single-item health measures used in national surveys and numerous clinical investigations* » (Ware et Sherbourne, 1992, p. 474).

⁶⁷ *Il existe par ailleurs une version encore plus raccourcie de 12 items.*

généralement exclue des dimensions étudiées, *l'évolution de la santé perçue* (Bronowicki et al, 2003). Nous avons réuni ces dimensions au sein du tableau présenté ci-dessous :

Nom des échelles (nombre d'items)	Symbole	Résumé du contenu
Activité physique (10)	PF	Mesure les limitations des activités physiques telles que marcher, monter des escaliers, se pencher en avant, soulever des objets et les efforts physiques importants et modérés
Limitations dues à l'état physique (4)	RP	Mesure l'intensité de la gêne dans les activités quotidiennes, mesure les limitations de certaines activités ou la difficulté pour les réaliser
Douleurs physiques (2)	BP	Mesure l'intensité des douleurs et la gêne occasionnée
Santé perçue (5)	GH	Auto-évaluation de la santé en général, résistance à la maladie
Vitalité (4)	VT	Auto-évaluation de la vitalité, de l'énergie, de la fatigue
Vie et relations avec les autres (2)	SF	Mesure les limitations des activités sociales dues aux problèmes de santé physique et psychique
Santé psychique (5)	MH	Auto-évaluation de la santé psychique : anxiété, dépression, émotion
Limitations dues à l'état psychique (3)	RE	Mesure la gêne due aux problèmes psychiques dans les activités quotidiennes : temps passé au travail moins important, travail bâclé
Évolution de la santé perçue (1)	HT	Évolution de la santé perçue comparée à un an avant

Tableau n°7 : Dimensions étudiées par le SF-36

La diversité des dimensions évaluées mais aussi la présence d'une validation française nous a poussé à choisir cet outil. En outre, contrairement à d'autres questionnaires tout aussi pertinents comme le WHOQOL (WHOQOL group, 1998), le SF-36 est très utilisé en France. Une des principale limite de son emploi au sein de notre étude est qu'aucun de ses items ne porte spécifiquement sur la période périnatale. Il est néanmoins considéré comme un des outils les plus utilisé en périnatalité et dans les publications scientifiques basées sur des études en langue française (Bocquet et Deruelle, 2014).

Au niveau de sa cotation, chacune de ses 8 dimensions s'appuie sur une liste d'items spécifiques décrite en annexe (Tome 1, Annexe 10). Ces dimensions peuvent ensuite être regroupées en deux axes synthétiques. Le score abrégé de santé physique correspond alors à la moyenne pondérée des dimensions *fonctionnement physique, limitations physiques, douleur physique, santé perçue* incluant l'item *évolution de la santé perçue*. De même le score abrégé de santé mentale correspond à la moyenne pondérée aux dimensions *vitalité, vie et relation avec les autres, santé psychique, et limitations dues à l'état psychique*. Ces dispositions sont également synthétisées au sein de l'annexe 10 (Tome 1). A terme, nous obtenons deux indicateurs compris entre 0 et 100. Leur interprétation repose sur le principe selon lequel plus le score se rapproche de 100 plus la qualité de vie spécifique à la dimension observée est bonne.

La qualité de vie étant un état subjectif dynamique, elle est soumise à de nombreux facteurs. Aussi, afin de gommer l'effet d'une évaluation méthodologique transversale, nous avons pris la décision de procéder à la passation du SF-36 à chacune des rencontres avec les participantes. Le SF-36 a donc été réalisé avant l'accouchement (T₀) mais aussi 3 mois après l'accouchement (T₁), 9 mois après l'accouchement (T₂) et enfin 1 an après l'accouchement (T₃). Cette méthode dite de "mesure répétées" nous permet donc de rendre compte de l'évolution des indices de qualité de vie au fil du temps en fonction du mode d'accouchement.

L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Apparu en 1987 sous l'impulsion des travaux de Cox et al.,⁶⁸ l'EPDS est un auto-questionnaire permettant de repérer la présence de symptômes dépressifs (Jardri, 2004 ; Bocquet et Deruelle, 2014). L'utilisation de ce test au cours de la période périnatale présente plusieurs avantages. Sa passation est en effet rapide et intuitive mais également elle se base sur des questions facilement compréhensives et humaines (utilisant notamment le verbe subjectif "sentir"). De plus, contrairement à d'autres outils comme la HAD (Zigmond et Snaith, 1983), l'EPDS présente l'avantage d'avoir été spécifiquement validé pour à la période périnatale (Bocquet et Deruelle, 2014).

En effet, initialement construit pour la période postnatale, l'utilisation de l'EPDS s'est ensuite élargie à la période prénatale (Cox et al., 1996). Une évaluation positive de cet élargissement a par ailleurs été réalisée par la méta-analyse de Kozinszky et Dudas (2015). En France, sa traduction (Guedeney et al, 1995) comme sa validation postnatale ont été réalisées par Guedeney et Fermanian (1998). En postnatal, ses critères psychométriques sont très bons : plus de 0.75 pour la consistance interne et 0.92 pour la fidélité test-retest (Guedeney et Fermanian, 1998). Pour la période prénatale, les travaux de De Tychey et al. (2004 ; 2005) ont montré des qualités psychométriques tout aussi pertinentes généralisant son emploi au sein de recherches quantitatives et qualitatives.

Les modalités de passation de l'EPDS version prénatale et postnatale dont nous présentons les versions vierges en annexe Tome1 (l'EPDS prénatal est situé en annexe 11 et l'EPDS postnatal est situé en annexe 12) sont les mêmes. Ces deux questionnaires sont composés de 10 items cotés de 0 à 3 sur une échelle de type Lickert. Les participantes se positionnent de manière graduelle en fonction d'une affirmation qui peut être cotée

⁶⁸ Plusieurs publications françaises dont une de nos source (Bocquet et Deruelle, 2014) reprennent l'idée que ce test a été initié par Spielberg et al (1987). Nous n'avons trouvé aucune référence sur ce point hormis l'article princeps publié par Cox et al., (1987).

normalement pour les items 1, 2 et 4 (de 0 à 3) et de manière reverse (de 3 à 0) pour les items 3 à 10. Plus précisément, les items 1 et 2 évaluent l'anhédonie, l'item 3 l'autocritique, l'item 4 rend compte de l'anxiété du sujet. Ensuite, la peur ressentie est appréhendée par le biais de l'item 5 alors que l'item 6 évalue l'aptitude à se rétablir psychiquement après un évènement. L'item 7 évalue les troubles du sommeil alors que les item 8 et 9 font conjointement écho à la tristesse ressentie. Enfin, l'item 10 concerne les conduites d'automutilation. Après avoir fait l'addition de toutes ces dimensions, il est communément admis qu'un score supérieur à 11 correspond à un état de dépression (Guedeney et al, 1998).

L'utilisation de l'EPDS a permis d'évaluer de manière quantitative la présence de dépressions prénatales comme postnatales, mais aussi, d'évaluer la présence d'affects dépressifs potentiels à ces mêmes périodes. Nous avons donc choisi d'inclure ce questionnaire à T₀ pour bénéficier d'une évaluation initiale. Le choix de la passation de l'EPDS à trois mois s'est basé sur deux arguments. Le premier avait pour but d'être congruent avec les évaluations généralement réalisées dans la littérature scientifique. Effectivement, les évaluations portant sur les affects dépressifs sont principalement concentrées sur la période du post-partum immédiat qui est située entre 0 et 6 mois (Cunningham et al, 2005). De même, nous avons pu remarquer que l'épisiotomie avait un impact plutôt rapproché de la naissance. Il semblait alors pertinent de réaliser une évaluation dans un temps rapproché de la naissance. Nous avons donc décidé de procéder à la passation de l'EPDS en présentiel ou de manière auto-administrée (dans de très rares cas lorsque la participante était pressée par le temps) 3 mois après l'accouchement (T₁). Les résultats de ces questionnaires sont utilisés pour appréhender de manière longitudinale et comparative la présence d'affects dépressifs liés au mode d'accouchement.

Le Questionnaire d'Image Corporelle : QIC

Créé par Bruchon-Schweitzer en 1987 (Bruchon-Schweitzer, 1987 ; 1990) par le biais d'une adaptation préalablement traduite d'un questionnaire en langue anglaise (Bruchon-Schweitzer, 1977), le Questionnaire d'Image Corporelle (QIC) a pour fonction « *d'étudier l'image évaluative que les individus ont de leur propre corps* » (Inchauspe et al., 2010 p. 53). Affiné méthodologiquement et validé en 2002 sur la base de 1222 sujets, cet outil présente de bonnes qualités psychométriques avec une consistance interne (alpha de Cronbach) de 0,83 et une fidélité test-retest à 10 jours de 0.87 (Koleck et al., 2002).

Au sein de la littérature scientifique, cet outil est régulièrement utilisé pour évaluer la satisfaction corporelle et l'image que les sujets se font de leur corps (Dany et al, 2009 ; Lionel

et Michel, 2010 ; Fernandez et al, 2015). Il a aussi été étudié de manière qualitative au sein d'études portant sur la période périnatale (Bourgoin et al, 2012). En l'absence de questionnaires spécifiques à la période périnatale, le QIC (Tome 1, Annexe 13) représente donc l'outil quantitatif le plus pertinent pour évaluer le vécu corporel des participantes.

Les modalités de la passation de cet auto-questionnaire dans sa version révisée sont assez simples. Cette dernière se base sur 19 items bipolaires « prenant en compte un ensemble d'attributs et d'états corporels désirables/indésirables » (Bruchon-Schweitzer, 1990 citée par Lionel et Michel 2010 p. 324). Les items sont organisés sous la forme d'une opposition sémantique bipolaire graduée par une échelle de type Lickert (1 à 5). Les items 1, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 16 et 18 sont cotés de 1 à 5. En revanche, les items 2, 3, 4⁶⁹, 5, 8, 11, 13, 15, 17 et 19 sont cotés de 5 à 1. Enfin, le score final varie de 19 à 95. Plus le chiffre est élevé plus le sujet ressent son corps comme source de satisfaction (Koleck et al, 2002).

Au sein de notre étude, nous avons souhaité réaliser une première évaluation initiale liée à notre méthodologie longitudinale mais aussi, voir l'évolution dynamique de l'image corporelle au fil des évolutions de toute la période postnatale. Nous avons donc réalisé une évaluation à T₀, T₁, T₂ et T₃. La passation du questionnaire s'est majoritairement déroulée en présentiel et dans de rares cas en autonomie.

Le Childbirth Perception Questionary-French Version (CPQ-FV)

La littérature scientifique compte de nombreux questionnaires en langue anglaise permettant d'évaluer la satisfaction maternelle liée à l'accouchement (Nilver et al, 2017). En langue française, il n'en existe pourtant qu'un seul (le WOMBLSQ4) dont l'emploi est plutôt réservé à partir de 2 mois après l'accouchement (Floris et al, 2010). Aussi, face à la nécessité de pouvoir rendre compte de la satisfaction maternelle juste après l'accouchement, nous avons pris la décision de nous appuyer sur une démarche spécifique consistant à traduire un outil déjà existant pour l'employer au sein de notre recherche. Nous allons donc brièvement présenter cette démarche en discutant des qualités méthodologiques de l'outil que nous avons choisi puis, nous présentons les modalités de cotations et d'interprétation de cet outil. Puis, nous précisons le contexte de sa passation et justifierons nos choix méthodologiques.

Au sein de notre méthodologie, la sélection du Childbirth Perception Questionnaire French Version (CPQ-FV) s'est appuyée sur plusieurs arguments que nous souhaitons

⁶⁹ Comme nos sujets sont des femmes, Koleck et al., (2002) recommande de le coter de 5 à 1.

présenter. Tout d'abord, devant la dilution des souvenirs liés à l'accouchement généralement présentée par les femmes en suite de couche, nous avons souhaité proposer un questionnaire dont les conditions méthodologiques permettaient une passation juste après l'accouchement. De plus, nous ne souhaitons pas appuyer notre analyse sur un questionnaire généraliste. Au contraire, nous espérons nous appuyer sur un questionnaire humain présentant des questions à tonalité subjective ou émotionnelle. Enfin, nous espérons trouver dans ce questionnaire des items relatifs à l'image du corps pendant le travail ou encore sur le sentiment de désirabilité des femmes en suite de couche. Parmi tous les questionnaires existants au moment de la construction de notre méthodologie (Blazquez et al., 2017 ; Nilver et al, 2017), nous avons donc sélectionné le CPQ créé par Padawer et al., (1988) car il concentrait nos trois prérequis méthodologiques initiaux (Mannarini et Boffo, 2013).

Il existe actuellement une version remaniée et traduite en italien du CPQ appelée le Childbirth Experience Perception Scale (CEPS), et publiée par Bertucci et al., (2012). Sa validité a été ensuite questionnée par Shepherd et Glenn (2013) occasionnant un débat avec les auteurs sur la pertinence de l'emploi de ce test (Mannarini et Boffo, 2013). Aujourd'hui, même si sa validité a été éprouvée, il est admis que la fiabilité psychométrique du CPQ nécessiterait idéalement l'adjonction de plusieurs études portant sur ses dimensionnalités (Touliatos et al., 2001 ; Mannarini et Boffo, 2013). Pour autant, nous avons considéré que ces points de questionnements étaient compensés par sa richesse⁷⁰. Enfin, malgré son ancienneté, le CPQ a été très largement utilisé dans la littérature scientifique pour étudier l'impact de l'accouchement (notamment comportant une césarienne) mais aussi certains aspects liés à la sexualité et à l'image du corps en tant que dimensions connectées à la satisfaction liée à l'accouchement (Handelzalts et al., 2018).

Afin de réaliser une traduction valide, nous avons donc décidé d'employer la version initiale du CPQ (Padawer et al, 1988) en nous inspirant de la démarche employée par Bertucci et al., (2012). Nous avons donc premièrement effectué une traduction du texte qui a été vérifiée et commentée par deux Anglais natifs bilingues⁷¹. Puis, après quelques corrections partagées avec notre directrice de thèse Mme le Pr Joëlle Lighezzolo-Alnot, nous avons expérimenté cette version traduite auprès de 8 femmes recueillant alors leurs impressions ou d'éventuelles mauvaises interprétations d'items. Enfin, après avoir induit quelques légères modifications,

⁷⁰ Par ailleurs, en choisissant de traduire un questionnaire nous étions préalablement inscrits dans une dynamique où nous allions employer un outil de facto non validé.

⁷¹ Nous remercions Dwaine Vance, et Spiros Alexandros Smeros pour leur aide précieuse portant sur la vérification de la traduction réalisée.

cette étape a marqué la validation de la traduction de notre outil appelé Childbirth Perception Questionnaire-French Version (CPQ-VF) que nous présentons en annexe (Tome 1, Annexe 14).

Les modalités de passation de cet auto-questionnaire sont assez simples. Aussi, nous avons donné à chacune de nos participantes une version de ce questionnaire en anténatal à ne consulter que le lendemain de l'accouchement, et à réaliser dans un délai de 24 à 48h en suite de couche. Pour une majorité de participantes, nous avons été prévenu de leur accouchement et nous leur avons rendu une visite spontanée à la maternité (Polyclinique Majorelle) visant à nous enquérir de leur état de santé physique et psychique, maintenir le lien mais aussi leur rappeler de réaliser ce questionnaire (et parfois leur en donner un nouvel exemplaire lorsque ce dernier avait été oublié à la maison). Un total de 27 patientes a réalisé le CPQ-VF en présentiel et 16 autres ont procédé à sa réalisation de manière autonome.

Le questionnaire CPQ-VF est composé de 27 items regroupés en trois dimensions : (1) apparence physique et satisfaction sexuelle (5 items 1 à 5) ; (2) satisfaction de l'accouchement et comportement pendant le travail et l'accouchement (13 items 6 à 18) ; (3) satisfaction liée à l'interaction avec le conjoint durant l'accouchement (9 items 19 à 27) (Padawer et al., 1988 ; Bertucci et al., 2012). Les participantes se sont positionnées par rapport à des affirmations disposées sur une échelle de type Lickert possédant un intervalle de 6. Les items 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 23 se cotent de 6 (pour totalement) à 1 (pour pas du tout) et les items 6, 9, 10, 12, 13, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 27 sont des items reverses qui se cotent de 1 (pour totalement) à 6 (pour pas du tout) (Padawer et al, 1988). Après avoir additionné l'ensemble des dimensions, il est possible d'obtenir le score total du questionnaire qui est compris entre 27 et 162. Son interprétation se base sur l'idée que plus l'expérience de la naissance est perçue négativement plus le score sera élevé. En fonction de chaque échantillon, nous avons ensuite comparé les résultats obtenus obtenant ainsi une tendance statistique permettant d'appréhender la perception de l'expérience de la naissance en fonction du mode d'accouchement.

Le Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire, version 4 (WOMBLSQ4):

L'évaluation de la satisfaction liée à l'expérience de l'accouchement que nous avons proposée au travers de notre recherche ne s'appuie pas uniquement sur le CPQ. Effectivement, nous avons également souhaité proposer une seconde évaluation utilisant un autre questionnaire validé en langue française. Ce questionnaire initialement développé entre 1995 et 1998 en langue anglaise est appelé le Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire, version 4 (WOMBLSQ4), et il évalue de manière multidimensionnelle la satisfaction inhérente

à l'expérience de l'accouchement (Smith, 2001). Une traduction et validation française a été récemment réalisée par Floris et al., (2010) montrant une validité interne de 0.85 (alpha de Cronbach) et une fidélité test-retest située entre 0.54 et 0.83 en fonction des dimensions (Floris et al., 2010). Enfin, outre le fait d'être le seul outil en langue française portant sur la satisfaction maternelle après l'accouchement, cet outil aborde de nombreuses composantes de la satisfaction ce qui a rendu sa sélection pertinente pour notre méthodologie exploratoire (Floris et al., 2010).

Le WOMBLSQ4 que nous présentons en annexe (Tome 1, Annexe 15) est composé de 32 items répartis en 11 composantes face auxquelles les participantes devaient se positionner sur une échelle de Lickert à 7 catégories allant de "absolument d'accord" à "en total désaccord". Plus précisément, les composantes étudiées sont : *le support des soignants, les attentes par rapport à l'accouchement, l'évaluation à domicile en début de travail, le premier contact avec le nouveau-né, le soutien du partenaire pendant l'accouchement, l'accompagnement de la douleur, la prise en compte des douleurs après la naissance, la connaissance des soignants pendant l'accouchement, l'environnement, la satisfaction générale* et enfin, *le contrôle du travail et de la situation*. Les cotations pour les items s'appuient sur l'étude de validation de Floris et al., (2010) elle-même appuyée sur les travaux de Smith (2001). Néanmoins, la version du questionnaire que nous avons employée⁷² présente une différence de cotation car l'échelle de Lickert y est inversée. Aussi, les items 4, 6, 8, 9, 10, 15, 16, 18, 21, 25, 26, 28, 29, 30 sont cotés de 1 (absolument d'accord) à 7 (en total désaccord) alors que les items 1, 2, 3, 5, 7, 11, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 27, 31, 32 se cotent de 7 (absolument d'accord) à 1 (en total désaccord). Chaque composante est ensuite pondérée pour proposer une somme comprise entre 0 et 100 sachant que 0 correspond à l'indice de satisfaction le moins élevé et 100 l'indice de satisfaction le plus élevé (Floris et al., 2010). Enfin, un indice global (excluant la dimension santé générale correspondant à l'item 12 et 25) permet d'appréhender la satisfaction générale elle-même comprise entre 0 et 100 selon les mêmes modalités.

Les modalités de passation que nous avons choisies s'appuient sur les recommandations de Smith et al., (2001). Aussi, il est conseillé de passer ce test environ deux mois après l'accouchement. Ce questionnaire a donc été proposé à cette période (plus ou moins une semaine) de manière autonome par les participantes. Nous l'avons utilisé pour évaluer la

⁷² Nous remercions Lucia Floris de nous avoir transmis la version traduite du questionnaire et Linda Smith de nous avoir autorisé à l'employer au sein de notre recherche.

satisfaction globale liée à l'accouchement en fonction du mode d'accouchement mais aussi pour évaluer plus qualitativement certains aspects étudiés par certaines sous-dimensions.

Le Questionnaire Traumaq

Mis au point par Damiani et Pereira-Fradin en 2006, le Traumaq s'adresse à un sujet qui selon les auteurs « *a vécu, a été témoin, ou bien a été confronté à un ou des évènements durant lesquels des personnes sont mortes ou ont été menacées de mort, ou ont été gravement blessées, ou bien durant lesquels sa propre intégrité physique ou celle des autres a été menacée* » (Damiani et Pereira-Fradin, 2006 p.1). Aussi, ce questionnaire n'est donc pas construit pour convenir spécifiquement à la période périnatale. Néanmoins, il présente l'avantage d'être le seul questionnaire permettant d'évaluer la présence de traumatismes psychiques et surtout la présence d'un Etat de Stress Post-traumatique par le biais d'un inventaire des critères du DSM IV, tous repris dans le DSM V (Damiani et Pereira-Fradin, 2006 ; APA, 2013).

La réalisation de ce questionnaire que nous présentons en annexe (Tome 1, Annexe 16) se base sur un prérequis initial consistant à appréhender initialement un évènement potentiellement traumatique menant à la réalisation du questionnaire. Dans la situation de cette étude, nous avons fait passer ce test à l'ensemble des femmes indépendamment de leur vécu subjectif. En conséquence, il a été demandé à toutes les participantes de remplir ce questionnaire en considérant que l'évènement les concernant toutes était l'accouchement. Une des limites de cette demande s'est heurtée à l'interprétation que certaines femmes ont pu faire de certains items. Par exemple, la présence de l'item A4 « *Avez-vous eu des manifestations physiques comme par exemple, des tremblements, des suees une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?* » pouvait soulever un questionnement des participantes se demandant si la normalité de l'accouchement (avoir un rythme cardiaque en hausse) devait être cotée. Après réflexion et échanges avec notre directrice de thèse, nous avons pris la décision de demander aux participantes de remplir les items (et notamment ceux de la catégorie A) en fonction du vécu brut et indépendamment de la perception (normale ou anormale de l'état subjectif vécu).

Au niveau formel, ce questionnaire que nous avons fait passer uniquement en présentiel tel que conseillé par ses auteurs, est composé de 65 items répartis sur 10 échelles (A à J) et une échelle globale permettant d'évaluer l'impact potentiel du traumatisme de manière générale. La première partie du test (A) évalue le vécu du traumatisme potentiel pendant l'évènement. Le second module rend compte des conséquences de l'évènement traumatique au travers des

échelles B (les répétitions), C (troubles du sommeil), D (anxiété et évitement phobique), E (trouble du comportement), F (réactions neurovégétatives et somatisations), G (hyperréactivité et hypervigilance), H (les troubles cognitifs et états dépressifs), I (le vécu traumatique), J (insertion sociale), et d'une échelle de qualité de vie en fonction des troubles qui est plus qualitative.

L'ensemble de ces dimensions pourra ensuite être étalonné et donner une sévérité des troubles comprise entre 1 et 5. La note 1 correspondant à une absence de traumatisme, la note de 2 correspond à un traumatisme léger. La note de 3 est considérée comme le reflet d'un traumatisme moyen alors que la note de 4 correspond à un traumatisme fort. La note de 5 est quant à elle réservée aux traumatismes très fort. Cet étalonnage correspond aussi à la note globale obtenu et permet de porter des conclusions sur la présence ou l'absence éventuelle de traumatismes psychiques. Enfin, il est important de noter qu'en utilisant la méthode de classification ascendante hiérarchique des sujets (méthode centroïde de Ward) sur la base des notes obtenues il est possible de mettre en évidence quatre profils dépendant de l'étalonnage établi par Damiani et Pereira-Fradin (2006, p. 23-24), il est possible de mettre en évidence quatre profils : Profil A : Syndrome psycho-traumatique intense ; Profil B : Syndrome anxiodépressif (sans syndrome psycho-traumatique déclaré) ; Profil C : Syndrome psycho-traumatique modéré (sans troubles dépressifs) ; Profil D : Syndrome psycho-traumatique léger. Cette dernière dimension ne sera étudiée qu'à la marge dans des études complémentaires à ce travail de recherche.

Comme le Traumaq permet d'évaluer la présence d'un Etat de Stress Post-Traumatique mais aussi celle de traumatismes psychiques liés à l'accouchement, il nous a semblé utile de ne pas proposer sa passation dans le post-partum immédiat (0-6 mois après l'accouchement) ce qui a exclu l'emploi de ce questionnaire à T₁ (3 mois après l'accouchement). Deuxièmement, ces dimensions étant déjà évaluées par le biais du Rorschach 9 mois après l'accouchement, nous avons également exclu la passation du Traumaq à T₂. En conséquence, nous avons donc choisi de réaliser la passation du Traumaq en présentiel 1 an après l'accouchement en T₃. Nous avons ainsi procédé à l'analyse comparative des résultats à ce test afin de pouvoir aborder la présence potentielle de traumatismes en fonction du mode d'accouchement 1 an après la naissance de l'enfant.

1.2.3. Présentation du protocole d'étude final : intégration des outils au sein de notre méthode exploratoire longitudinale et comparative

Après avoir présenté l'ensemble des spécificités méthodologiques liées à la sélection de nos outils comme à la formalisation de notre protocole de recherche, nous souhaitons donc dans ce dernier point représenter schématiquement le design de notre étude :

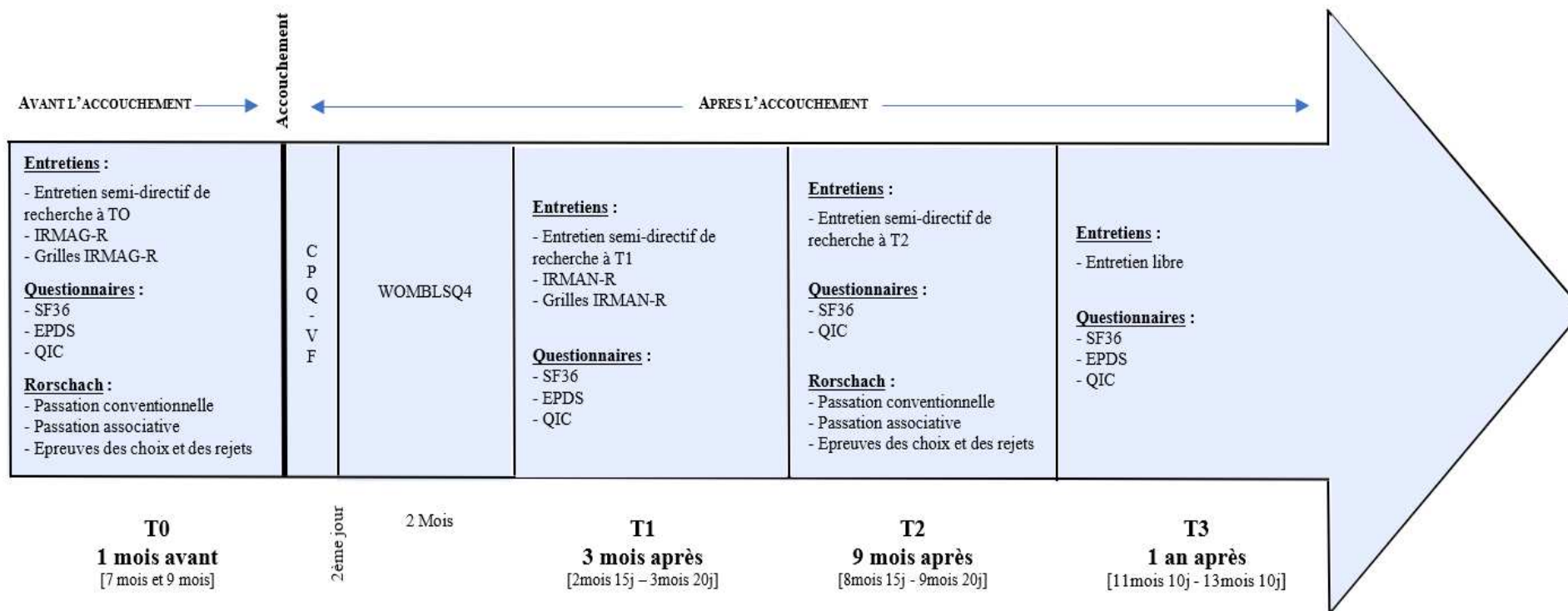


Schéma n°2 : Présentation du protocole de recherche

1.3. Population sélectionnée

Après avoir présenté l'ensemble des modalités liées aux évaluations menées par notre étude, nous présentons maintenant les critères populationnels de notre recherche. Pour ce faire, nous décrivons premièrement les critères d'inclusion et d'exclusion qui nous ont permis de sélectionner notre population. Puis, nous décrivons le mode de recrutement que nous avons choisi ainsi que les relais de recrutement mobilisés par notre protocole de recherche. Ensuite, nous abordons les éléments de catégorisation réalisés sur notre échantillon total. Nous présentons ensuite un résumé des données concernant la population que nous avons rencontrée en fonction des catégories que nous avons réalisées. L'ensemble de ces indicateurs nous permettra à terme de présenter dans une dernière partie les caractéristiques de notre échantillon (distribution, représentativité...).

1.3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion concernant les femmes rencontrées

Au commencement de notre réflexion méthodologique, nous avons premièrement du nous positionner sur les critères d'inclusion permettant le recrutement des patientes rencontrées. Ici, nous décrivons donc successivement chaque critère en présentant les raisons de sa présence.

✓ Le critère de primiparité

Outre le fait qu'une recherche sur l'épisiotomie induit obligatoirement de rencontrer des femmes enceintes, il nous a semblé utile de discuter plus précisément du critère de parité. Pour rappel, il existe plusieurs appellations permettant de caractériser le type de grossesse d'une femme. Aussi, lorsqu'une femme est qualifiée de *primigeste*, cette appellation signifie que cette femme porte pour la première fois de sa vie un embryon ou un fœtus en son sein. Une *femme primipare* renvoie au fait qu'il s'agit d'une femme enceinte d'un enfant et qui s'apprête à vivre son premier accouchement⁷³. Être primipare ne signifie donc pas forcément être primigeste car une femme peut très bien avoir connu une expérience de grossesse arrêtée antérieure ou encore une IVG. Enfin, une *femme multipare* est une femme ayant déjà eu un enfant et qui s'apprête à accoucher au moins pour la seconde fois.

Dans le cas de notre étude portant sur l'accouchement, il nous a semblé évident d'exclure les femmes qui avaient déjà accédé à la maternité du fait de la connaissance acquise sur cette expérience pouvant être un biais, mais surtout de fait de l'établissement de

⁷³ Cette appellation est parfois substantivée dans de nombreuses études épidémiologiques pour désigner les femmes qui ont accouché d'un seul enfant.

remaniements identitaires dus à l'accession à la maternité (Palacio-Espasa, 2004). Les patientes recrutées ne pouvaient donc pas être multipares. Dans un second temps, nous avons considéré que tout vécu de mort fœtale (grossesse arrêtée ou I.V.G) ne devait pas être considéré comme un critère d'exclusion. Cette décision s'est faite sur la base de deux critères. Tout d'abord, il est important de rappeler qu'une femme sur quatre connaît l'expérience d'une grossesse arrêtée et que cet aspect concerne 12% des grossesses sachant que ce taux est vraisemblablement très sous-estimé, voire sous-déclaré⁷⁴ (Delabaere et al., 2014). Nous avons donc trouvé préoccupant d'exclure ainsi tout un pan populationnel de notre étude en ne retenant que les femmes primigestes. De même, une grossesse arrêtée n'inclut pas nécessairement de vivre une situation d'accouchement et donc d'expérimenter ou non une épisiotomie⁷⁵. Ce deuxième argument nous a donc permis de confirmer le critère d'inclusion numéro 1 :

Aussi, nous avons retenu comme critère d'inclusion numéro 1 suivant : **La femme enceinte rencontrée doit être primipare.**

✓ Le critère d'âge

Un second critère concerne la notion d'âge. Ce critère revêt une importance particulière notamment lorsqu'il peut questionner le processus de sexualité. Effectivement, nous avons précédemment souligné le fait que la phase adolescente était le lieu d'un remaniement identitaire possible (Chagnon, 2005). Aussi, afin de minimiser d'éventuels biais provenant de l'influence de ce remaniement identitaire sur celui lié à l'accession à la maternité, il nous a semblé pertinent d'exclure les grossesses portant sur cette période de vie. Même s'il n'existe aujourd'hui aucun consensus ayant permis de déterminer la fin de l'adolescence (16 ans ? 18 ans ? 25 ans ?), et si tant est que ce processus puisse être généralisable, nous avons décidé de proposer un critère arbitraire ayant pour but de ne pas inclure de femmes encore inscrites dans le processus adolescent sans être trop sévère dans notre sélection. Nous avons donc retenu l'âge de 21 ans pour les raisons susnommées mais aussi, car il s'agit de l'âge maximum légal d'accès à la majorité dans le monde.

Le critère d'inclusion numéro 2 est donc : **La femme enceinte rencontrée doit avoir plus de 21 ans.**

⁷⁴ Enfin, il n'est pas exclu que de nombreuses femmes ne déclarent pas aux services de soin, ou lorsque certaines consultations sont réalisées en présence de leur conjoint, une première expérience de grossesse arrêtée.

⁷⁵ Lors de grossesses arrêtées tardives, les protocoles en vigueur recommandent de procéder à un accouchement de l'enfant mort in utero. Cette situation qui aurait pu représenter un biais ne s'est pas présentée dans notre échantillonnage.

✓ Le critère de conjugalité

Notre recherche a pour but d'étudier l'impact d'une pratique obstétrique sur le psychisme des femmes en suite de couche et une de ses hypothèse porte particulièrement sur le vécu intime. Dès lors, dans les situations où l'accouchement peut entraver l'accès à l'intimité sexuelle ou affective et que ces aspects peuvent aider à la compréhension du vécu post-accouchement il aurait été fort regrettable d'exclure de nombreuses participantes de notre analyse. De même, certaines de nos hypothèses concernent spécifiquement la sexualité du post-partum ou encore le sentiment de féminité et sur ce point il est important de rappeler que ces deux axes s'exercent en partie de manière agie dans la relation à l'autre⁷⁶. Aussi, il nous a semblé préférable de rencontrer des femmes étant au moment du recrutement engagées dans une relation de couple.

Nous avons donc retenu comme critère d'inclusion numéro 3 : **La femme enceinte rencontrée doit être en couple.**

✓ Le critère "présence de pathologie congénitale"

La survenue d'une pathologie congénitale ou le diagnostic d'un handicap au cours d'une grossesse est un évènement extrêmement anxiogène dont l'impact psychologique sur la mère en devenir et le couple peut être traumatogène (Marteau et Mansfield, 1998, Horsch et al., 2013, Luz et al., 2016). Afin de limiter d'éventuels biais liés à la présence de ces facteurs, nous les avons retenus comme des critères d'exclusion.

Le critère d'exclusion numéro 1 retenu est : **La présence d'un handicap, de pathologie et/ou malformation congénitale.**

✓ Le critère "grossesse gémellaire"

Les grossesses gémellaires concernent aujourd'hui 1.7% des accouchements (Bellamy et al., 2014). L'impact de cette situation entraîne de nombreuses conséquences à la fois au niveau de l'accouchement (déclenchement éventuel, naissance prématurée possible, césarienne prophylactique...) (Blondel, 2004) comme de nombreuses conséquences psychologiques en post-natal (Garel et al., 2006). Dès lors, Il nous a semblé pertinent d'exclure ces situations

⁷⁶ Selon Bergeret et al., (2001), la sexualité agie est l'expression de la sexualité psychique.

spécifiques car l'impact de la naissance gémellaire sur l'accouchement ou en suite de couche pouvait engendrer l'apparition de biais trop importants.

Le critère d'exclusion numéro 2 est donc : **La grossesse gémellaire.**

✓ Le critère "antécédents psychiatriques"

Un dernier critère que nous avons choisi de relever est un critère communément nommé dans les critères d'exclusion de beaucoup d'études. Effectivement, la présence d'antécédents psychiatriques est souvent considérée comme un facteur de vulnérabilité face aux évènements de vie. Nous avons donc décidé de retenir ce critère afin que la collusion de ces éventuelles fragilités avec le vécu de l'accouchement et ses conséquences n'engendre l'apparition de résultats source de biais. Nous avons donc décidé d'exclure l'ensemble des antécédents psychiatriques sévères à l'exception de la dépression que nous considérons (lorsqu'elle est passagère) comme un processus réactionnel éventuellement possible face à des événements de vie.

Le critère d'exclusion numéro 3 est donc : **Antécédents psychiatriques sévères.**

✓ Récapitulatif des critères d'inclusion et d'exclusion populationnels de notre étude

Les réflexions que nous avons menées au sujet de la population sélectionnée nous ont permis d'ériger une liste comprenant trois critères d'inclusion et trois critères d'exclusions. Afin d'offrir plus de lisibilité au lecteur, nous avons souhaité les faire figurer dans le tableau suivant :

Critères de sélection populationnels	
3 critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • La femme enceinte rencontrée doit être primipare • La femme enceinte rencontrée doit avoir plus de 21 ans • La femme enceinte rencontrée doit être en couple
3 critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • La présence d'un handicap, de pathologie et/ou malformation congénitale • La grossesse gémellaire • La présence d'antécédents psychiatriques

Tableau n°8 : Critères de sélection des participantes.

Ces critères présentées nous pouvons maintenant aborder les principes inhérents au mode de recrutement des participantes.

1.3.2. Mode de recrutement

Le mode de recrutement inhérent à notre étude s'est basé sur deux types de sélections différents s'appuyant sur la réalisation d'un document de liaison. Nous souhaitons donc présenter ces deux relais de recrutement et leurs spécificités. Une première partie porte donc sur le recrutement réalisé au sein de la Polyclinique Majorelle. Ensuite, une seconde partie porte sur la procédure de recrutement employée, les dispositions prises en ce sens et notamment la collaboration avec Mme Sandrine Hamlin, sage-femme de préparation à la naissance. Enfin, nous discuterons des modalités du recrutement libre, également basé sur le bouche à oreille et les réseaux professionnels. Nous concluons ce point par l'évocation des biais éventuels liés à ces modalités de recrutement et proposerons un tableau résumant l'ensemble des caractéristiques du recrutement pour chaque patiente.

✓ Le recrutement réalisé au sein de la clinique Majorelle

Le recrutement des participantes de notre recherche s'est organisé en fonction de critères que nous avons établis avant la mise en place de notre étude. Ce mode de recrutement s'est construit sur une dynamique de recherche articulée avec la Polyclinique Majorelle de Nancy (Meurthe-et-Moselle, Grand-Est, France)⁷⁷. Nous présentons donc ici les modalités de construction de ce partenariat et les implications que ce dernier a engendré au niveau de la dynamique de notre recherche. Au sein de cette institution nous nous sommes appuyé sur certains canaux de recrutement et notamment la précieuse aide de Sandrine Hamlin, sage-femme de préparation à la naissance. Sa contribution à notre travail fut exceptionnelle ! Effectivement, elle a réussi à elle seule l'exploit de nous orienter la majorité des patientes ayant intégré notre recherche. Outre sa participation dont nous précisons les modalités, d'autres relais ont été constitués et nous les décrivons dans un deuxième point. Enfin, nous présentons notre échantillon total en fonction des canaux de recrutement et nous discutons des biais éventuels qui lui sont liés.

✓ La collaboration avec la Polyclinique Majorelle : un lieu et une expérience

Lors de la construction de notre réflexion théorique au cours de notre Master 2, nous avons essayé de trouver un appui institutionnel pour mener à bien notre entreprise. Après

⁷⁷ Nous remercions très chaleureusement l'intérêt de l'ensemble de l'équipe d'encadrement de la Polyclinique Majorelle pour l'ensemble des facilités établies pour nous permettre de mener au mieux ce parcours de recherche.

quelques échanges, nous avons pu rencontrer Mme Sylvie de Lavergne au sein de la Polyclinique Majorelle et, suite à son accord et intérêt pour cette problématique, elle a su appuyer notre démarche par le biais de son savoir-faire institutionnel. Nous avons donc pu rencontrer l'encadrement de la Polyclinique Majorelle et notamment la direction des soins, le collège de gynécologie de la Polyclinique Majorelle et enfin le directeur M. Vanlangendonck à qui nous avons soumis une proposition de démarche de recherche. Ce parcours nous a permis d'une part d'affiner notre protocole de recherche en fonction des réalités institutionnelles, mais aussi de construire une dynamique de collaboration pérenne basée sur la mise en place d'une convention de recherche cadre entre l'université de Lorraine et la Polyclinique Majorelle, suivie d'une convention nominale spécifique à notre travail de recherche.

Située sur les hauteurs de la ville de Nancy, la Polyclinique Majorelle est une maternité de type (2B) (niveau de sécurité le plus élevé pour un établissement privé) comportant 86 lits de gynécologie obstétrique et dans laquelle toutes les spécialités sont représentées : Assistance Médicale à la Procréation, préparation à la naissance, prise en charge des grossesses, médecine néonatale (incluant un service de soins intensifs), cardiologie pédiatrique... La majorité de notre expérience de terrain en maternité comme la majorité du déroulé de cette recherche s'est donc déroulée au sein de la clinique Majorelle qui a accepté de nous donner libre accès à ses locaux et aussi la possibilité de pouvoir accueillir les patientes au sein du bureau de Mme de Lavergne avec laquelle nous avons apprécié collaborer durant ces cinq années.

Enfin, il a été nécessaire de présenter notre protocole de recherche aux différentes instances de la Polyclinique Majorelle (collège des gynécologues-obstétriciens, C.M.E., direction qualité). De même, nous avons organisé des rencontres avec les sages-femmes de préparation à la naissance, les sages-femmes présentes dans les services d'accouchement et celles officiant en suite de couche. En outre, nous avons formalisé de nombreuses rencontres individuelles avec les obstétriciens et l'encadrement mais aussi, nous avons établi des dynamiques de travail pérennes avec Mme Scheffler, M. Bol ou encore Mme Tennenbaum) ... L'ensemble de ces démarches a été une étape nécessaire visant à obtenir l'aval interdisciplinaire de toutes les instances concernées, mettre en place une dynamique de confiance interprofessionnelle impliquant l'incursion du psychologue dans le domaine médical et enfin nous permettre d'obtenir l'ensemble des autorisations nécessaires à la mise en place de notre recherche au sein d'un cadre de travail serein et connu de tous.

Cette étape nécessaire d'articulation institutionnelle s'est déroulée de septembre 2012 à décembre 2013 ce qui nous a permis de rencontrer à Majorelle nos premières patientes à partir d'avril 2014 et ce jusqu'en mai 2018 (date du dernier rendez-vous post-natal avec la dernière patiente incluse dans cette recherche).

✓ La procédure de recrutement : une dynamique interpersonnelle

Afin de faciliter notre démarche de recherche et après nous être engagés à respecter certains principes institutionnels et éthiques au travers d'un document que nous avons placé en annexe (Tome 1, Annexe 17), nous avons rédigé un document d'appui à l'intention des professionnels ayant accepté de s'engager à nos côtés. Ce document utilisé comme un flyer est également placé en annexe (Tome 1, Annexe 18). Le recrutement s'est appuyé sur la distribution de ce flyer qui était remis aux patientes et il pouvait en fonction des possibles être appuyé d'une information plus précise portant sur notre recherche. Dans un second temps, les patientes concernées pouvaient directement nous contacter par téléphone ou dans d'autres cas nous pouvions récupérer leurs coordonnées par le biais du professionnel impliqué (après avoir obtenu l'accord préalable des patientes concernées) et nous réalisions alors le premier contact téléphonique.

Dans notre étude, une majorité de patiente (29/43) a été orientée par une seule personne dont nous souhaitons saluer le travail formidable et l'aide précieuse : Sandrine Hamlin. En tant que sage-femme de préparation à la naissance, elle avait accès dans sa patientèle à de nombreuses femmes enceintes et nous avons remarqué que la qualité du lien thérapeutique qu'elle entretient avec les femmes qu'elle accompagne est un des facteurs principal de la réussite de ce recrutement. Au travers de cet aspect, nous avons d'ailleurs pu remarquer l'importance de la notion de confiance en l'opérateur des soins, et nous considérons aujourd'hui que cette force relationnelle a facilité le processus d'engagement de ces dernières à nos côtés au sein de notre recherche.

✓ D'autres modalités de recrutement des participantes : bouche à oreille, réseaux professionnels et entraide

D'autres canaux de recrutement ont été actionnés au travers de cette recherche. Ainsi, lors d'une présentation au *Collège de Gynécologie de Lorraine et des Régions de l'Est*, nous avons pu présenter notre protocole de recherche et distribuer les flyers réservés à certains

professionnels souhaitant nous apporter leur aide. Quatre patientes de l'échantillon final ont été orientées de cette manière. De même, le bouche à oreille a permis d'inclure 8 patientes dans notre échantillon. Le critère géographique retenu pour l'inclusion de ces participantes était que les femmes devaient habiter en Lorraine. Enfin, certaines patientes ayant participé à notre étude nous ont-elles même orienté certaines de leurs connaissances (2). L'ensemble de ces dynamiques de recrutement a permis de recruter un échantillon global de 43 patientes.

✓ Un recrutement organisé autour du principe de neutralité

Pour conclure ce point portant sur le processus de recrutement, nous devons apporter une dernière précision méthodologique. Effectivement, notre approche étant exploratoire, nous avons souhaité mettre en place une recherche non interventionnelle caractérisée par une neutralité permettant de s'approcher au plus près des conditions du quotidien⁷⁸. Pour ce faire, nous n'avons pas souhaité préciser l'objectif spécifique de notre travail. Aussi, il a été uniquement précisé par l'ensemble des professionnels ou relais de recrutements que l'étude que nous menions portait sur "l'impact psychologique de l'accouchement" au sens général, ce que nous confirmions par la suite lors des rencontres. Cette précaution a eu pour but d'accéder à des productions plus neutres, dénuées de toute volonté de témoignage spécifique ou à charge telles que nous pouvons le voir parfois dans les productions visant à relater une expérience vécue. Malgré leur intérêt, ces dernières sont souvent soumises à un fort biais de sélection et mènent parfois le lecteur voir le rédacteur à généraliser certaines conclusions sur la base de l'énonciation de cas particuliers spécifiques. Ainsi, notre approche n'a pas souhaité s'axer uniquement sur le mode d'accouchement ni en prénatal, ni en post-natal.

Par le biais de ce dernier aspect, nous concluons cette première grande partie portant sur les critères de sélection normatifs de notre étude. En justifiant chacun de nos choix méthodologiques, nous avons présenté les axes de réflexion sous-tendus par notre approche exploratoire (comparative et longitudinale). Puis, nous avons décrit avec précision l'ensemble des outils que nous avons employés. Enfin, nous avons réalisé un récapitulatif des critères inhérents au mode de recrutement. Il revient encore maintenant à formuler les précisions éthiques et légales de notre recherche que nous décrivons dans la partie suivante.

⁷⁸ *Cela, même si dans l'après-coup nous avons compris que la succession des entretiens a eu un effet contenant et empathique qui est un biais important concernant la neutralité et la recherche interventionnelle.*

2. PRINCIPES ETHIQUES, PROTECTION DES DONNEES ET ANONYMAT

L'étude que nous avons menée a été encadrée par de nombreuses précautions éthiques et légales, mais aussi par un souci de préserver l'anonymat des participantes tout en respectant le cadre réglementaire portant sur les conditions d'accès aux données sensibles telles que les données médicales. De nombreux procédés que nous souhaitons présenter ont donc été rigoureusement respectés, afin d'inscrire ce travail de recherche dans un cadre respectueux des personnes impliquées. Il nous semble donc primordial de présenter ce cadre en procédant premièrement à la présentation des préalables éthiques que nous avons effectués. Puis, nous décrivons les modalités inhérentes à la protection des données obtenues, en précisant également les actions que nous avons entreprises dans le but de préserver l'anonymat des participantes.

2.1. Cadre légal et principes éthiques

Afin de mener à bien notre recherche, nous avons respecté certaines étapes de construction d'un protocole de recherche. Pour commencer, il nous est important de préciser que ce travail est à l'origine de la création d'une convention de recherche entre l'université (et notamment le laboratoire INTERPSY) et la Polyclinique Majorelle. Cette convention cadre a ensuite été suivie de la création d'une convention nominale spécifique à notre étude. La réalisation de ces deux conventions a permis d'offrir un cadre légal à notre étude garantissant par la même occasion l'établissement et la maintien des principes éthiques de notre recherche. Ce cadrage législatif a permis la mise en place d'une procédure visant à valider les conditions d'encadrement éthique de notre recherche au travers d'une seconde démarche.

La seconde étape de cette démarche a effectivement consisté à soumettre au cours de l'année 2013 notre protocole de recherche à la validation d'un comité d'éthique. A cette époque, si la structure possédait son propre comité d'éthique, et que ce dernier se déclarait compétent pour étudier la question de la faisabilité d'une recherche, il n'était pas nécessaire de présenter cette démarche devant le Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomedicale (CCPPRB) devenus les Comités de Protection des Personnes (C.P.P.) en 2012. La Polyclinique Majorelle possédant son propre comité d'éthique, nous avons construit un dossier argumenté et notre protocole de recherche a été validé le 25 septembre 2013. Le compte rendu de séance est par ailleurs proposé en annexe (Tome 1, Annexe 19).

Cette démarche a ensuite été associée à une volonté de transparence vis-à-vis de l'ensemble des professionnels de terrain pouvant être concernés par notre étude. Nous avons donc rencontré l'ensemble des professionnels médicaux de la Polyclinique Majorelle lors d'une Commission Médicale de l'Etablissement ou nous y avons présenté notre protocole de recherche. De même, nous avons soumis notre démarche à la direction qualité de la Polyclinique Majorelle et nous avons à nouveau présenté l'ensemble de notre étude au collège des gynécologues obstétriciens de la Polyclinique Majorelle. Une information a ensuite été diffusée au sein du Réseau Périnatal Lorrain et enfin, une présentation de notre étude a été réalisée à l'initiative de Mme le Dr Scheffler lors d'une soirée d'étude du *Collège de Gynécologie de Lorraine et des Régions de l'Est*. Enfin, nous avons rencontré de nombreux gynécologues obstétriciens et sages-femmes au cours d'une démarche individuelle pour expliquer à chacun notre travail et obtenir leur accord de principe permettant de rencontrer les patientes qu'ils accompagnaient au quotidien. L'ensemble de cette démarche nous a semblé nécessaire pour garantir la réalisation d'un travail interdisciplinaire respectueux des pratiques de tous.

2.2. Protection des données, consentement éclairé et anonymat

Au cours de l'ensemble de nos tractations, nous avons été amené à co-contractualiser certains engagements vis-à-vis de la direction de la Polyclinique Majorelle mais aussi vis-à-vis des professionnels de santé concernés. Ainsi, nous avons donc mis en conformité notre protocole de recherche avec la *loi du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales* (Loi Huriet) amendée par la loi Kouchner de 2002. De même, nous avons dû vérifier la conformité de nos actions avec les règles de bonnes pratiques en matière de recherche édictées par l'Union Européenne (Conseil de l'Europe et de la Protection de la Santé) et enfin avec les principes éthiques de la déclaration d'Helsinki (WMA, 2013).

En conséquence, toute inclusion a été soumise à la signature d'un formulaire de consentement éclairé présentant le protocole de recherche ainsi que toutes les modalités éthiques, légales dévolues à la protection des individus acceptant d'intégrer une démarche de recherche. Nous présentons ce formulaire en annexe (Tome 1, Annexe 20). De même, nous avons également signé une mise en conformité avec la CNIL suite à la demande faite par le comité d'éthique de la Polyclinique Majorelle. Enfin, nous avons formalisé et co-contractualisé un document reprenant les principes éthiques de notre démarche avec la Polyclinique Majorelle que nous plaçons également en annexe (Tome 1, Annexe 17).

Pour finir, nous tenons à rappeler que toutes les données sensibles ont été anonymisées. Dans chaque situation nous avons présenté les dimensions anonymisées aux participantes et demandé leur accord de principe sur ce point et si le degré d'anonymisation leur convenait. Ainsi, chaque prénom de participantes a été remplacé par un nom de fleur que nous leur avons associé par libre association. Enfin, à la demande de certaines participantes, nous avons masqué ou remplacé certains éléments qui n'avaient pas d'incidence sur l'analyse de nos données. Par ailleurs, nous n'avons pas eu de demande de modification de données ni de suppression de données au cours de cette étude. L'ensemble de ces précautions méthodologiques présentées, nous pouvons maintenant décrire les caractéristiques de notre échantillon final.

3. CARACTERISTIQUES DE NOTRE ECHANTILLON ET REPRESENTATIVITE

Après avoir décrit l'ensemble des critères de sélection nous ayant conduit au recrutement de notre population de participantes, il nous reste à franchir une dernière étape nous séparant de l'opérationnalisation de nos hypothèses. Il s'agit de la présentation des caractéristiques de notre échantillonnage. Pour ce faire, nous décrivons premièrement les caractéristiques descriptives de notre échantillon. Puis, nous présentons le degré de représentativité de notre échantillon en le comparant aux données de la littératures. Enfin, nous présentons les modalités d'échantillonnage que nous avons choisies en vue d'analyser nos hypothèses.

3.1. Description des caractéristiques de la population recrutée et biais de sélection éventuels

Comme nous l'avons auparavant précisé, le recrutement que nous avons réalisé nous a permis d'inclure 43 femmes primipares au sein de notre étude. La constitution de cet échantillon repose sur deux variables principales de sélection : l'année de recrutement et les modalités de recrutement. Ici, nous présentons donc premièrement les étapes de la construction de notre échantillon dans un premier point. Puis, pour chacune des deux variables principales de sélection (année de recrutement, modalités de recrutement), nous justifions les données obtenues et nous présentons une réflexion concernant d'éventuels biais de sélection potentiels.

3.1.1. La construction de notre population d'étude

La constitution de notre échantillon s'est construite à la suite d'un processus de recrutement qui a initialement impliqué plus de participantes que celles initialement sélectionnées. Au départ, nous avions l'ambition de tester nos hypothèses sur un échantillon de 100 patientes permettant de comparer 4 groupes probabilistes (de 25 chacun) afin de pouvoir faciliter l'analyse statistique (et remplir certaines conditions de significativité). La charge de travail inhérente à ce souhait et les difficultés de recrutement sans doute initiées par nos choix méthodologiques nous ont amené à redimensionner la population escomptée en minorant de moitié nos attentes populationnelles.

La population que nous avons retenue pour notre étude est le résultat d'un processus de recrutement spécifique qu'il est nécessaire de présenter. Premièrement, à la suite des orientations faites par nos pairs, nous avons obtenu les coordonnées de 62 patientes potentielles. L'ensemble de ces femmes primipares a été contacté au cours d'un temps d'échange téléphonique visant à présenter avec précision les modalités organisationnelles de notre recherche, et surtout ne pas prendre de court les femmes avec une méthodologie lourde le jour du premier rendez-vous présentiel à T₀⁷⁹. Cette présentation a engendré 7 refus d'engagement. Les raisons évoquées par les femmes primipares étaient : un nombre de rendez-vous trop importants (n=5) et le fait de ne pouvoir faire ce travail par téléphone (n=2). Enfin une patiente nous a donné rendez-vous au domicile mais n'a jamais répondu et nous n'avons avec S. Hamlin plus jamais eu de nouvelles de sa part sachant qu'elle n'a pas poursuivi les cours de préparation à l'accouchement (n=1).

Ensuite, sur les 54 patientes rencontrées ayant accepté de s'engager dans ce protocole de recherche, une fonte d'échantillon importante a été observée (n=11). La première raison est directement liée à notre méthodologie. Effectivement, ayant programmé deux rendez-vous au cours du huitième mois de grossesse, 6 patientes ont accouché⁸⁰ entre le premier et le deuxième rendez-vous rendant impossible l'exploitation de leur données. Par respect pour leur engagement initial, nous avons toutefois continué notre protocole jusqu'à l'entretien du 9^{ème} mois sans en exploiter les données⁸¹. Ensuite, 1 patiente n'a plus répondu entre le premier

⁷⁹ Nous voulions effectivement éviter toute situation dite "du pied dans la porte" provoquant par un engagement déjà établi pour un rendez-vous un engagement plus long qui n'aurait pas été basé sur un libre accord initial réalisé en présence de tous les éléments de discernement.

⁸⁰ Dont 5 pour l'année 2015.

⁸¹ Ces rencontres nous ont aussi permis d'élargir la diversité des rencontres que nous avons fait en périnatalité et par le biais de cette expérience, enrichir nos réflexions théorico cliniques.

rendez-vous de T₀ (en prénatal) et le second rendez-vous⁸². Enfin, une dernière femme n'a plus souhaité revenir en soulignant qu'après réflexion et échanges avec son compagnon, la somme de rendez-vous en post-natal associée à ses difficultés de santé (HTA, menace d'accouchement prématuré) avait plaidé en défaveur de son engagement. Enfin, post-natal, 4 patientes ont stoppé leur participation. Les raisons évoquées étaient une séparation du couple et une volonté de ne pas se confronter à une réflexion introspective dans l'immédiat (2, dont un après le rendez-vous T₁), un déménagement (1) et enfin une participante a exprimé ne plus arriver à gérer son temps et n'être plus disponible pour les rendez-vous (1). A l'exception d'une seule situation survenue 6 mois après l'accouchement, ces arrêts se sont produits entre l'accouchement et T₁ ne nous laissant donc pas la possibilité de rencontrer ces femmes 3 mois après l'accouchement.

Au final, 43 patientes ont participé à cette étude. Il est possible que cet échantillonnage soit constitué de femmes pour lesquelles la capacité d'engagement thérapeutique était facilitée. Il est possible que cette caractéristique ait permis l'émergence d'un échantillon moins concerné par des problématiques précœdipiennes sachant que cet indicateur a été isolé comme un des indicateur du refus d'engagement thérapeutique en prénatal (Garnier, 2009 ; de Noose, 2011). De manière qualitative, nous avons eu l'impression que les difficultés d'engagement ou les arrêts motivés par des raisons subjectives sont majoritairement survenus chez des sujets plutôt défensifs et pour lesquels il semblait difficile de pouvoir construire une relation duelle positive et pérenne. A posteriori, nous avons pu coupler cette intuition clinique avec l'analyse des données des tests de Rorschach obtenus à T₀ au sein d'un travail portant sur la construction de normes dévolues à la périnatalité.

En dehors du principe de fonte de l'échantillon, la population que nous avons obtenue, doit encore être appréhendée sous l'angle de deux aspect majeurs concernant notre perspective d'échantillonnage : l'année de recrutement et les modalités de recrutement.

3.1.2. Année de recrutement

Afin de recruter notre population de 43 participantes, notre travail de recherche s'est appuyé sur une phase de recrutement comprise entre septembre 2013 et décembre 2017. Cette étape de recrutement a été soumise à de nombreux facteurs rendant la distribution de notre

⁸² *Nous formulons ici l'hypothèse que ce désengagement est du à l'évocation de difficultés dans le passé de la participante (question 40-42), cela ajouté à la passation associative du Rorschach (marquée par de nombreuses réponses C' et "chocs") qui a été marquée par une émotivité particulière.*

échantillonnage en fonction de l'année de recrutement très inégale comme le montre le tableau suivant :

Année d'inclusion	Nom anonymisé des participantes	Total
2013	Tournesol ; Lilas ; Azalée ; Pâquerette ; Lys	5
2014	Buddleia ; Aubriétia ; Violette ; Capucine	4
2015	Soleil ; Cyclamen ; Camomille	3
2016	Marie-Louise ; Jonquille ; Lotus ; Dahlia ; Gypsophile ; Jasmin ; Pivoine ; Iris ; Alysée ; Clématite ; Cosmos ; Freesia ; Rose d'inde ; Ancolie ; Géranium ; Ipomée ; Pétunia ; Glycine ; Hibiscus ; Primevère	20
2017	Rose ; Myosotis ; Anémone ; Pensée ; Œillet ; Passiflore ; Zinnia ; Surfinia ; Immortelle ; Hyacinthe ; Tulipe	11

Tableau n°9 : Liste des participantes en fonction de leur année d'inclusion

Tout d'abord, d'un point de vue comparatif, il est possible de remarquer une grande disparité de recrutement entre les années 2016-2017 (comportant 31 recrutements) et les années 2013-2014 et 2015 (regroupant seulement 12 inclusions). Cette différence s'appuie sur quatre arguments intrinsèquement liés que nous avons souhaité présenter :

Tout d'abord, il est nécessaire de rappeler que l'obtention des multiples accords visant à permettre l'inclusion des participantes au sein de la polyclinique Majorelle n'a été obtenu qu'au cours de l'année 2014. Les inclusions des deux années 2013 et 2014 ont donc été majoritairement réalisées par le biais du bouche à oreille (ce qui à cette époque a drastiquement restreint nos possibilités d'inclusion). Dans un second temps, nous pensons que cette dynamique est également liée à l'établissement d'une relation de confiance avec les professionnels de terrain. A notre sens, une telle relation n'est pas un donné immédiat mais plutôt un construit s'étayant premièrement sur un lien interpersonnel puis sur une co-reconnaissance des attributions professionnelles. C'est donc en grande partie sur la base de cette construction, qu'il nous a été possible d'intégrer la dynamique de contenance professionnelle apportée par le système de soin périnatal de la Polyclinique Majorelle et bénéficier de nombreux recrutements. A notre sens ce processus prend du temps et il ne s'est pleinement exprimé qu'à partir de la fin de l'année 2015. Un troisième argument s'appuie sur la fonte d'échantillon que nous avons rencontrée. En effet, au cours de l'année 2015, nous avons connu une fonte

d'échantillon de 5 patientes. Au cours de ces cinq situations, les femmes ayant accepté de participer à notre étude avaient réalisé le premier rendez-vous avant l'accouchement. Cependant, elles ont accouché avant de revenir pour le second rendez-vous⁸³. A la fin de l'année 2015, nous avons donc reculé la date d'inclusion minimale avant l'accouchement à 7 mois et demi (la date initiale était de 8 mois et 1 semaine) ce qui nous a permis de reculer les rencontres et éviter une fonte d'échantillon trop importante. Enfin, il faut aussi préciser que nous avons exercé un poste de psychologue clinicien à temps plein durant toutes nos années de thèse. Cependant, jusqu'en mars 2016, nous n'avions pas la possibilité de disposer d'un temps F.I.R. (Formation Information et Recherche)⁸⁴. Il nous a donc été difficile de faire preuve d'une grande disponibilité les premières années entravant donc la possibilité d'un recrutement massif de participantes.

En conséquence, la majorité des participantes a été incluse entre 2016 et 2017. A notre sens, cette particularité n'induit toutefois pas de biais de sélection spécifique car notre population d'étude n'a pas été impactée par des facteurs liés à cette distribution. Effectivement, hormis la réforme de la profession de sage-femme, il n'y a pas eu entre 2013 et 2017 de changements notables dans les politiques de soins périnataux. L'accompagnement périnatal étant restée globalement le même en France entre 2013 et 2017 nous pouvons donc exclure la présence d'un biais de sélection lié à l'année de recrutement des participantes.

3.1.2. Modalités de recrutement

Comme nous avons pu le préciser précédemment, les modalités de recrutements que nous avons employées se sont appuyées sur deux principaux canaux : la dynamique de travail construite avec S. Hamlin et le recrutement spontané basé sur l'entraide et les réseaux professionnels. L'investissement remarquable de notre collègue S. Hamlin soutenue par le travail de liaison riche et constant de notre tutrice Sylvie de Lavergne au sein de la Polyclinique Majorelle, a permis de nombreux recrutements. Nous présentons par ailleurs la dispersion de ces derniers au sein du tableau page suivante :

⁸³ *Par respect pour l'implication de ces femmes, nous avons réalisé le protocole de recherche jusque 3 mois après l'accouchement et un retour a été fait à chacune d'entre-elles.*

⁸⁴ *Nous tenons à remercier Mme Astier qui en tant que DRH de l'hôpital de Jury les Metz a été à l'écoute de nos difficultés et qui, à la suite d'une rencontre sur ce point en mars 2016, a pris la décision d'élargir aux "contractuels temps plein" la possibilité de disposer d'un temps FIR.*

Canal de recrutement	Nom anonymisé des participantes	Total
Participant recrutées au sein de la Polyclinique Majorelle par le biais des cours de préparation à la naissance	Alysse ; Anémone ; Aubriétia ; Azalée ; Camomille ; Capucine ; Clématite ; Cosmos ; Dahlia ; Freesia ; Gypsophile ; Hibiscus ; Hyacinthe ; Immortelle ; Ipomée ; Iris ; Jasmin ; Jonquille ; Lilas ; Lotus ; Myosotis ; Œillet ; Passiflore ; Pétunia ; Primevère ; Rose-d'Inde ; Soleil ; Surfinia ; Violette	29
Participant recrutées de manière libre (Bouche à oreille, réseau professionnel entraide...)	Ancolie ; Buddleia ; Cyclamen ; Géranium ; Glycine ; Lys ; Marie-Louise ; Pâquerette ; Pensée ; Pivoine ; Rose ; Tournesol ; Tulipe ; Zinnia	14

Tableau n°10 : Modalité de recrutement des participantes en fonction du canal de recrutement

Comme nous pouvons le constater, 29 participantes ont été sélectionnées par S. Hamlin. Toutes ces femmes ont été recrutées au sein des cours de préparation à la naissance qu'elle réalise. En revanche, seules 14 participantes ont été incluses par divers procédés comme l'entraide, les réseaux professionnels, le bouche à oreille... Il a donc été important d'évaluer la potentialité d'un biais de sélection inhérent à cette dispersion. Parmi de nombreuses dimensions potentielles, nous avons souhaité évaluer la présence d'un biais concernant le taux de préparation à l'accouchement dans notre échantillon. Effectivement, il est possible en ayant intégré une partie très importante de femmes ayant participé aux cours de préparation à la naissance que certaines situations d'accès à la maternité ne soient pas représentées (grossesse refusée, difficulté d'accès aux soins, difficile confrontation au rôle de mère...).

Afin de vérifier cet aspect, nous avons réalisé une Loi de comparaison à la norme visant à comparer nos proportions observées aux proportions théoriques fournies par la littérature scientifique. Au travers d'un calcul manuel, visant à caractériser la représentativité de notre échantillon sur la base de la préparation à la naissance, nous avons estimé le Z-score dont la formule est présentée ci-dessous pour ensuite le comparer aux valeurs de la loi normale⁸⁵ :

85

$$z = \frac{p - \pi}{\sqrt{\frac{\pi \times (1 - \pi)}{n}}}$$

En donnant à π la valeur de 0.78 (correspondant au pourcentage arrondi à l'unité de préparation à la naissance pour les femmes primipares en 2016 établi par Blondel et al en 2016 sur 4971 femmes⁸⁶). Puis en notant que d'après le tableau n° 11 (p. 189), la moyenne des femmes rencontrées ayant suivi un cours de préparation à la naissance dans notre échantillon correspond à $p = 0.91$. Nous obtenons donc un Z-score de 2.06 nous faisant de fait rejeter H_0 considérant qu'il n'y a pas de différence entre les dispersions. En conséquence, en prenant le critère "préparation à la naissance", notre échantillon n'est pas représentatif. Il est donc possible que cet aspect soit à l'origine d'un biais de sélection.

A notre sens, ce biais recouvre plusieurs interprétations cliniques possibles. Nous avons retenu l'une d'entre elle. Tout d'abord, nous considérons que les femmes primipares impliquées dans une démarche de préparation à la naissance ont plus tendance à investir le processus de maternalité en adoptant une attitude proactive à cet égard. A l'inverse, le refus de s'engager dans une démarche de préparation à la naissance peut être soumis à de très nombreux facteurs mineurs (pudeur, peur d'une démarche groupale, soutien familial...) mais aussi dans certaines situations, plus complexes (vécu de grossesse difficile, refus d'accès à l'identité maternelle...). En ayant un taux de préparation à la naissance plus élevé que la moyenne, il est donc probable que nous n'ayons pas intégré dans notre population un nombre suffisant de situations potentiellement difficiles ou de femmes présentant des difficultés vis-à-vis du processus de maternalité⁸⁷. Ce biais potentiel et son incidence probable sur le vécu général des femmes sera donc systématiquement associé à nos interprétations. Cette précision réalisée, nous pouvons maintenant passer à l'évaluation de la représentativité de notre échantillon.

⁸⁶ L'enquête nationale périnatale de 2016 a effectivement pu montrer que le taux de préparation à la naissance pour les femmes primipares était de 77.9% en 2016 (I.N.S.E.R.M., et D.R.E.S.S., 2016).

⁸⁷ Durant la période de recrutement, nous avons d'ailleurs été amené à discuter de cette possibilité devant la richesse produite par les rencontres que nous avons réalisées ; remarquant alors l'absence de femmes affectée par la maternité dans notre échantillon.

3.2. Analyse de la représentativité de l'échantillon constitué

Pour étudier la représentativité de notre échantillon, il est nécessaire de respecter plusieurs étapes. La première consiste à déterminer à l'avance certaines caractéristiques majeures de notre échantillon et présenter leurs distributions. Cette démarche est réalisée dans un premier point descriptif. Ensuite, nous présentons dans un second temps les données descriptives liées à chacune de ces caractéristiques (moyenne, écart-type, variance) en précisant à chaque fois le mode de calcul employé. Enfin, sur la base de ces éléments, une analyse statistique de comparaison des normes est effectuée sur chaque caractéristique afin de déterminer la tendance inférentielle⁸⁸ de notre échantillon. Cet aspect est présenté dans un dernier point dont l'intérêt est d'être un préalable nécessaire à l'opérationnalisation de nos hypothèses.

3.2.1. Présentation de la distribution des données de l'échantillon final

Afin de présenter l'ensemble des caractéristiques que nous avons sélectionnées nous avons décidé de les décrire sous la forme d'un tableau récapitulatif présentant la distribution de chaque caractéristique en fonction de notre population. Chacune des caractéristiques sélectionnée a été choisie pour sa valeur inférentielle potentielle et sa pertinence. Autrement dit, il s'agit des catégories populationnelles de classement habituellement discriminées dans les études scientifiques car elles sont considérées comme des facteurs de risque ayant une influence sur les *outcomes statistiques* des femmes au cours de la période périnatale.

Concernant la sélection des variables de ce tableau, nous ne présentons pas celles déjà induites par notre processus de sélection comme la primiparité, la conjugalité, ou encore le critère "grossesse unique". Les variables retenues sont donc l'âge, le mode d'accouchement, le terme, le poids de l'enfant à la naissance, la variable préparation à l'accouchement, le taux de PMA, les antécédents d'IVG, les antécédents de grossesse arrêtées et le taux de dépression prénatale observé à partir des résultats de l'EPDS prénatal (lorsque le résultat est > 11) et présent dans les annexes cliniques (Tome 2). L'ensemble de ces données est concaténé dans le tableau n°11 situé à la page suivante :

⁸⁸ L'inférentialité permet de généraliser les conclusions observées au sein de notre à la population générale

Rang	Nom	Année	Age	Mode Accouchement	Prénom enfant	Terme	Poids	Préparation à l'accouchement	PMA	IVG	Grossesse Arrêtée	Dépression
1	Gypsophile	2016	27	VBS	Corentin	Terme	3kg990	Oui	Non	Non	Non	Non
2	Hibiscus	2016	27	VBS	Marceau	Terme	3kg950	Oui	Non	Oui	Non	Non
3	Lvs	2013	23	VBS	Éléna	Terme	3kg380	Non	Non	Non	Non	Non
4	Marie-Louise	2016	29	VBS	Anna-Lou	Terme	2kg820	Oui	Non	Non	Oui	Non
5	Éillet	2017	24	VBS	Elisa	Terme	3kg380	Oui	Non	Non	Oui	Non
6	Passiflore	2017	30	VBS	Edouard	Terme	3kg980	Oui	Non	Non	Non	Non
7	Primevère	2016	27	VBS	Jules	Terme	2kg960	Oui	Non	Oui	Non	Non
8	Violette	2014	34	VBS	Alice	Terme	3kg450	Oui	Non	Non	Non	Oui
9	Zinnia	2017	26	VBS	Romie	Terme	2kg740	Oui	Non	Non	Oui	Non
10	Ancolie	2016	27	Déchirure	Arnaud	Terme	3kg600	Oui	Non	Non	Non	Non
11	Azalée	2013	30	Déchirure	Axel	Terme	3kg590	Oui	Non	Non	Non	Non
12	Budjélia	2014	28	Déchirure	Zoé	Terme	4kg500	Oui	Non	Oui	Non	Oui
13	Capucine	2014	25	Déchirure	Ezio	Terme	2kg930	Oui	Non	Non	Non	Oui
14	Cosmos	2016	33	Déchirure	Louise	Terme	3kg750	Oui	Non	Oui	Non	Non
15	Cyclamen	2015	26	Déchirure	Lucie	Terme	3kg080	Oui	Non	Non	Non	Non
16	Freesia	2016	35	Déchirure	Ambre	Terme	2kg600	Non	Non	Oui	Non	Non
17	Immortelle	2017	28	Déchirure	Gaspard	Terme	4kg200	Oui	Non	Oui	Non	Non
18	Myosotis	2017	25	Déchirure	Clara	Terme	3kg200	Oui	Non	Non	Non	Oui
19	Pensée	2017	28	Déchirure	Eloïse	Terme	3kg320	Non	Non	Oui	Non	Non
20	Rose d'inde	2016	32	Déchirure	Joakim	Terme	3kg070	Oui	Non	Non	Non	Non
21	Surfinia	2017	23	Déchirure	Noélia	Terme	2kg760	Oui	Oui	Non	Non	Oui
22	Alyssée	2016	39	Épisiotomie	Clémentine	Terme	3kg060	Oui	Non	Non	Non	Non
23	Anémone	2017	26	Épisiotomie	Gabrielle	Terme	2kg820	Oui	Non	Non	Non	Non
24	Camomille	2015	29	Épisiotomie	Louise	Terme	3kg220	Oui	Non	Non	Non	Non
25	Clématite	2016	31	Épisiotomie	Maëlle	Terme	3kg500	Oui	Non	Non	Non	Non
26	Dahlia	2016	30	Épisiotomie	Amélia	Terme	2kg700	Oui	Oui	Non	Non	Non
27	Géranium	2016	27	Épisiotomie	Mathieu	Terme	3kg135	Oui	Non	Non	Oui	Oui
28	Glycine	2016	28	Épisiotomie	Elise	Terme	3kg050	Oui	Non	Non	Non	Non
29	Jasmin	2016	33	Épisiotomie	Yasmine	Terme	3kg100	Oui	Non	Non	Non	Non
30	Jonquille	2016	26	Épisiotomie	Lilou	Terme	3kg400	Oui	Non	Non	Non	Non
31	Lilas	2013	27	Épisiotomie	Camille	Terme	3kg125	Oui	Non	Non	Non	Non
32	Pâquerette	2013	28	Épisiotomie	Sasha	Terme	3kg150	Oui	Non	Non	Non	Non
33	Pétunia	2016	32	Épisiotomie	Louis	Terme	3kg490	Oui	Oui	Non	Oui	Non
34	Pivoine	2016	26	Épisiotomie	Lou	Terme	3kg165	Oui	Non	Oui	Non	Non
35	Soleil	2015	36	Épisiotomie	Juliette	Terme	3kg300	Oui	Non	Non	Non	Non
36	Tourmesol	2013	25	Épisiotomie	Liam	Terme	3kg850	Oui	Non	Non	Non	Non
37	Tulipe	2017	22	Épisiotomie	Lyna	Terme	3kg510	Oui	Non	Non	Non	Non
38	Aubriéta	2014	29	Césarienne	Arthur	Terme	3kg750	Oui	Non	Non	Non	Non
39	Hyacinthe	2017	32	Césarienne	Louis	Terme	4kg670	Oui	Non	Non	Non	Non
40	Ipomée	2016	27	Césarienne	Sacha	Terme	3kg580	Oui	Non	Non	Non	Non
41	Iris	2016	27	Césarienne	Mathéo	Terme	3kg300	Oui	Non	Non	Non	Non
42	Lotus	2016	31	Césarienne	Marceau	Terme	2kg640	Oui	Non	Oui	Non	Non
43	Rose	2017	30	Césarienne	Kiomi	Terme	2kg800	Non	Non	Non	Non	Non

Tableau n° 11 : Présentation de la distribution des données de l'échantillon en fonction de ses caractéristiques principales

3.2.2. Moyennes, médiane et fréquence des caractéristiques de notre échantillon

Après avoir présenté la distribution des valeurs de notre échantillon en fonction des caractéristiques préalablement sélectionnées de notre partie précédente, il est ensuite nécessaire de présenter les données descriptives de cet échantillon. Pour ce faire, nous présentons dans un premier temps les moyennes correspondant aux variables “*poids de l'enfant*” et “*âge de la parturiente*”. Puis, en fonction des critères de cotations de chaque variable concernées, nous présentons les fréquences des autres caractéristiques.

✓ Présentation des moyennes de notre échantillon :

Les moyennes de notre échantillon ne pouvant être présentée que sur la base de variables quantitatives, nous présentons ici uniquement les moyennes des variables “*poids de l’enfant*” et “*âge de la parturiente*”. Ces données sont disposées dans le tableau ci-dessous :

Variable	Moyenne	Ecart type (σ)	Variance (S^2)
Poids du bébé	3.339	.48	.233
Âge de la participante	28.56	3.614	13.062

Tableau n°12 : Moyennes des caractéristiques de l'échantillon final

✓ Présentation des fréquences de notre échantillon :

D'autres caractéristiques que nous avons sélectionnées ne peuvent être présentées qu'en fonction de leur fréquence d'apparition dans l'échantillon. Ces dernières sont présentées au sein du tableau suivant.

Tableau n°13 : Fréquences observées en fonction des caractéristiques de notre population

Variable	Effectifs	Fréquence exprimée en pourcentage
Voie basse simple*	9/43	.243 (24.3%)
Déchirure*	12/37	.324 (32.4%)
Épisiotomie*	16/37	.432 (43.2%)
Césarienne	6/43	.14 (14%)
Préparation à l'accouchement	39/43	.907 (90.7%)
Procréation médicalement assistée	3/43	.07 (7%)
IVG	9/73	.209 (20.9%)
Grossesse arrêtée	5/43	.116 (11.6%)
Dépression	6/43	.14 (14%)

* Donnée étudiée sur les Voie Basse uniquement (exclusion des césarienne de l'échantillon total)

Au sein de cet ensemble nous pouvons observer les fréquences spécifiques de chaque caractéristiques. Une distinction a toutefois été faite concernant le mode d'accouchement. Effectivement, il aurait été aberrant d'étudier la fréquence de l'épisiotomie, celle des déchirures ou encore le taux de périnée pseudo-intact (VBS) sur un échantillon impliquant des césariennes (excluant de fait la présence d'une épisiotomie/déchirure/ou périnée intact). Aussi, ces

fréquences ont été calculées sur la base des 37 femmes n'ayant pas eu de césarienne. L'ensemble de ces informations descriptives étant dorénavant disponible, il est maintenant possible d'étudier la représentativité de notre échantillon en la comparant aux fréquences et moyennes théoriques disponibles dans la littérature scientifique.

3.2.3. Analyse de la représentativité de l'échantillon constitué

La constitution de notre échantillon s'est basée sur une méthode empirique. Comme nous l'avons présenté, les modalités de recueil se sont appuyées sur la base d'une sélection aléatoire uniquement fondée sur l'acceptation d'engagement des participantes. Nous sommes donc ici en présence d'un échantillon non probabiliste⁸⁹. Etant dans un plan d'étude longitudinal et comparatif, il est important de préciser que notre évaluation initiale ne nous permettait pas de connaître les modalités d'échantillonnage futures. L'étude que nous avons menée s'approche très fortement des conditions d'un essai clinique randomisé à affectation cachée⁹⁰.

L'étude de la représentativité de notre échantillon est donc une étape nécessaire et préalable à toute réflexion quantitative. Effectivement elle permet de déterminer si la structure de notre population est représentative de la population générale. Si tel est le cas, les conclusions obtenues à la suite de notre analyse peuvent être soumises à une inférence statistique. Autrement dit, il sera possible de considérer les résultats obtenus comme le reflet des tendances de la population générale.

Les deux premières données que nous avons observées sont le poids de naissance moyen ($\bar{x}= 3.339$, $\sigma .48$) et l'âge moyen de la participante ($\bar{x}= 28.5$, $\sigma 3.614$). Dans la littérature, l'enquête périnatale de 2016 montre que le poids moyen des naissances est de $3.246\text{kg} \pm 0.556\text{g}$. Bien que notre taux de grossesse à terme soit de 100%⁹¹ (ce qui excluait une tendance à avoir des enfants prématurés souvent plus petits), le poids moyen de notre échantillon se situe dans la borne proposée par Blondel et al., (2017b) et nous permet de considérer que le poids ne permet pas de discriminer notre échantillon de la population générale. Concernant l'âge moyen du premier enfant, la dernière estimation de l'INSEE (2015) déclarait qu'il était de 28.5 années. Nous avons trouvé exactement la même moyenne dans notre échantillon ($\bar{x}=28.56$, $\sigma 3.614$).

⁸⁹ *Un échantillon probabiliste constitué par le biais d'un échantillonnage en strates ou en grappe aurait été de facto probabiliste.*

⁹⁰ *La seule différence notable dans notre étude est que nous n'avons pas exercé cette expérimentation de recherche dans des conditions expérimentales mais en condition réelles.*

⁹¹ *Ce taux a mécaniquement été produit par l'entrée dans notre cohorte à partir de 7 mois et demi de grossesse.*

Ce critère de représentativité ne nécessite pas de passer par une opération statistique pour préciser que cette condition est respectée.

Concernant les fréquences que nous avons mises en évidence au travers de notre échantillon, il est nécessaire de les évaluer également au regard des fréquences théoriques disponibles dans la littérature. Pour ce faire, nous avons à nouveau utilisé la Loi Normale Centrée Réduite (LNCR) visant à comparer nos proportions observées aux proportions théoriques de la littérature. Une majorité des données que nous avons employées provient de l'enquête périnatale de 2016 publiée par l'INSERM et la DREES sous la direction de Blondel et al., (2017b). Enfin, lorsque les données n'étaient pas disponibles, nous nous sommes appuyés sur d'autres supports scientifiques que nous présenterons. La comparaison du taux de notre échantillon à celui théorique de la littérature nous a permis d'obtenir un Z-score (comme $N_{\text{échantillon}} > 30$) qui en fonction de sa comparaison avec la LNCR nous permettra de conclure à la représentativité de la caractéristique étudiée pour notre échantillon. L'ensemble de ces données est présenté dans le tableau n°14 présenté page suivante :

Caractéristiques	Fréquence échantillon (en %)	Fréquence théorique de la littérature scientifique (en %)	Z-score (valeur absolue)	Représentativité du résultat P .005
Terme	100	94 (Blondel et al., 2017b : taux rapporté au nombre de grossesses uniques étant un critère de notre échantillon)	1.66	Oui
Conjugalité	100	94.8 (Blondel et al., 2017b : taux rapporté au nombre de femmes total en l'absence de critères spécifiques pour les primipares)	1.50	Oui
Grossesse unique	100	96.5 (Blondel et al., 2017b : taux rapporté au nombre de femmes total en l'absence de critères spécifiques pour les primipares)	1.15	Oui
Voie Basse Simple	24.3	26.5 (Ginod et al, 2017 : Contrairement aux données de Blondel et al., 2017b cette étude était calculée sur des patientes primipares et grossesses uniques en fonction d'un taux d'épisiotomie de 35.8% correspondant à notre taux d'échantillon et celui de Blondel et al.)	0.41	Oui
Déchirure	32.4	38.9 (Ginod et al, 2017 : Contrairement aux données de Blondel et al., 2017b cette étude était calculée sur des patientes primipares et grossesses uniques en fonction d'un taux d'épisiotomie de 35.8% correspondant aux taux présents au sein de notre échantillon comme celui de Blondel et al.)	0.87	Oui
Épisiotomie	43.2	34.9 (Blondel et al., 2017b : taux des femmes primipares rapporté au nombre de naissances par voie basse)	1.02	Oui
Césarienne	14	23.4 (Blondel et al., 2017b : taux de césarienne primipares rapportés au nombre des naissances)	1.40	Oui
Préparation à l'accouchement	90.7	77.9 (Blondel et al., 2017b : taux de préparation à l'accouchement primipare)	2.06	Non (Biais sélectif commenté précédemment)
Dépression	14	20.7% (Gerardin et al., 2012 : taux calculé sur une population de femmes primipares en couple, ce taux est proche de celui de Tychev et al., 2005 [19.1%] mais il était calculé sur la population globale et la primiparité est connue pour être un facteur de risque de la dépression prénatale)	1.13	Oui
IVG	20.9	16.4 (Blondel et al., 2017b)	0.89	Oui
Grossesse arrêtée	11.6	[12-25] (Blohm et al., 2008 montrent que ce taux est au minimum de 12% par grossesse et de 25% en moyenne pour une femme de 39 ans, il n'existe pas de taux pour les primipares et la complexité de cet indicateur ne permet pas de conclure)	ND	ND
PMA	7	3.1 (Agence de Biomédecine, 2016).	1.54	Oui

Tableau n° 14 : Représentativité des caractéristiques sélectionnées

Comme nous pouvons le remarquer, à l'exception de la variable "préparation à l'accouchement", tous les indicateurs que nous avons évalués indiquent que chaque caractéristique que nous avons initialement sélectionnée est statistiquement représentative de la population générale. Certes, il existe certaines valeurs proches comme le taux de PMA qui

est sensiblement plus élevé dans notre population⁹². Cependant, cette caractéristique reste représentative de la population générale avec un risque d'erreur de .005.

Ainsi, comme toutes les caractéristiques que nous avons sélectionnées sont considérées comme des variables dont les taux sont significativement représentatifs, nous pouvons en conséquence considérer que l'échantillon que nous avons constitué pour cette recherche est représentatif⁹³ de la population générale ($p .005$). Sur la base de ce constat préalable, il nous est donc possible de réaliser des inférences statistiques prudentes des résultats obtenus au cours de notre analyse quantitative que nous présentons dans la partie résultat.

Enfin, il est nécessaire d'apporter une précision concernant la condition d'homoscédasticité de notre échantillon souvent nécessaire pour réaliser une Analyse of Variance (ANOVA). Au cours de notre analyse, nous allons tout d'abord appréhender des effets en test-retest. Lorsque l'on s'appuie sur ce type de méthode (et dans le cadre d'une analyse à mesure répétée), la vérification de la condition d'homoscédasticité (correspondant à une égalité des variances) n'est pas un prérequis nécessaire car il s'agit de la même population étudiée à des temps différents. Bien évidemment la normalité de la distribution (selon une loi gaussienne) sera évaluée à chaque reprise. Également, dans certaines situations, nous avons été amené à comparer certaines données obtenues à un temps "t" dans le cadre d'analyse multivariées. Sachant que notre échantillon est de 43 femmes et que l'ANOVA (univariée ou multivariée) est un test relativement robuste, nous n'avons pas considéré l'homoscédasticité comme un prérequis nécessaire. En outre, nous étudions à chaque fois la même population selon les mêmes modalités. Dans chacune des situations où les conditions n'ont pas été respectées, nous avons toutefois testée secondairement les effets observés à l'ANOVA par le biais d'un test non paramétrique afin de ne pas présenter de résultats statistiquement aberrants (très souvent le test de Kruskal-Wallis ou le Test de Friedman). Pour finir, nous avons tenté d'éviter le plus possible d'employer des variables non paramétriques. Aussi, dans chaque situation où cela était nécessaire, nous avons à chaque fois recodé les variable catégorielle ou qualitatives en variables quantitatives (ex : Non \rightarrow 0 et oui \rightarrow 1) de manière à obtenir des variances pertinentes à nos analyses univariées et parfois multivariées. Ces précisions effectuées, nous pouvons maintenant aborder l'opérationnalisation de nos hypothèses.

⁹² *Ce taux sensiblement plus élevé est probablement lié au fait que la Polyclinique Majorelle possède un département d'aide à la procréation.*

⁹³ *Cette représentativité reste une estimation statistique et nous sommes conscient que la taille réduite de notre échantillon ait pu être une condition facilitant l'obtention de Z-scores inférieurs à 1.96 permettant de conclure sur la significativité de H_0 .*

4. OPERATIONNALISATION DES HYPOTHESES

Pour chaque hypothèse théorique que nous étudions dans notre partie résultats, il est nécessaire de présenter le plan d'étude expérimental qui lui a été associé au préalable. Pour ce faire, nous présentons les modalités d'études et le processus utilisé pour chaque hypothèse. Ce faisant, nous décrivons nos axes d'évaluation (quantitatif et/ou qualitatif), les variables que nous avons sélectionnées pour l'étude de l'hypothèse et enfin les modalités d'étude qui ont été employées (statistiques, qualitatives...) ⁹⁴. Dans cette partie, la présentation que nous réalisons est donc une présentation processuelle. Effectivement, chaque hypothèse a été étudiée sous différents plans d'étude se succédant les uns les autres, cela, en fonction de conditions liant ces différents plans. Cette présentation a donc été réalisée à posteriori de nos analyses et par conséquent, l'opérationnalisation des hypothèses que nous présentons n'est en ce sens que le reflet final d'une procédure construite pas à pas en fonction de chaque résultat apporté par les étapes de nos analyses ⁹⁵.

4.1. Hypothèse théorique n°1

L'intitulé de l'hypothèse n°1 est : *“Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie chez les femmes primipares”*.

L'étude de cette hypothèse s'est uniquement appuyée sur une analyse quantitative et en conséquence aucune dimension évaluée qualitativement n'a été intégrée à notre analyse. En effet, la qualité de vie étant un concept construit pour rendre compte de nombreuses dimensions qui lui sont intrinsèquement liées, il aurait été ardu d'analyser qualitativement cette composante à partir des entretiens réalisés car nous n'avons pas spécifiquement axé nos entretiens semi-directifs sur cette dimension. Pour mener à bien cette analyse, nous avons sélectionné la variable *“mode d'accouchement”* (cotée épisiotomie, déchirure, césarienne, VBS) et les items *“santé physique”* et *“santé mentale”* provenant du SF36.

Une précision est toutefois nécessaire pour les variables obtenues au SF36. Effectivement, ces dernières ont été répétées quatre fois dans le temps (T₀, T₁, T₂ et T₃) et ce, pour la même population. Il a donc été nécessaire d'intégrer cette dimension dans notre analyse

⁹⁴ Lorsque cela était nécessaire nous avons construit un modèle statistique pour chaque hypothèse et ces analyses ont été réalisées au moyen du logiciel SPSS₂₅®.

⁹⁵ Lors de la présentation de l'opérationnalisation de chaque hypothèse, nous adoptons volontairement un ton didactique que nous ne reproduirons plus forcément lorsque les mécanismes de nos analyses auront été suffisamment explicités.

en y intégrant d'une part la notion de "mesure répétée" induisant l'idée d'une modification continue et durable induite par le mode d'accouchement (impact longitudinal de l'épisiotomie). D'autre part, cette dimension a été évaluée période après période pour chaque dimension ce qui permet d'appréhender une modification spécifique induite par le mode d'accouchement à chacun des temps d'évaluation "t" (impact transversal de l'épisiotomie). Nous avons donc articulé au cours de cette hypothèse deux méthodes d'évaluation spécifique dont le but était d'observer si la variable indépendante "mode d'accouchement" avait une influence sur les variables dépendantes "santé physique" et "santé mentale" observées à quatre temps différents.

Ces variables sont présentées dans le tableau suivant :

Variable(s) Indépendantes	Variables dépendantes
<ul style="list-style-type: none"> - Mode d'accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> - Score SF36 santé physique T₀ - Score SF36 santé mentale T₀ - Score SF36 santé physique T₁ - Score SF36 santé mentale T₁ - Score SF36 santé physique T₂ - Score SF36 santé mentale T₂ - Score SF36 santé physique T₃ - Score SF36 santé mentale T₃

Tableau n°15 : Liste des Variables indépendantes et variables dépendantes étudiées pour H2

En conséquence, de ce modèle, nous obtenons 8 sous-hypothèses de H1 que nous présentons ici. Aussi, les deux premières sous-hypothèses de travail (H_{1a} et H_{1b}) sont celles découlant de l'approche à mesure répétée. Elles correspondent donc à une évaluation spécifique dite "à mesure répétée" que nous présentons dans une partie spécifique et qui aborde la dynamique longitudinale de l'évolution des scores au SF36 de la période prénatale jusqu'à T₃ (un an après l'accouchement) :

- ***H1a*** : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie mentale chez les femmes primipares et dont les effets sont observables sur l'ensemble de la période comprise entre l'accouchement et un an après la naissance.

- **H1b**: Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie physique chez les femmes primipares et dont les effets sont observables sur l'ensemble de la période comprise entre l'accouchement et un an après la naissance.

Les autres sous-hypothèses (H_{1c} à H_{1h}) correspondent quant à elles aux hypothèses évaluées de manière transversale (à l'instant "t") sans prendre en compte la notion de temporalité continue ni la variable initiale à T₀. Elles nécessitent donc une évaluation au préalable d'un éventuel biais différentiel présent à T₀ concernant les variables étudiées.:

- **H1c**: Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie mentale chez les femmes primipares 3 mois après l'accouchement.
- **H1d**: Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie physique chez les femmes primipares 3 mois après l'accouchement.
- **H1e**: Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie mentale chez les femmes primipares 9 mois après l'accouchement.
- **H1f**: Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie physique chez les femmes primipares 9 mois après l'accouchement.
- **H1g**: Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie mentale chez les femmes primipares 1 an après l'accouchement.
- **H1h**: Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie mentale chez les femmes primipares 1 an après l'accouchement.

Sur la base de ces 8 hypothèses, 4 étapes d'analyse ont été associées. Une première analyse descriptive (1) a été réalisée sur la base des comparaisons spontanées de moyennes observées. De même, deux représentations graphiques ont été réalisées afin de faciliter l'appréhension des nombreux résultats constituant notre base de réflexion. Nous avons ensuite commenté ces résultats en isolant certaines tendances spécifiques que nous avons ensuite étudiées au travers de notre analyse quantitative.

Ensuite, une seconde analyse a consisté à réaliser une ANOVA unifactorielle (2) (analyse de variance) dans le but était de vérifier la présence d'une éventuelle différence de qualité de vie existant déjà avant l'accouchement entre les sous-groupes que nous évaluons

(GE, GC, GD, VBS). Effectivement, si l'ANOVA montrait qu'il existait une différence induite par le mode d'accouchement à l'évaluation T_0 ⁹⁶ (c'est-à-dire avant même qu'il ne survienne), alors il aurait été nécessaire de n'employer que l'analyse à mesure répétée car cette dernière intègre dans le calcul les valeurs obtenues à T_0 . Effectivement, la présence d'une différence initiale à T_0 serait alors susceptible d'induire des différences significatives à T_1 , T_2 et T_3 qui ne seraient pas liées au mode d'accouchement mais à la différence intergroupe initiale. Si tel est le cas, il est donc nécessaire de traiter H_0 comme une variable parasite et donc de réaliser une analyse de variance portant sur l'effet conjoint de ces deux variables intersujets ("mode d'accouchement" et "évaluation T_0 ") sur la qualité de vie. Autrement dit, nous avons donc tout d'abord vérifié que chaque dimension évaluée à T_0 ne variait pas en fonction du mode d'accouchement (sachant qu'il n'était pas encore survenu) pour considérer l'existence de variations initiales statistiquement significatives entre chaque sous-groupe. Si tel était le cas, cette variabilité devrait être considérée comme une variable parasite intersujet.

En fonction des résultats obtenus concernant T_0 , nous avons réalisé une analyse de la variance permettant de tester nos hypothèses H_0 par le biais d'une ANOVA à mesure répétée(3) en fonction du plan d'étude choisi. Cette analyse se base sur l'établissement d'une hypothèse H_0 dont la significativité sera étudiée par le biais de l'ANOVA.

L'hypothèse H_0 employée pour cette analyse est donc :

H_0 : Il n'existe pas de différence induite par les modalités de la variable mode d'accouchement lorsque l'on évalue son impact durable sur la qualité de vie et ce, au cours de l'ensemble de la période comprise entre l'accouchement et un an après la naissance.

Comme nous avons deux variables portant sur la qualité de vie, cette hypothèse H_0 est divisée en deux-sous hypothèses :

H_{0a} : Il n'existe pas de différence induite par les modalités de la variable mode d'accouchement lorsque l'on évalue son impact durable sur la qualité de vie mentale et ce, au cours de l'ensemble de la période comprise entre l'accouchement et un an après la naissance.

H_{0b} : Il n'existe pas de différence induite par les modalités de la variable mode d'accouchement lorsque l'on évalue son impact durable sur la qualité de vie physique et ce, au cours de l'ensemble de la période comprise entre l'accouchement et un an après la naissance.

⁹⁶ Par exemple, il aurait pu être possible de découvrir à posteriori que les femmes ayant reçu une césarienne avaient toutes avant l'accouchement une mauvaise qualité de vie. Si ce postulat avait induit une différence, il y aurait eu de fortes chances que cette différence se retrouve après l'accouchement. Dans ce cas, cette différence avant l'accouchement aurait pu parasiter les évaluations faites à T_1 , T_2 et T_3 induisant une différence entre les modes d'accouchement mais nous n'aurions pas pu savoir si cette différence était due au mode d'accouchement ou à la différence de qualité de vie initiale.

Après avoir réalisé l'ANOVA à mesure répétée intégrant les temps T₀, T₁, T₂ et T₃ comme des temps de mesures répétées, il a été possible de rejeter les hypothèses non significatives au profit de H₁. Ce faisant, nous avons pu apporter une conclusion précise portant sur les liens entre le mode d'accouchement et la présence de modifications durables de la qualité de vie.

Dans un troisième temps, une analyse multivariée (MANOVA) (4) a été réalisée de manière à appréhender l'effet potentiel de la variable "mode d'accouchement" sur les deux dimensions de la qualité de vie évaluées au SF36 (variable qualité de vie mentale et qualité de vie physique) et ce, en fonction de chaque plage de temps postnatale (T₁, T₂, T₃). Cette analyse multivariée avait premièrement pour but de repérer si un effet du mode d'accouchement pouvait exister pour chaque situation spécifique composée de la période d'évaluation et de la dimension effectuée. Le plan d'étude pour cette analyse transversale multivariée est (mode)*(dimension étudiée en fonction de la date d'évaluation). L'ensemble des H₀ testée est présenté ci-dessous :

H_{0c} : Il n'existe pas de différence significative de qualité de vie mentale induite par le mode d'accouchement 3 mois après l'accouchement.

H_{0d} : Il n'existe pas de différence significative de qualité de vie physique induite par le mode d'accouchement 3 mois après l'accouchement.

H_{0e} : Il n'existe pas de différence significative de qualité de vie mentale induite par le mode d'accouchement 9 mois après l'accouchement.

H_{0f} : Il n'existe pas de différence significative de qualité de vie physique induite par le mode d'accouchement 9 mois après l'accouchement.

H_{0g} : Il n'existe pas de différence significative de qualité de vie mentale induite par le mode d'accouchement 1 an après l'accouchement.

H_{0h} : Il n'existe pas de différence significative de qualité de vie physique induite par le mode d'accouchement 1 an après l'accouchement.

Dans la partie analyse, nous ne présentons pas spécifiquement l'analyse de chaque H₀. Par souci de concision, nous présentons uniquement les conclusions H₁ liées au rejet de chaque hypothèse H₀. En fonction des résultats obtenus à l'analyse multivariée, nous pourrions d'ailleurs approfondir ces hypothèses pour nous positionner spécifiquement sur l'effet de l'épisiotomie et répondre à nos sous-hypothèses générales (H_{1c} à H_{1h})

Enfin, nous avons souhaité compléter notre analyse en étudiant l'incidence conjointe de nombreux facteurs sur la qualité de vie. Aussi, pour chaque période de temps appropriée, T₁ (3 mois après l'accouchement), T₂ (9 mois après l'accouchement) et T₃ (1 an

après l'accouchement) nous avons étudié en plus du mode d'accouchement l'influence conjointe de plusieurs variables suivantes au sein d'un modèle multivarié pertinent. Les variables sélectionnées sont : “*allaitement*” (codée en oui/non), “*douleur*” (codée en oui/non), “*dyspareunie*” (codée en oui/non), “*dysfonctionnements sexuels*” (codée en oui/non), “*incontinence*” (codée en oui/non), “*Accouchement vécu comme satisfaisant*” (appelé AVCS et codée en oui/non), “*présence d'une pathologie portée par l'enfant*” (codée en oui/non), “*soutien du compagnon*” (codée en oui/non), “*suivi post-natal satisfaisant*” (codée en oui/non) et la “*nature de la relation à l'enfant*” (codée en oui/non). Pour ce faire, nous avons vérifié la pertinence de chaque facteur par le biais d'un modèle de régression multiple à entrée descendante que nous ne présentons pas dans ce document par souci de concision⁹⁷. Toutes les variables initiales ont été conservées et aucun variable n'a été rejetée.

En conséquence, nous avons à nouveau réalisé une analyse multivariée (MANOVA)⁹⁸ (5) portant sur tous ces facteurs à la fois. Nous n'avons toutefois pas construit de modèle multiniveau. Chaque groupe de variable a donc été sélectionné manuellement en fonction des concordances temporelles entre variables (ex : présence affect dépressif à 3 mois et qualité de vie mentale à 3 mois). Ce procédé a pour but d'éviter certaines aberrations pouvant rendre notre modèle moins pertinent par le biais de l'ajout de variables inutiles (ex : éviter d'étudier statistiquement l'effet de la présence d'une dyspareunie à 1 an après l'accouchement, sur la qualité de vie 3 mois après l'accouchement ; ce qui n'a aucun sens dans la réalité mais aussi diminue la sensibilité du modèle en ajoutant des variables inutiles). Nous présentons donc un récapitulatif des données obtenues à cette analyse avant de proposer une conclusion générale portant sur notre hypothèse théorique.

Cette conclusion présente alors successivement l'ensemble des réponses obtenues pour chacune des sous-hypothèses (H_{1a} à H_{1h}) constituant notre hypothèse théorique H1. Après avoir réalisé cette étape il nous a été possible de nous positionner de manière globale sur l'hypothèse H1. Pour finir, nous avons proposé une interprétation des résultats obtenus.

⁹⁷ Toutes les étapes suivantes intégrant la présence de variables complémentaires ont été évaluées par ce biais.

⁹⁸ Etude simultanée de l'action de plusieurs variables, tenant compte également de leurs effets les unes sur les autres sur un ou des phénomènes observés.

4.2. Hypothèse théorique n°2

L'intitulé de l'hypothèse n°2 est : ***“Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement une diminution de la satisfaction liée à l'accouchement”***.

L'étude de cette hypothèse est composée d'un temps d'analyse quantitative réalisée à la fois sur des données quantitatives et des données qualitatives obtenues au travers de l'analyse de l'entretien. Concernant l'objet de variation principal de cette hypothèse, il s'agit de la satisfaction maternelle liée à l'expérience de l'accouchement. Aussi, nous avons tout d'abord retenu *“le mode d'accouchement”* comme variable indépendante (codée à partir de la grille d'entretien en 4 modalités (VBS ; Déchirures ; Episiotomie ; Césarienne). Puis, concernant les variables dépendantes, nous avons retenu, *“le score global obtenu au CPQ”* (VD quantitative obtenue 2 jours après l'accouchement). De plus, comme la validation des sous-dimensions de ce test était un fait discutable dans la littérature, nous avons également inclus *“les scores de chaque sous-dimension du CPQ-VF”* pour évaluer d'éventuelles variations de ces indicateurs (*“apparence physique et satisfaction sexuelle”* ; *“Satisfaction de l'accouchement et comportement pendant le travail”* et *“accouchement et satisfaction liée à l'interaction avec le conjoint durant l'accouchement”*). De même, nous avons extrait le score obtenu au WOMBLSQ4 (2 mois après l'accouchement) sans prise en compte spécifique de ses sous-dimensions. Enfin, nous avons aussi recueilli les données extraites de la dynamique des entretiens par le biais de l'item *“Accouchement vécu comme satisfaisant”* (cette variable est codée de manière dichotomique en oui/non). Le tableau ci-dessous reprend schématiquement la liste de variables suivante :

Variable(s) Indépendantes	Variabes dépendantes
- Mode d'accouchement	- Score global CPQ (et ses trois sous-variables) - Score global WOMBLSQ4 - Item <i>“Accouchement vécu comme satisfaisant”</i>

Tableau n°16 : Liste des Variables Indépendantes et Variables Dépendantes étudiées pour H2

En conséquence, ayant retenu trois variables dépendantes, nous testerons donc au sein de notre analyse de l'hypothèse n°2, trois sous-hypothèses de travail spécifiques :

- ***H_{2a}*** : Deux jours après l'accouchement, l'épisiotomie entraînerait une diminution de la satisfaction de l'expérience de l'accouchement évaluée par le CPQ.
- ***H_{2b}*** : Deux mois après l'accouchement, l'épisiotomie entraînerait une baisse de la satisfaction de l'expérience de l'accouchement évaluée par le WOMBLSQ4.
- ***H_{2c}*** : Trois mois après l'accouchement, l'épisiotomie entraînerait une diminution de la satisfaction de l'expérience de l'accouchement évaluée en entretien.

Sur la base de ces hypothèses, 5 étapes d'analyse ont été nécessaires (5 dévolues à notre hypothèse et une complémentaire). Le but de cette démarche était de vérifier si la variable "mode d'accouchement" a une influence sur la "satisfaction liée à l'expérience de l'accouchement". Cela, sachant que cette dernière est évaluée par le biais de 3 variables différentes (le "score obtenu au CPQ-VF et ses dimensions", le "score obtenu au WOMBLSQ4", et l'item "Accouchement vécu comme satisfaisant (oui/non)" récupéré au travers d'une analyse des entretiens.

Pour ce faire, un premier temps d'analyse descriptif (1) a permis d'appréhender certaines tendances spécifiques. Ces dernières ont ensuite été évaluées.

Dans un second temps, une ANOVA univariée (à 1 facteur) (2) a été réalisée afin de tester l'hypothèse H₀ (correspondant à H₂) qui lui est dévolue en fonction de chacune des trois variables choisies. Ici, nous n'avons pas réalisé d'ANOVA à mesure répétée car nous n'avions pas la même modalité d'évaluation à chaque temps (T₁ ; T₂ ; T₃) :

H₀ : Il n'y a pas de différence induite par le mode d'accouchement sur la satisfaction de l'expérience de l'accouchement ?

Cette hypothèse sera présentée sous la forme de 3 hypothèses H₀ dépendantes de notre principale :

H_{0a} : Deux jours après l'accouchement, il n'existe pas de différence induite par le mode d'accouchement sur la satisfaction de l'expérience de l'accouchement évaluée par le CPQ ?

H_{0b} : Deux mois après l'accouchement, il n'existe pas de différence induite par le mode d'accouchement sur la satisfaction de l'expérience de l'accouchement évaluée par le WOMBLSQ4 ?

H_{0c} : Trois mois après l'accouchement, il n'existe en général pas de différence induite par le mode d'accouchement sur la satisfaction de l'expérience de l'accouchement évaluée en entretien ?

A la suite de cette analyse, il a été possible de rejeter les hypothèses significatives au profit de H_1 , et ainsi apporter une conclusion portant sur les liens entre le mode d'accouchement et la satisfaction maternelle. Les hypothèses H_0 que nous avons présentées correspondent ici aux hypothèses de travail que nous avons évaluées. Il n'était donc pas nécessaire de les présenter spécifiquement.

Dans un troisième temps, nous avons poursuivi notre démarche en utilisant un test de comparaison s'appuyant sur le Test de Bonferroni (3) visant à comparer deux à deux les variances de chaque modalité de notre VI (mode d'accouchement) en fonction de la VD significative initialement isolée. Autrement dit, ce test nous a permis de présenter une hiérarchisation comparative des modalités de la variable indépendante (GC, GE, GD, GVBS) en fonction de l'effet produit sur la satisfaction maternelle.

Sur ce point, il est important de préciser que l'ANOVA n'étudie que les variances entre population. Il est alors parfois possible qu'une incidence similaire de la modalité "*mode d'accouchement*" puisse impacter de la même manière la satisfaction maternelle. De même, l'étude apportée par l'ANOVA ne nous permet pas de connaître l'incidence potentielle des modalités de la variable "*mode d'accouchement*" (Episiotomie, Césarienne, Déchirures, VBS) sur la satisfaction maternelle. Enfin, il est important de pouvoir estimer le degré d'influence éventuel inhérent aux conclusions apportées par l'ANOVA. Pour ce faire, nous avons étudié dans un quatrième temps l'évaluation de l'incidence des éventuels facteurs significatifs sur la satisfaction maternelle par le biais d'une régression linéaire simple (4) (VI prédictive : mode d'accouchement ; VD Prédite : satisfaction maternelle au WOMBLSQ4). Cette analyse nous a permis d'obtenir le coefficient de corrélation R^2 indiquant la proportion de la variabilité de la VD en fonction de la VI. Autrement dit, ce coefficient nous a permis de renseigner le pourcentage d'influence du mode d'accouchement sur la satisfaction maternelle. Dans les autres hypothèses, cet aspect est étudié par le biais de la taille d'effet.

Des analyses complémentaires ont ensuite été réalisées dans un cinquième temps afin d'explorer l'incidence potentielle de variables complémentaires sur la satisfaction de l'accouchement et la présence de biais d'interprétation éventuels. Nous avons donc sélectionné de potentielles variables explicatives liées à la satisfaction maternelle en fonction des productions de la littérature ou encore de notre intuition clinique. Cette étude complémentaire a été réalisée à l'aide d'une analyse multivariée (MANCOVA) (5) évaluant simultanément l'incidence de ces trois covariables indépendantes potentielles ("*consentement obtenu lors*

d'une chirurgie”, “*soutien du compagnon pendant l'accouchement*” et “*soutien de l'équipe*”) associées à une VI fixe (“*mode d'accouchement*”) sur la VD (“*score de satisfaction obtenu*”). Dans ce contexte, la multiplicité des interactions potentielles entre les variables ne permet pas de poser par écrit toutes les H₀. Nous considérons donc que le plan d'étude nous permet de comprendre les interactions éventuelles. Nous avons donc commenté les valeurs spécifiquement significatives en reprenant la valeur de F, la *p* value mais aussi la taille d'effet lorsqu'une interaction significative a été observée entre une variable indépendante et une variable dépendante.

L'ensemble de cette démarche nous a alors permis de proposer une conclusion générale portant sur notre hypothèse H2. Nous nous sommes donc positionné sur chaque sous-hypothèse de H2 (H2a, H2b et H2c) et avons proposé à terme une réflexion portant sur les liens entre l'épisiotomie et la satisfaction maternelle.

4.3. Hypothèse théorique n°3

L'intitulé de l'hypothèse numéro 3 est le suivant : “*Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition de difficultés somatopsychiques potentiellement psychogènes*”.

Cette hypothèse est subdivisée en trois sous-hypothèses théoriques :

H3a : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie, engendrerait préférentiellement l'apparition de douleurs au cours de l'année suivant l'accouchement.

H3b : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie, engendrerait préférentiellement l'apparition de dyspareunies au cours de l'année suivant l'accouchement.

H3c : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dysfonctionnements sexuels au cours de l'année suivant l'accouchement.

Au sein de notre démarche, nous avons pris la décision d'évaluer simultanément ces trois hypothèses car elles proposaient une évaluation de variables interconnectées. Il était donc nécessaire d'évaluer H_{3a}, H_{3b} et H_{3c} conjointement au sein d'un même parcours statistique étudiant les incidences potentielles respectives de chaque variable sur l'autre.

Tout d'abord, nous avons isolé les variables principales de notre analyse. Il s'agit de la variable “*mode d'accouchement*” (GE ; GC ; GD ; GVBS), la variable catégorielle “*douleur*” (correspondant à la présence de douleurs ressenties dans le corps et codée en oui/non), la variable catégorielle “*dyspareunie*” (codée en oui/non) et enfin la variable catégorielle “*dysfonctionnement sexuel*” (codée en oui/non). Nous souhaitons par ailleurs préciser ici que

la variable dysfonctionnement sexuel correspond à l'ensemble des troubles de la sexualité isolés par le DSMV à l'exception de la dyspareunie.

Comme nous sommes dans un plan d'étude à mesure répétée, nous avons évalué nos trois variables principales à T₁, T₂ et T₃. Cette fois-ci, nous n'avons pas réalisé une telle évaluation à T₀ car nous ne voulions pas que la dynamique de rencontre avec les participantes ressemble à un interrogatoire médical. Nous avons toutefois demandé à chacune d'entre-elles de s'exprimer au sujet du vécu de leur sexualité. En fonction de leur discours, nous avons créé deux catégories : sexualité affectée⁹⁹ et sexualité non affectée. L'évaluation de cette variable a donc été réalisée dans un deuxième temps pour déterminer si à T₀ une différence significative existait entre les sous-groupes que nous évaluons ; et de fait vérifier l'absence de biais éventuels initiaux. De même, nous avons ajouté un indicateur supplémentaire que nous avons analysé au début de notre processus. Il s'agit du délai de reprise de la sexualité. Il a été étudié à l'aide d'une analyse de comparaison des moyennes.

Ces précisions effectuées, nous pouvons présenter le tableau récapitulatif des variables principales utilisées dans notre plan d'étude consacré à H3 :

Variable(s) Indépendantes	Variables dépendantes
<ul style="list-style-type: none"> - Mode d'accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> - Sexualité vécue comme satisfaisante T₀ - Reprise de la sexualité en semaines - Présence douleur T₁ - Présence douleur T₂ - Présence douleur T₃ - Présence dyspareunie T₁ - Présence dyspareunie T₂ - Présence dyspareunie T₃ - Présence dysfonctionnement sexuel T₁ - Présence dysfonctionnement sexuel T₂ - Présence dysfonctionnement sexuel T₃

Tableau n°17 : Liste des Variables Indépendantes et Variables Dépendantes étudiées pour H3

Deux analyses spécifiques ont été réalisées sur la base de ces variables. D'une part une analyse à mesure répétée a eu pour but d'appréhender la présence d'une modification durable

⁹⁹ Nous avons retenu dans la variable affectée toutes les situations spécifiques du dysfonctionnement sexuel et donc les troubles du désir, l'anorgasmie, la dyspareunie...

de la variable “douleurs”, “dyspareunie” ou “dysfonctionnement sexuel” au cours de l’année suivant l’accouchement. Cette évaluation correspond au plan d’étude suivant : (mode accouchement)*(temps)*(variable somatopsychique i.e. “douleur” ou “dyspareunie” ou “dysfonctionnement sexuel”).

L’ANOVA à mesure répétée nous a donc permis de nous positionner concernant les trois sous-hypothèses de travail suivantes :

Concernant l’hypothèse portant sur la douleur :

H3a1 : Comparée aux autres modes d’accouchement, l’épisiotomie engendrerait préférentiellement l’apparition de douleurs durablement ressenties au cours de l’année suivant l’accouchement.

Concernant l’hypothèse portant sur la dyspareunie :

H3b1 : Comparée aux autres modes d’accouchement, l’épisiotomie engendrerait préférentiellement l’apparition de dyspareunies durablement ressenties au cours de l’année suivant l’accouchement.

Concernant l’hypothèse portant sur les dysfonctionnements sexuel :

H3c1 : Comparée aux autres modes d’accouchement, l’épisiotomie engendrerait préférentiellement l’apparition de dysfonctionnements sexuels durablement ressentis au cours de l’année suivant l’accouchement.

Dans un second, temps une analyse transversale a été réalisée. Le plan d’étude pour cette analyse multivariée est (mode)*(dimension étudiée en fonction de sa date d’évaluation). Par son biais nous avons évalué chaque sous-hypothèse de H3 en fonction de chaque temps d’évaluation. Nous obtenons donc 9 sous-hypothèses de H3 :

Concernant l’hypothèse portant sur la douleur :

H3a2 : Comparée aux autres modes d’accouchement, l’épisiotomie engendrerait préférentiellement l’apparition de douleurs 3mois après l’accouchement.

H3a3 : Comparée aux autres modes d’accouchement, l’épisiotomie engendrerait préférentiellement l’apparition de douleurs 9 mois après l’accouchement.

H3a4 : Comparée aux autres modes d’accouchement, l’épisiotomie engendrerait préférentiellement l’apparition de douleurs 1 an après l’accouchement.

Concernant l'hypothèse portant sur la dyspareunie :

H3b2 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dyspareunies 3 mois après l'accouchement.

H3b3 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dyspareunies 9 mois après l'accouchement.

H3b4 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dyspareunies 1 an après l'accouchement.

Concernant l'hypothèse portant sur les dysfonctionnements sexuels :

H3c2 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dysfonctionnements sexuels 3 mois après l'accouchement.

H3c3 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dysfonctionnements sexuels 9 mois après l'accouchement.

H3c4 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dysfonctionnements sexuels 1 an après l'accouchement.

Comme nous pouvons le constater, 12 sous-hypothèses ont été étudiées afin de proposer une réponse convenable à H3. Aussi, du fait de leur nombre, nous ne présenterons pas toutes les hypothèses H_0 au sein de notre analyse. Cela, sachant que les modalités d'étude statistique employées auront été présentées avec précision au cours de H_1 . Nous nous appuyerons donc sur la suggestion de certaines étapes non nécessaires (comme la présentation des H_0) pour alléger la présentation de nos analyses.

Ainsi, sur la base de ces 12 sous-hypothèses nous avons réalisé un processus d'analyse constitué de 8 étapes successives.

Tout d'abord nous avons proposé une analyse descriptive (1) du délai moyen de reprise de la sexualité en fonction du mode d'accouchement. Puis, nous avons ensuite brièvement commenté ces résultats.

Dans un second temps, ayant pris la décision de ne pas présenter les tableaux de données descriptives sous leur version numérique, nous avons préféré utiliser dans cette étape les représentations graphiques (2) correspondant à l'évolution des variables douleur, dyspareunie et dysfonctionnement sexuels au cours du temps. Pour chaque variable, un commentaire argumenté a été réalisé afin d'isoler les tendances spécifiques observées.

Par la suite, nous avons réalisé une ANOVA univariée (3) à T₀ portant sur la variable “*sexualité vécue comme satisfaisante*” (codée en oui/non et extraite de l’entretien prénatal). Cette procédure a été réalisée afin d’évaluer si des différences significatives pouvaient parasiter notre modèle statistique et si en conséquence nous devions intégrer cette variable à notre plan d’étude concernant H3. Comme à notre habitude, lorsque la question n’a pas été abordée auprès des participantes (car les modalités cliniques de la rencontre ne le permettaient pas), nous avons considéré ces données comme manquantes. Enfin, comme les données de cette variables sont catégorielles (dichotomie oui/non), nous avons été dans l’obligation de la recoder numériquement (non/0 et oui/1) de manière à l’appréhender comme une donnée quantitative. Le résultat obtenu à cette étape nous a permis de nous positionner sur le modèle d’analyse répétée que nous devions employer à l’étape suivante.

En fonction des résultats obtenus concernant T₀, nous avons réalisé une analyse de la variance permettant de tester nos hypothèses H₀ par le biais d’une MANOVA à mesure répétée (4). Cette analyse nous a permis de poser les trois hypothèses H₀ suivantes :

H_{03a1} : Il n’existe pas de différence induite par les modalités de la variable mode d’accouchement lorsque l’on évalue son impact durable sur la douleur, au cours de l’ensemble de la période comprise entre l’accouchement et un an après la naissance.

H_{03b1} : Il n’existe pas de différence induite par les modalités de la variable mode d’accouchement lorsque l’on évalue son impact durable sur la dyspareunie, au cours de l’ensemble de la période comprise entre l’accouchement et un an après la naissance.

H_{03c1} : Il n’existe pas de différence induite par les modalités de la variable mode d’accouchement lorsque l’on évalue son impact durable sur la douleur, au cours de l’ensemble de la période comprise entre l’accouchement et un an après la naissance.

En parallèle de ces hypothèses, nous avons également évalué l’impact du temps sur les variables dépendantes étudiées (“*douleur*”, “*dyspareunie*” et “*dysfonctionnement sexuel*”). Ainsi, à la suite de cette analyse réalisée en fonction de l’association conjointe des évaluations réalisées à T₁, T₂ et T₃ nous avons pu valider ou rejeter chaque H₀ au profit de H₁. Dès lors, dans le cas où une hypothèse H₀ était rejetée nous pouvions considérer que le mode d’accouchement avait un impact durable sur la variable dépendante concernée.

Par la suite, afin de préciser cette information et découvrir quelle modalité du mode d’accouchement (GE, GC, GD, GVBS) pouvait être concernée, nous avons employé le test de Bonferroni(5). Par son biais, nous avons pu préciser le rôle potentiellement durable joué par la modalité épisiotomie sur la douleur, la dyspareunie ou encore les dysfonctionnement sexuels et

ce, en la comparant aux autres modes d'accouchement. Par ce biais, nous avons pu nous valider ou rejeter les hypothèses H3a1, H3b1 et H3c1.

A la suite de cette démarche, une sixième étape a consisté à déterminer pour chacune des périodes d'évaluation (T₁, T₂, T₃) si le mode d'accouchement avait un impact spécifique. Pour ce faire une analyse multivariée (MANOVA) (6) a eu pour but d'évaluer l'effet de la VI "mode d'accouchement" sur chacune des VD suivantes ("douleur", "dyspareunie" et "dysfonctionnement sexuel"). Le plan d'étude est donc ici (mode)*(symptômes somatopsychiques évalués à la période temporelle spécifique). Notons ici que pour ce faire, les variables catégorielles ont été recodées de la manière suivante (non/0 et oui/1). Enfin, nous souhaitons rappeler que cette analyse présente l'avantage de prendre en compte la présence de co-influences possiblement présentes entre les variables dépendantes. Cela, dans le but de tester le plus finement possible les hypothèses de travail que nous avons préalablement déterminées et que nous rappelons ici :

Concernant l'hypothèse portant sur la douleur :

H3a2 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de douleurs 3 mois après l'accouchement.

H3a3 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de douleurs 9 mois après l'accouchement.

H3a4 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de douleurs 1 an après l'accouchement.

Concernant l'hypothèse portant sur la dyspareunie :

H3b2 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dyspareunies 3 mois après l'accouchement.

H3b3 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dyspareunies 9 mois après l'accouchement.

H3b4 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dyspareunies 1 an après l'accouchement.

Concernant l'hypothèse portant sur les dysfonctionnements sexuels :

H3c2 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dysfonctionnements sexuels 3 mois après l'accouchement.

H3c3 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dysfonctionnements sexuels 9 mois après l'accouchement.

H3c4 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dysfonctionnements sexuels 1 an après l'accouchement.

En fonction des résultats de cette analyse, un deuxième test de Bonferroni(7) a été réalisé pour déterminer le rôle spécifique joué par l'épisiotomie au sein des dynamiques significatives relevées par notre analyse multivariée. A terme, nous avons pu nous positionner sur toutes les sous-hypothèses de travail évaluées par le biais de cette analyse.

Pour finir, nous avons affiné le modèle d'analyse multivariée(8) utilisé initialement en y intégrant de nombreux facteurs supplémentaires visant à proposer une approche statistique plus fine de notre hypothèse. Nous y avons donc ajouté de nombreuses VI potentielles : “*antécédent de viol*” (codée en oui/non) ; “*présence d'affects dépressifs*” (codée en oui/non) ; “*activité sexuelle vécue comme satisfaisante*” (codée en oui/non) et “*incontinence*” (codée en oui/non). Toutes ces variables catégorielles ont été recodées de la manière suivante (non/0 et oui/1). Un récapitulatif des données significatives obtenues par le biais de cette analyse est ensuite présenté et commenté.

Enfin, nous proposons une conclusion portant sur l'ensemble de nos résultats. Cette étape nous a également permis de valider ou invalider notre hypothèse H3. Nous commentons également dans ce point l'ensemble des résultats obtenus et proposons des éléments d'interprétation visant à tisser des liens entre les résultats de nos hypothèses et certaines de nos observations cliniques.

4.4. Hypothèse théorique n°4

L'intitulé de l'hypothèse n°4 est : “*Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement une fragilisation de l'unité somatopsychique au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.*”

Nous avons divisé cette hypothèse en deux sous-hypothèses théoriques. Du fait de la complexité de la méthodologie et afin de présenter un processus d'analyse clair, nous avons décidé de présenter l'analyse de chaque hypothèse de manière séparée. La première hypothèse porte sur l'image du corps et la seconde sur la présence d'angoisses liées au corps.

4.4.1. Hypothèse théorique H4a : Angoisses somatopsychiques et épisiotomie

L'hypothèse H4a est : “**Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement l'apparition d'angoisses portant sur le corps et l'unité somatopsychique au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant**”.

L'étude de cette hypothèse s'est appuyée sur deux outils spécifiques. D'un côté nous proposons une étude de l'ensemble des entretiens. Cela, à l'aide d'un item de la grille d'étude des entretiens appelé "*Angoisses liées aux conséquences de l'accouchement*" et évaluée à T₀, T₁, T₂ et T₃. De l'autre, nous nous sommes appuyés sur quelques indicateurs quantitatifs et qualitatifs du Rorschach évalués à T₀ et T₂. Les variables retenues sont : "*Angoisses liées aux conséquences de l'accouchement*" (évaluée par le biais de l'entretien et codée en Non/0 et Oui/1) ; "*IA%*" (évaluée par le biais du test de Rorschach et codée en Non/0 et Oui/1) ; "*Nombre de réponses choc*" (évaluée quantitativement par le biais du test de Rorschach) ; et "*Nombre de refus*" (évaluée quantitativement par le biais du test de Rorschach).

Les indicateurs du Rorschach que nous étudions ici ne sont pas les seuls permettant d'appréhender la présence d'angoisses inconscientes chez le sujets. Il existe une pluralité d'autres indicateurs que nous avons également relevés comme "*la nature des angoisse*", "*les mouvements de planche*" ou encore certains types de réponses. Ces indicateurs sont toutefois des indicateurs qualitatifs et leur nature ne permet pas de les appréhender sous un angle statistique. Nous explorerons toutefois plus précisément ces aspects au cours de notre analyse qualitative. Cette précision effectuée, nous pouvons dorénavant présenter la liste des variables étudiées par notre hypothèse :

Variable(s) Indépendantes	Variables dépendantes
<ul style="list-style-type: none"> - Mode d'accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> - Angoisses portant sur l'accouchement T₀ - Angoisses liées aux conséquences de l'accouchement T₁ - Angoisses liées aux conséquences de l'accouchement T₂ - Angoisses liées aux conséquences de l'accouchement T₃ - IA% T₀ - IA% T₂ - Nombre de "chocs" T₀ - Nombre de "chocs" T₂ - Nombre de "refus" T₀ - Nombre de "refus" T₂

Tableau n°18 : Liste des variables étudiées par l'hypothèses H4a

L'analyse de l'hypothèse H4a s'est basée sur un processus successif composé de 4 étapes associées.

La première étape a consisté à réaliser une analyse descriptive(1) portant sur l'indicateur relevé à l'entretien à T₀, T₁, T₂ et T₃ ("*Angoisses liées aux conséquences de l'accouchement*").

Nous avons donc représenté ces données de manière graphique. Puis, en gardant à l'esprit l'échelle de présentation, nous avons commenté les données obtenues.

Une seconde étape a consisté à réaliser une analyse de la variance des variables dépendantes que nous étudions au cours de notre analyse. Pour ce faire nous avons employé le test ANOVA de manière univariée(2) pour appréhender la présence de variations significatives éventuelles pouvant biaiser nos interprétations. Comme nous avons relevé à cette étape une différence significative au niveau des IA% nous n'avons donc pas pu étudier cette donnée de manière transversale.

Dans un troisième temps, nous avons réalisé une ANOVA à mesure répétée(3) visant à mettre en évidence un éventuel effet du mode d'accouchement sur les variables dépendantes étudiées. Cette analyse nous a donc permis de tester l'hypothèse de travail suivante :

H4a1a : *Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne l'apparition d'angoisses durables portant sur le corps ou l'unité somatopsychique observées en entretien tout au long de l'année suivant la naissance de l'enfant.*

Ensuite, il a été nécessaire de réaliser une évaluation transversale. Pour ce faire, nous avons réalisé une analyse multivariée(4) portant sur les indicateurs non biaisés par une différence initiale. Ce faisant, nous avons pu tester les hypothèses de travail suivantes:

H4a2 : *Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne l'apparition d'angoisses portant sur le corps ou l'unité somatopsychique observées en entretien 3 mois après l'accouchement.*

H4a3a : *Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne l'apparition d'angoisses portant sur le corps ou l'unité somatopsychique observées en entretien 9 mois après l'accouchement.*

H4a3b : *Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne l'apparition d'angoisses portant sur le corps ou l'unité somatopsychique observées au test de Rorschach 9 mois après l'accouchement.*

H4a4 : *Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne l'apparition d'angoisses portant sur le corps ou l'unité somatopsychique observées en entretien 1 an après l'accouchement.*

Les éventuels résultats significatifs ont été appréhendés à l'aide du test de Bonferroni afin de comparer les moyennes de chaque groupe (GE, GC, GD, GVBS).

Enfin, au sein de cette hypothèse, nous n'avons pas fait d'analyse multivariée intégrant la présence de nombreux facteurs potentiellement impliqués. Nous avons préféré aborder cet aspect au niveau de la partie qualitative de notre écrit. Pour finir, nous avons proposé un résumé des résultats obtenus à cette hypothèse. Une interprétation des données obtenues a ensuite été réalisée puis commentée.

4.4.2. Hypothèse théorique H4b : Image du corps et épisiotomie

L'hypothèse H4b est : **“Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant”**.

Pour mener à bien notre analyse, nous avons croisé plusieurs méthodes et outils. L'évaluation de cette hypothèse s'est en effet appuyée sur les données de l'entretien, sur le QIC (Questionnaire d'Image Corporelle) et enfin le test de Rorschach. L'intérêt de cette méthode était d'apporter une complémentarité des évaluations réalisées. Cela, afin d'étudier les aspects conscients et inconscients de l'image du corps mais aussi pallier les limites évaluatives de chaque outil. Le QIC et l'évaluation réalisée sur la base de l'entretien ont été utilisés à chaque temps d'évaluation soit T_0 (avant l'accouchement), T_1 (3 mois après l'accouchement), T_2 (9 mois après l'accouchement) et T_3 (1 an après l'accouchement). Le test de Rorschach a quant à lui été réalisé à T_0 et T_2 .

L'évaluation réalisée sur la dynamique des entretiens s'est appuyée sur un item que nous avons relevé grâce à notre grille d'entretien appelé *“Vécu difficile et angoissant lié à au corps”*. Il correspond à l'énonciation faite par la participante de difficultés liées au schéma corporel et au vécu corporel au sens général. Cette variable catégorielle a été évaluée en (non/0 ; oui/1). Le *“score obtenu au QIC”* est une variable quantitative d'échelle discrète. Enfin, les variables sélectionnées au Rorschach sont toutes des variables quantitatives (basées sur une analyse qualitative initiale). Nous avons sélectionné la variable *“nombre de barrières”*, *“nombre de pénétrations”*, *“nombre de defects”*, *“nombre de chocs”*, *“nombre de représentations de soi intègres”*, *“nombre de représentations de soi atteintes”*, *“nombre de représentations de soi parcellaires”*, *“nombre de représentations de soi fragmentées”*. Comme nous pouvons le constater, nous avons séparé les *“représentations de soi”* en fonction des niveaux de fonctionnements. Ce procédé nous a évité de nous confronter à l'utilisation d'un test non paramétrique qui aurait complexifié la présentation de notre analyse. Toutefois, il est important

de rappeler que les quatre aspects de la représentation de soi ne peuvent être abordé qu'ensemble car ces dimensions sont toutes quatre interconnectées. Néanmoins, ce procédé d'analyse basé peut permettre de mettre à jour d'éventuelles tendances spécifiques. Ainsi, l'ensemble des variables dépendantes que nous venons de présenter sera évalué en fonction de la variable indépendante "*mode d'accouchement*". Nous avons donc résumé cette dynamique au sein du tableau récapitulatif des variables suivant :

Variable(s) Indépendantes	Variables dépendantes
<ul style="list-style-type: none"> - Mode d'accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> - Vécu corporel difficile et angoissant T₀ - Vécu corporel difficile et angoissant T₁ - Vécu corporel difficile et angoissant T₂ - Vécu corporel difficile et angoissant T₃ - Score QIC T₀ - Score QIC T₁ - Score QIC T₂ - Score QIC T₃ - Nombre de barrières au Rorschach T₀ - Nombre de barrières au Rorschach T₂ - Nombre de pénétrations au Rorschach T₀ - Nombre de pénétrations au Rorschach T₂ - Nombre de réponses defect au Rorschach T₀ - Nombre de réponses defect au Rorschach T₂ - Nombre de réponse "choc" au Rorschach T₀ - Nombre de réponse "choc" au Rorschach T₂ - Représentation de soi intègres au Rorschach T₀ - Représentation de soi intègres au Rorschach T₂ - Représentation de soi atteintes au Rorschach T₀ - Représentation de soi atteintes au Rorschach T₂ - Représentation de soi parcellaires au Rorschach T₀ - Représentation de soi parcellaires au Rorschach T₂ - Représentation de soi fragmentées au Rorschach T₀ - Représentation de soi fragmentées au Rorschach T₂

Tableau n° 19 : Liste des variables indépendantes et dépendantes utilisées pour évaluer H4b

Afin de répondre à notre hypothèse, nous avons étudié 24 variables dépendantes différentes. Notons ici que les variables dépendantes étudiées à T₀ sont ici présentes dans le but de confirmer l'absence de différences initiales intergroupes complexifiant l'analyse réalisée. Aussi en excluant les hypothèses de travail spécifiques de notre évaluation initiale nous obtenons les 10 hypothèses de travail suivantes :

H4b1x : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais de l'entretien au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.

H4b1y : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais du Questionnaire d'Image Corporelle au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.

H4b1z : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais du test de Rorschach au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.

Les trois hypothèses que nous venons de présenter correspondent ici à l'évaluation d'un effet durable dans le temps. Elles correspondent à la mise en place d'une analyse à mesure répétée. En revanche, lorsque nous réaliserons une analyse transversale, les hypothèses de travail sont :

H4b2x : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais de l'entretien observables 3 mois après la naissance de l'enfant.

H4b2y : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais du Questionnaire d'Image Corporelle observables 3 mois après la naissance de l'enfant.

H4b3x : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais de l'entretien observables 9 mois après la naissance de l'enfant.

H4b3y : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais du Questionnaire d'Image Corporelle observables 9 mois après la naissance de l'enfant.

H4b3z : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais du test de Rorschach 9 mois après la naissance de l'enfant.

H4b4x : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais de l'entretien observables 1 an après la naissance de l'enfant.

H4b4y : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais du Questionnaire d'Image Corporelle observables 1 an après la naissance de l'enfant.

Afin de tester ces hypothèses de travail, nous avons suivi un processus d'analyse spécifique composé de 6 étapes que nous vous présentons ici.

Tout d'abord, nous avons présenté une analyse des données descriptives (1) portant sur notre hypothèse générale H4b. Devant la diversité des outils employés mais aussi devant le nombre de variables étudiées, nous avons choisi de représenter ces données par le biais d'une représentation graphique montrant l'évolution de nos variables choisies en fonction du temps. Cette étape n'a en revanche pas été réalisée pour les données du Rorschach. Effectivement, le nombre d'analyses, le fait que ce test n'ait été employé qu'en deux temps et la nécessité d'interpréter les données quantitatives descriptives pour déterminer des tendances éventuelles ne semblaient pas propices à ce procédé.

Dans un second temps, nous avons procédé à une ANOVA univariée(2) pour évaluer la présence éventuelle de différences initiales au niveau des variables étudiées. Comme nous l'avons précisé à de nombreuses reprises, cette étude est un prérequis déterminant le plan d'étude que nous avons employé pour chaque variable concernée. La présence d'une différence initiale induit donc sa prise en compte dans l'ensemble de l'équation statistique que nous avons étudiée.

A la suite de cette évaluation nécessaire, nous avons réalisé une MANOVA à mesure répétée(3) visant à évaluer l'effet à long terme du mode d'accouchement sur l'image du corps. Cette analyse n'a été réalisée que sur la base des indicateurs obtenus au QIC et à l'entretien. Nous avons donc premièrement évalué l'effet du temps (VI) sur la variable dépendante "*score obtenu au QIC*" et la variable dépendante "*vécu difficile et angoissant par rapport au corps*". Puis nous avons évalué l'effet conjoint du temps et du mode d'accouchement en tant que variables indépendantes conjointes sur les deux variables dépendantes nommées ("*score QIC*" et "*vécu difficile et angoissant par rapport au corps*". Nous avons ensuite commenté les résultats obtenus faisant écho aux hypothèses H4b1x, H4b1y, H4b1z.

Après avoir étudié l'impact du mode d'accouchement dans une perspective longitudinale continue, nous avons étudié les éventuelles incidences induites par le mode d'accouchement sur l'image du corps à T₁, T₂, T₃. Cette analyse s'est appuyée sur une analyse univariée (ANOVA) pour le QIC et sur une analyse multivariée (MANOVA) concernant les données évaluées en entretien (4). A cette étape, nous avons donc testé les hypothèses H4b2x, H4b2y, H4b3x, H4b3y, H4b4x, H4b4y.

Ensuite, nous avons proposé une analyse spécifique de l'évolution des composantes principales de l'image du corps au Rorschach 9 mois après l'accouchement. Une étude qualitative portant sur l'évolution moyenne de ces indicateurs en suite de couche en fonction du mode d'accouchement a été réalisée (5). Ce faisant nous avons testé H4b3z.

Enfin, une analyse multivariée(6) a été réalisée dans le but d'affiner notre modèle statistique. Cette analyse a été réalisée d'une part sur le test de Rorschach et d'autre part sur les indicateurs de l'image du corps évalués par le biais du QIC ou de l'entretien. Pour réaliser cette analyse nous avons donc ajouté les variables suivantes à notre modèle : “*douleur*” (codée en Non/0 et Oui/1) ; “*dyspareunie*”(codée en Non/0 et Oui/1) ; “*vécu féminin positif*” (codée en Non/0 et Oui/1) ; “*présence d'affects dépressifs*” (codée en Non/0 et Oui/1) ; “*expression traumatique liée à l'accouchement*”(codée en Non/0 et Oui/1) ; “*incontinence*” (codée en Non/0 et Oui/1) ; “*dysfonctionnements sexuels*”(codée en Non/0 et Oui/1) et “*accouchement vécu comme traumatique*” (codée en Non/0 et Oui/1). Chaque période temporelle spécifique (T₁, T₂ et T₃) a ensuite été évaluée séparément puis intégrée au sein d'un tableau récapitulatif que nous avons commenté et réactualisé en fonction de la présence d'éventuels résultats pertinents portant sur nos hypothèses de travail.

Pour finir, une conclusion générale est apportée à l'hypothèse H4b. Elle est par ailleurs commentée au sein d'une conclusion générale regroupant les observations réalisées au cours de l'analyse de l'hypothèse générale H4a (portant sur les angoisses somatopsychiques) mais aussi celle de l'hypothèse H4b portant sur l'image du corps.

4.5. Hypothèse théorique n°5

L'intitulé de l'hypothèse n°5 est : “*Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie pourrait être vécue comme un phénomène désorganisateur entraînant préférentiellement l'apparition de stress et l'émergence d'un vécu anxieux au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant*”.

Afin de mener à bien cette analyse, nous nous sommes appuyé sur des données qualitatives évaluées par le biais de l'entretien mais aussi des données quantitatives en utilisant un item du questionnaire EPDS évaluant spécifiquement l'anxiété. Un traitement statistique a ensuite été réalisé sur cette hypothèse. Nous avons évalué ces dimensions à T₀ puis à T₁, T₂ et T₃. Aussi, nous disposons pour l'analyse de deux plans d'étude différents. Le premier évalue l'impact du mode d'accouchement associé au temps sur la présence de stress et anxiété. Nous pouvons donc le représenter de la manière suivante : (mode)*(temps)*(stress et anxiété). Le

second plan d'étude évalue l'impact du mode d'accouchement sur la présence du stress et de l'anxiété en fonction d'une période donnée d'évaluation. Nous pouvons donc le représenter de la manière suivante : (mode)*(stress et anxiété en fonction de la période évaluée).

Afin de mener à bien cette analyse, nous avons mené deux analyses parallèles s'appuyant sur deux outils différents (l'EPDS et l'entretien). Au sein de ces derniers, nous avons sélectionné plusieurs variables. La première variable indépendante que nous avons sélectionnée est le "mode d'accouchement" et ses 4 modalités. Ensuite, nous avons sélectionné l'item catégoriel "Présence de stress et anxiété avant l'accouchement" obtenu par le biais de l'entretien (codé en oui/non). De même nous avons sélectionné l'item catégoriel "Présence de stress et anxiété après l'accouchement" que nous avons pu évaluer à 3 mois, 9 mois et 1 an après l'accouchement. Enfin deux variables quantitatives ont été retenues. Il s'agit de deux sous-catégories d'évaluation de l'EPDS "anxiété avant l'accouchement" (codée sur une valeur d'échelle comprise entre 0 et 3) et "anxiété après l'accouchement" (codée sur une valeur d'échelle comprise entre 0 et 3). L'ensemble de nos variables étudiées peut donc être présenté de la manière suivante :

Variable(s) Indépendantes	Variables dépendantes
- Mode d'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> - Stress et anxiété avant l'accouchement (entretien) T₀ - Stress et anxiété 3 mois après l'accouchement (entretien) T₁ - Stress et anxiété 9 mois après l'accouchement (entretien) T₂ - Stress et anxiété 1 an après l'accouchement (entretien) T₃ - Présence anxiété avant l'accouchement (EPDS) T₀ - Présence anxiété 3 mois après l'accouchement (EPDS) T₁

Tableau n°20 : Liste des Variables Indépendantes et Variables Dépendantes étudiées pour H5

Comme nous évaluons à la fois ces données sous l'angle de la durée (approche longitudinale) mais aussi sur chaque période de temps spécifique (approche transversale), nous obtenons 5 sous-hypothèses de travail.

La première hypothèse évalue la présence d'un effet durable induit par le mode d'accouchement sur le stress des femmes en suite de couche :

H5a : *L'épisiotomie entraîne préférentiellement et durablement un vécu stressant et anxieux évalué en entretien et dont les effets sont observables tout au long de l'année suivant l'accouchement.*

Dans un second temps, nous obtenons également 4 autres sous-hypothèses différentes correspondant à chaque évaluation portant sur une période ‘t’ bien spécifique :

H5b1 : *L'épisiotomie entraîne préférentiellement un vécu stressant et anxieux évaluée par le biais d'une sous-catégorie de l'EPDS 3 mois après l'accouchement.*

H5b2 : *L'épisiotomie entraîne préférentiellement un vécu stressant et anxieux évaluée par le biais de l'entretien 3 mois après l'accouchement.*

H5c : *L'épisiotomie entraîne préférentiellement un vécu stressant et anxieux évaluée par le biais de l'entretien 9 mois après l'accouchement.*

H5d : *L'épisiotomie entraîne préférentiellement un vécu stressant et anxieux évaluée par le biais de l'entretien 1 an après l'accouchement.*

Sur la base de ces 5 hypothèses, une analyse en 5 étapes a été réalisée. Au niveau de la présentation des données, comme les items de l'entretien sont des variables catégorielles et que la sous-catégorie de l'EPDS n'a qu'une très faible variabilité (0 à 3), nous avons préféré représenter nos données descriptives par le biais de deux graphiques(1). Nous avons pris cette décision car la simple présentation des données numériques ne permettait pas de faire des inférences claires. Dès lors, nous avons présenté un graphique ayant trait à l'évaluation proposée par le biais de l'EPDS et un autre graphique portant sur l'évaluation que nous avons réalisée par le biais de l'entretien. Nous avons alors commenté les différentes tendances observables. Ces dernières ont ensuite été éprouvées par les différentes analyses des variances de notre processus.

Dans un second temps nous avons évalué la présence de différences initiales (à T₀) entre nos échantillons. Pour rappel, la présence de ce type de différence peut entraîner un biais d'interprétation en induisant une variable parasite non évaluée. Nous avons donc réalisé sur chacun des modes d'évaluation de notre hypothèse une ANOVA univariée(2). Cela, dans le but d'appréhender d'éventuelles différences de moyennes intergroupe existant entre les sous-catégories “*anxiété évaluée par le biais de l'EPDS*” et l'item de l'entretien “*Présence de stress et anxiété avant l'accouchement*”. Les résultats de cette analyse nous ont permis de considérer ou non la présence de différences initiales intergroupe, et par conséquent, elles nous ont permis de nous positionner sur le type de plan d'étude qu'il était préférable d'employer.

Dans un troisième temps, nous avons réalisé une ANOVA à mesure répétée(3) visant à évaluer l'impact continu du mode d'accouchement sur la présence de stress et d'anxiété (en fonction du plan d'étude choisi lors du point précédent). Ce procédé n'a été réalisé que sur

l'évaluation faite sur la base de l'entretien. Effectivement, nous n'avons qu'une seule mesure de l'EPDS pour la période post-accouchement. Il aurait donc été peu informatif de réaliser une analyse à mesure répétée pour cet aspect unique¹⁰⁰ cela d'autant plus que la variabilité observée entre T₀ et T₁ était très faible. Nous avons donc uniquement testé l'hypothèse H₀ suivante :

H_{05a} : Il n'existe pas de différence induite par les modalités de la variable "mode d'accouchement" lorsque l'on évalue par le biais de l'entretien son impact durable sur la présence de stress et d'anxiété, au cours de l'ensemble de la période comprise entre l'accouchement et un an après la naissance.

A la suite de cette analyse, nous avons pu valider ou rejeter chaque H₀ au profit de H₁. Dès lors, dans le cas où une hypothèse H₀ était rejetée nous avons pu considérer que le mode d'accouchement avait un impact durable sur la présence de stress et d'anxiété en suite de couche. En présence de résultats significatifs, nous avons eu la possibilité de réaliser un test de Bonferroni pour vérifier précisément l'incidence de l'épisiotomie au sein de cette dynamique.

Après nous être positionné sur la variabilité du stress en fonction du mode d'accouchement et du temps, nous avons construit une quatrième étape d'analyse. Elle a consisté à évaluer de manière transversale l'incidence du mode d'accouchement sur chaque période d'évaluation distincte (T₁, T₂ et T₃). L'évaluation 3 mois après l'accouchement ayant été évaluée par le biais de deux manières différentes (*la variable dépendante EPDS et la variable dépendante item de l'entretien*), nous avons réalisé une Analyse multivariée MANOVA (4)¹⁰¹. En revanche, l'évaluation à 9 mois et 1 an n'évaluant que les variations d'une variable dépendante (l'item de l'entretien "*Présence de stress et d'anxiété*") nous avons réalisé deux analyses univariées pour chaque période. L'association de ces trois analyses spécifiques nous a permis d'évaluer l'incidence potentielle du mode d'accouchement sur la présence de stress au cours du post-partum en fonction de chaque période de notre étude. Enfin, en présence de résultats significatifs, un test de comparaison des moyennes (Test de Bonferroni) a été réalisé afin d'isoler l'effet potentiel et spécifique de l'épisiotomie sur le stress des femmes en suite de couche.

Dans le but d'affiner notre modèle, nous avons ensuite complété notre plan d'étude en y intégrant des variables supplémentaires. Ces dernières ont été sélectionnées sur la base de nos intuitions cliniques mais aussi en nous appuyant sur certaines tendances isolées par la

¹⁰⁰ Nous avons toutefois procédé par précaution à cette analyse et nous n'avons trouvé aucune significativité de nos hypothèses.

¹⁰¹ Les variables catégorielles ont ici été recodées (non/0 et oui/1) pour être intégrée au modèle statistique.

littérature scientifique. Nous avons donc intégré les variables suivantes : “*pathologie portée par l’enfant*” (codée oui1/non0) ; “*Soutien du compagnon*” (codée oui1/non0) ; “*Suivi post-natal satisfaisant*” (codée oui1/non0) ; “*relation positive à l’enfant*” (codée oui1/non0) ; “*dyspareunie*” (codée oui/non) et “*douleurs*” (codée oui1/non0). Puis, nous avons reproduit l’analyse multivariée portant sur la période T₁ et les deux analyses univariées portant sur T₂ et T₃. Nous avons ensuite relevé les variables ayant eu une influence significative sur la présence de stress et d’anxiété en suite de couche. Ces résultats ont enfin été commentés et replacés dans leur contexte clinique.

Pour finir, nous avons proposé un résumé des résultats obtenus. Ce faisant, nous avons pu répondre à notre hypothèse n°5. Nous avons ensuite apporté à ces conclusions des éléments d’interprétation basés sur notre pratique clinique ainsi que des pistes de réflexions supplémentaires.

4.6. Hypothèse théorique n°6

L’intitulé de l’hypothèse n°6 est : “*Comparée aux autres modes d’accouchement, l’épisiotomie entrainerait préférentiellement l’apparition d’une symptomatologie dépressive au cours de l’année suivant la naissance de l’enfant*”.

L’étude de cette hypothèse s’est appuyée sur l’utilisation de trois outils. D’un côté le questionnaire EPDS dont la passation a été réalisée avant l’accouchement et à T₁ (3 mois après l’accouchement). D’un autre côté nous avons utilisé certains indicateurs du test de Rorschach dont la passation a été réalisée à T₂ (9 mois après l’accouchement). Enfin, nous avons étudié la dynamique des entretiens pour aborder la présence d’affects dépressifs marqués à T₁, T₂ et T₃. Lorsque nous évaluons l’impact du mode d’accouchement sur la durée, nous obtenons le plan d’étude suivant : (mode d’accouchement)*(temps)*(indicateur d’affect dépressif). En revanche, lorsque nous évaluons l’impact du mode d’accouchement en fonction d’une période temporelle donnée (approche transversale) nous obtenons le plan d’étude suivant : (mode d’accouchement)*(indicateur d’affect dépressif évalué à une période ‘t’ donnée).

La variable indépendante évaluée dans cette hypothèse est donc “*le mode d’accouchement*”. Les variables dépendantes spécifiques du questionnaires EPDS sont “*score obtenu à l’EPDS*” (variable quantitative) et “*présence d’une dépression*” (variable catégorielle en Non/0 et codée Oui/1 lorsque le score de l’EPDS dépasse 11). Les variables dépendantes obtenues au test de Rorschach sont toutes des variables quantitatives. Elles

correspondent à des indicateurs relevés à la suite de la cotation des protocoles : “cotations C’ ”(appelée couleurN sur nos graphiques car le ’ ne pouvait être saisi) ; “choc au blanc” ; “choc N” ; “choc K” et “remarque lien”. Enfin, la variable “présence d’affects dépressifs en entretien” (codée en Non/0 Oui/1) a été également intégrée.

La contingence des variables étudiées dans cette hypothèse est donc présentée dans le tableau ci-dessous :

Variable(s) Indépendantes	Variables dépendantes
- Mode d'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> - Score obtenu à l’EPDS à T₀ - Score obtenu à l’EPDS à T₁ - Présence dépression évaluée par le biais de l’EPDS à T₀ - Présence dépression évaluée par le biais de l’EPDS à T₁ - Présence d’affects dépressifs évalués par le biais de l’entretien à T₁ - Présence d’affects dépressifs évalués par le biais de l’entretien à T₂ - Présence d’affects dépressifs évalués par le biais de l’entretien à T₃ - Nombre de cotations C’ obtenues au test de Rorschach à T₀ - Nombre de cotations C’ obtenues au test de Rorschach à T₂ - Nombre de cotations “Choc au blanc” obtenues au test de Rorschach à T₀ - Nombre de cotations “Choc au blanc” obtenues au test de Rorschach à T₂ - Nombre de cotations “Choc N” obtenues au test de Rorschach à T₀ - Nombre de cotations “Choc N” obtenues au test de Rorschach à T₂ - Nombre de cotations “Choc K” obtenues au test de Rorschach à T₀ - Nombre de cotations “Choc K” obtenues au test de Rorschach à T₂ - Nombre de cotations “Remarque lien” obtenues au test de Rorschach à T₀ - Nombre de cotations “Remarques lien” obtenues au test de Rorschach à T₂

Tableau n°21 : Listes des variables étudiées au travers de l’hypothèse 6

L’ensemble des 17 variables a donc été testé par le biais d’une procédure spécifique en 5 étapes. Tout d’abord, une analyse descriptive(1) des données obtenues à l’EPDS et aux entretiens a été présentée. Le même procédé a été réalisé pour l’évolution du nombre de cotations C’ évaluée par le biais du test de Rorschach. A cette étape, nous n’avons effectivement retenu que cette unique variable du Rorschach pour plusieurs raisons. D’une part, il s’agit de la seule variable évaluant uniquement et spécifiquement la présence d’affects dépressifs. Cela, alors que les autres variables peuvent recouvrir des réalités psychiques différentes. D’autre part, la variabilité du nombre de réponse C’ moyen permettait une appréhension statistique facilitée.

Ces données ont été présentées sous la forme d'une représentation graphique facilitant l'appréhension d'éventuelles tendances marquées. Nous avons donc commenté ces données et mis en lumière les éventuelles tendances observées.

Dans un second temps, comme à notre habitude nous avons tenté d'appréhender la présence d'un biais spécifique existant à T_0 pour chacune des variables étudiées. Nous avons donc réalisé une ANOVA univariée(2) permettant d'appréhender la présence d'une éventuelle différence initiale. Comme une évaluation de la présence d'affects dépressifs marqués au cours de l'entretien prénatal n'a pas été réalisée, cette variable n'a donc pas été étudiée à cette étape. Néanmoins, les variations étudiant les scores obtenus à l'EPDS à T_0 nous semblent être un outil pertinent permettant d'isoler la présence d'éventuelles variables parasites ayant une influence préalable. En fonction des résultats obtenus, nous avons ensuite pu confirmer les plans d'étude appropriés pour cette hypothèse.

Dans un troisième temps, nous avons réalisé une ANOVA à mesure répétée(3) permettant d'appréhender l'effet test-retest intégrant la variable mode d'accouchement sur les variables dépendantes évaluées à 3 mois par le biais de l'EPDS, 9 mois après l'accouchement par le biais du test de Rorschach et sur l'ensemble de la période post-accouchement pour l'outil entretien (T_1 , T_2 et T_3). Ce faisant nous avons testé les 4 hypothèses de travail suivantes :

H6a1 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive durable évaluée grâce à l'EPDS 3 mois après l'accouchement et ce, en fonction de la période avant l'accouchement.

H6a2 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement l'apparition de dépressions évaluées grâce à l'EPDS 3 mois après l'accouchement et ce, en fonction de la période avant l'accouchement.

H6a3 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive évaluée grâce au test de Rorschach 9 mois après l'accouchement et ce, en fonction de la période avant l'accouchement.

H6a4 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement l'apparition durable d'une symptomatologie dépressive évaluée par le biais de l'entretien au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.

Dans un quatrième temps, nous avons réalisé une MANOVA (4) ayant pour but d'appréhender de manière transversale la présence de différences contrastées entre les moyennes sans prendre en compte les indicateurs initiaux. Nous avons donc évalué la présence du nombre de dépressions et la prévalence des symptômes dépressifs 3 mois après l'accouchement grâce à l'EPDS. Puis, nous avons évalué la prévalence d'affects dépressifs 9

mois après l'accouchement grâce au test de Rorschach. Enfin, nous avons aussi relevé pour les périodes de 3 mois, 9 mois et 1 an¹⁰² après l'accouchement la présence d'affects dépressifs marqués évalués par le biais de l'entretien. Pour l'évaluation basée sur l'EPDS et le test de Rorschach, cette évaluation est moins précise que l'ANOVA à mesure répétée. Effectivement, l'évaluation transversale simple ne tient pas compte de la présence des évaluations réalisées à T₀ sachant que la mesure n'a été répétée qu'une seule fois. Néanmoins, nous avons toutefois souhaité étudier ces aspects car la fiabilité test-retest de ces outils n'étant pas de 100%, nous ne souhaitons pas qu'une éventuelle variation liée à l'association de notre outil et la méthodologie test-retest employée puisse invalider de potentiels résultats. Enfin, en fonction des résultats obtenus, un test de Bonferroni a été réalisé afin d'appréhender les éventuels contrastes entre les sous-groupes évalués. Cette analyse nous a permis de tester les six hypothèses de travail suivantes :

H6b1: Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive évaluée grâce à l'EPDS 3 mois après la naissance de l'enfant.

H6b2: Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition de dépressions évaluées grâce à l'EPDS 3 mois après la naissance de l'enfant.

H6b3: Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition de symptômes dépressifs évalués grâce à l'entretien 3 mois après la naissance de l'enfant.

H6c1: Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive évaluée grâce au test de Rorschach 9 mois après la naissance de l'enfant.

H6c2: Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive évaluée grâce à l'entretien 9 mois après la naissance de l'enfant.

H6d: Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive évaluée grâce à l'entretien 1 an après la naissance de l'enfant.

En nous appuyant sur les résultats obtenus à notre analyse, nous nous sommes positionné par rapport à chaque hypothèse puis, nous avons validé ou rejeté chacune d'entre-elles. Enfin, nous avons affiné notre modèle d'analyse multivariée(5) et avons ajouté à notre

¹⁰² La période des 1 an n'étant évaluée que par le biais de l'entretien, nous n'avons réalisé qu'une analyse univariée sur ce point.

modèle les variables “*baby blues*” ; “*dyspareunie*” ; “*dysfonctionnement sexuel*” ; “*angoisse liée au mode d’accouchement*” et “*soutien du compagnon*”. Toutes ces variables ont été codées de la manière suivante : Non/0 et Oui/1. Les covariances significatives ont été relevées puis commentées.

L’ensemble des résultats obtenus a finalement été résumé dans un dernier point conclusif puis commenté et interprété de manière à ancrer ces résultats statistiques au niveau du réel clinique.

4.7. Hypothèse théorique n°7

L’hypothèse n°7 s’intitule “*Comparée aux autres modes d’accouchement, l’épisiotomie pourrait entraîner préférentiellement l’apparition de traumatismes psychiques au cours de la première année suivant la naissance de l’enfant*”.

Cette hypothèse est subdivisée en deux sous-hypothèses théoriques :

H7a : Comparée aux autres modes d’accouchement, l’épisiotomie pourrait entraîner préférentiellement l’apparition d’un vécu psychique caractérisé par l’expression de difficultés sévères ou l’apparition d’un traumatisme caractérisé lié(s) au mode d’accouchement au cours de l’année suivant la naissance de l’enfant.

H7b : Comparée aux autres modes d’accouchement, l’épisiotomie pourrait entraîner préférentiellement l’apparition d’un Etat de Stress Post-Traumatique une année après l’accouchement.

Pour répondre à ces deux questionnements, nous avons utilisé des données quantitatives provenant du questionnaire Traumaq dont la passation s’est déroulée à T₃ (1 an après l’accouchement). Mais aussi, certaines données obtenues par le biais de la cotation du test de Rorschach dont la passation a été réalisée à T₂ (9 mois après l’accouchement). Et enfin, des données de l’entretien obtenues à T₁, T₂ et T₃.

Outre la variable indépendante “*mode d’accouchement*”, nous avons sélectionné plusieurs variables dépendantes. Concernant le questionnaire Traumaq, la variable dépendante sélectionnée est la moyenne pondérée des scores obtenus au Traumaq appelée “*score étalonné Traumaq*” (variable quantitative). De même, les variables dépendantes sélectionnées au test de Rorschach sont les variables quantitatives “*nombre de refus*” et “*nombre de chocs*”

(correspondant à la somme de toutes les réponses “choc” comme les eq choc, choc N, choc C, choc au blanc, choc K...). Enfin, les variables dépendantes provenant de l’utilisation de l’entretien sont : “*expression traumatique liée à l’accouchement*” (codée en Non/0 et Oui/1) ; “*accouchement vécu comme traumatique*” (codée en Non/0 et Oui/1) et enfin, “*mode d’accouchement difficilement vécu*” (codé en Non/0 et Oui/1).

Concernant ces variables, il est important d’apporter une précision. Tout d’abord la variable “*expression traumatique liée à l’accouchement*” correspond à la présence d’énonciations portant spécifiquement sur l’accouchement au sens large. Elle correspond au qualificatif de traumatique rappelé par Bokanowski (2002, p. 747) : « le traumatique vient désigner l’aspect économique du traumatisme (le défaut de « pare-excitant », etc.) ; ce principe économique entraîne un type de fonctionnement à propos duquel on pourrait parler de fonctionnement à “*empreinte traumatique*” ou “*en traumatique*” ; même si une partie de ses effets peuvent être représentables, figurables et symbolisables, ils ne le sont jamais totalement ».

Aussi, au sein de cette variable, nous n’avons pas évalué la présence d’un traumatisme avéré consécutif à l’accouchement comme pour la variable “*accouchement vécu comme traumatique*”. Nous avons plutôt privilégié la saisie d’éventuels aspects économiques ordinairement liés à la présence d’un traumatisme sans que ces aspects ne soient forcément pathognomoniques. Derrière le mot traumatique, il est donc question de l’évaluation de la présence d’effets économiques liés à la mise en péril du pare excitation des femmes que nous avons rencontrées.

Enfin, nous n’avons choisi d’évaluer que deux dimensions au test de Rorschach. Effectivement, l’analyse de H4a nous a montré que la qualité des représentations de soi ne variait pas en fonction du mode d’accouchement et il nous était impossible de conclure sur ce point spécifique. Nous avons donc privilégié la sélection de deux variables quantitatives spécifiques et simples à évaluer quantitativement.

Après avoir effectué cette précision méthodologique nous pouvons présenter le tableau récapitulatif des variables étudiées présent à la page suivante :

Variable(s) Indépendantes	Variables dépendantes
<ul style="list-style-type: none"> - Mode d'accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> - Score étalonné obtenu au Traumaq T₃ - Expression traumatique liée à l'accouchement évaluée en entretien à T₁ - Expression traumatique liée à l'accouchement évaluée en entretien à T₂ - Expression traumatique liée à l'accouchement évaluée en entretien T₃ - Accouchement vécu comme traumatique évalué en entretien à T₁ - Accouchement vécu comme traumatique évalué en entretien à T₂ - Accouchement vécu comme traumatique évalué en entretien à T₃ - Mode d'accouchement difficilement vécu évalué en entretien à T₁ - Mode d'accouchement difficilement vécu évalué en entretien à T₂ - Mode d'accouchement difficilement vécu évalué en entretien à T₃ - Nombre de cotations refus obtenues au test de Rorschach à T₀ - Nombre de cotations refus obtenues au test de Rorschach à T₂ - Nombre de cotations "Choc" obtenues au test de Rorschach à T₀ - Nombre de cotations "Choc" obtenues au test de Rorschach à T₂

Tableau n°22 : Liste des variables étudiées au travers de l'hypothèse 7

Cet ensemble constitué de 14 variables a été étudié sous deux aspects différents. D'une part nous avons étudié l'ensemble de ces variables sous un angle transversal que nous pouvons résumer au travers du plan d'étude suivant : (mode)*(variable dépendante évaluée à une période spécifique). D'autre part, nous avons pu étudier ces variables par le biais d'une analyse intégrant la notion de continuité longitudinale : (mode)*(temps)*(variable dépendante spécifique).

L'analyse que nous avons réalisée s'est appuyée sur une succession de 5 étapes que nous avons résumées ici.

Pour commencer, nous avons évalué l'impact du mode d'accouchement sur la présence de Stress Post-Traumatique un an après l'accouchement. Cette hypothèse est certes un peu artificielle car nous avons fait passer le questionnaire Traumaq à toutes les femmes alors que ce dernier est normalement utilisé suite à un constat clinique préalable. Cet outil reste toutefois un des plus pertinent dans l'évaluation du Trouble de Stress Post-Traumatique. Comme la variable étudiée est une variable ordinale (présente sur une échelle de Lickert), nous avons utilisé le test de Kruskal-Wallis(1) pour évaluer l'incidence potentielle du mode d'accouchement sur la survenue de Stress Post-traumatique. Ce faisant nous avons évalué l'hypothèse H7b :

H7b : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie pourrait entraîner préférentiellement l'apparition d'un Etat de Stress Post-Traumatique une année après l'accouchement.

Puis, comme nous avons eu l'habitude de le faire pour chaque hypothèse, nous avons réalisé une analyse descriptive(2) portant sur les variables étudiées. Cette analyse a principalement été réalisée sur la base des représentations graphiques que nous avons construites. Elle nous a permis d'appréhender la présence de certaines tendances aiguillant ainsi la dynamique prise par nos analyses successives.

Ensuite, nous avons évalué la présence de biais initiaux spécifiques grâce à l'emploi d'une analyse univariée(3). Cette analyse n'a été réalisée que sur les indicateurs retenus par le biais du Rorschach car les autres variables dépendantes relatives au mode d'accouchement ne pouvaient être évaluées à T₀.

Une quatrième étape a consisté à réaliser une ANOVA à mesure répétée(4) permettant d'évaluer les effets durables induits par l'association du temps et du mode d'accouchement au cours de l'entretien. Ce procédé a pour intérêt de tenir compte de l'évolution durable des variables dépendantes que nous avons observées mais aussi de l'évaluation initiale réalisée. Ce faisant, nous avons pu évaluer les hypothèses de travail suivantes :

H7a1a : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition d'un vécu psychique caractérisé par l'expression de difficultés sévères ou l'apparition d'un traumatisme caractérisé lié(s) au mode d'accouchement et évalué par le biais de l'entretien au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.

H7a1b : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition d'un vécu psychique caractérisé par l'expression de difficultés sévères ou l'apparition d'un traumatisme caractérisé lié(s) au mode d'accouchement et évalué par le biais du Rorschach au cours des 9 mois suivant la naissance de l'enfant.

Dans un cinquième temps, après avoir étudié l'impact longitudinal des variables dépendantes concernées, nous avons réalisé une MANOVA (5) permettant d'aborder pour chaque période de temps spécifique l'impact des variables étudiées au cours de l'entretien. Pour les variables du Rorschach, cette évaluation transversale est certes moins précise car elle ne tient pas compte de l'évaluation initiale réalisée à T₀ mais nous avons trouvé utile de la présenter

ici car la fiabilité du Rorschach en test-retest jusqu'à présent pas établie normativement et sujette à des fluctuations quantitatives qu'il ne faut pas négliger). Nous avons donc obtenu les hypothèses de travail suivantes :

H7a2 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition d'un vécu psychique caractérisé par l'expression de difficultés sévères ou l'apparition d'un traumatisme caractérisé lié(s) au mode d'accouchement évalué par le biais de l'entretien 3 mois après la naissance de l'enfant.

H7a3a : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition d'un vécu psychique caractérisé par l'expression de difficultés sévères ou l'apparition d'un traumatisme caractérisé lié(s) au mode d'accouchement évalué par le biais de l'entretien 9 mois après la naissance de l'enfant.

H7a3b : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition d'un vécu psychique caractérisé par l'expression de difficultés sévères ou l'apparition d'un traumatisme caractérisé lié(s) au mode d'accouchement évalué par le biais du Rorschach 9 mois après la naissance de l'enfant.

H7a4 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition d'un vécu psychique caractérisé par l'expression de difficultés sévères ou l'apparition d'un traumatisme caractérisé lié(s) au mode d'accouchement évalué par le biais de l'entretien 1 an après la naissance de l'enfant.

En fonction des résultats obtenus, nous avons validé ou invalidé nos hypothèses. Cette étape a ensuite clos notre analyse. Nous avons donc commenté les résultats obtenus. Puis, nous avons établi de possibles interprétations liées à nos résultats avant de nous positionner de manière générale sur H7.

4.8. Hypothèse théorique n°8

L'hypothèse 8 correspond à l'affirmation suivante : “ ***Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présenteraient préférentiellement une expression de l'identité sexuée (sentiment de féminité et de maternité) moins affirmée au cours de la première année suivant la naissance de l'enfant.*** ”

Cette hypothèse est divisée en deux sous-hypothèses générales que nous avons évaluées conjointement au sein de notre partie analyse.

H8a : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité féminine moins affirmée au cours de la première année suivant la naissance de l'enfant. ”

H8b : Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité maternelle moins affirmée au cours de la première année suivant la naissance de l'enfant.

Pour évaluer ces deux hypothèses, nous nous sommes appuyé sur deux outils spécifiques : le Rorschach que nous avons employé à T₂ et l'entretien à T₁, T₂ et T₃. L'entretien nous a permis d'évaluer les énonciations portant sur le vécu féminin et maternel correspondant aux variables catégorielles "vécu féminin positif" (codée en Non/0 et Oui/1) et "vécu maternel positif" (codée en Non/0 et Oui/1). Le test de Rorschach nous a quant à lui permis d'évaluer l'ensemble des IES évalués : "IES féminin version Cassier" ; "IES Féminin version révisée" et "IES Maternel version révisée". Ces trois indicateurs du Rorschach sont des variables quantitatives construites sur la base d'une évaluation qualitative. Nous tenons à préciser ici que la version révisée des IES correspond à la grille que nous avons créée afin de différencier les symbolisations maternelles des symbolisations féminines. Cette appréhension spécifique correspond à une proposition construite à la suite de réflexions théoriques esquissées dans cette partie méthodologique et pour laquelle une étude de validation est en cours.

La liste des variables employées pour l'étude de cette hypothèse est donc présentée dans le tableau suivant :

Variable(s) Indépendantes	Variables dépendantes
- Mode d'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> - Vécu féminin positif évalué en entretien à T₁ - Vécu féminin positif évalué en entretien à T₂ - Vécu féminin positif évalué en entretien à T₃ - Vécu maternel positif évalué en entretien à T₁ - Vécu maternel positif évalué en entretien à T₂ - Vécu maternel positif évalué en entretien à T₃ - IES féminin version cassier obtenu au test de Rorschach à T₀ - IES féminin version cassier obtenu au test de Rorschach à T₂ - IES féminin version révisée obtenu au test de Rorschach à T₀ - IES féminin version révisée obtenu au test de Rorschach à T₂ - IES maternel version cassier obtenu au test de Rorschach à T₀ - IES maternel version cassier obtenu au test de Rorschach à T₂

Tableau n°23 : Listes des variables étudiées à l'hypothèse 8

Afin d'apporter une réponse à notre hypothèse, nous nous sommes appuyé sur une analyse en 5 étapes.

Tout d'abord, nous avons réalisé une analyse descriptive(1) portant sur les données obtenues. Comme nous l'avons fait pour la plupart de nos hypothèses, nous avons employé les représentations graphiques obtenues afin de pouvoir mettre en évidence d'éventuelles tendances spécifiques portant sur notre hypothèse. Nous avons premièrement commenté ces tendances avant de pouvoir opérer un traitement statistique sur ces données afin d'éprouver leur significativité.

Dans un deuxième temps, nous avons évalué à l'aide d'une ANOVA univariée(2) la présence d'indicateurs porteurs d'une différence initiale à T_0 pouvant éventuellement biaiser nos analyses. Ce temps nous a permis de confirmer le plan de notre étude et déterminer les actions et l'emploi de nos variables aux étapes suivantes.

Ensuite, nous avons réalisé une ANOVA à mesure répétée (3). Par le biais de cette analyse, nous avons étudié l'évolution des indicateurs retenus en fonction de l'évaluation initiale. De même, nous avons pu appréhender l'incidence du mode d'accouchement au cours du temps sur nos variables dépendantes. Nous avons donc pu étudier les hypothèses de travail suivantes :

H8a1x : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité féminine moins affirmée évaluée par le biais de l'entretien et ce, au cours de la première année suivant la naissance de l'enfant.

H8a1y : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité féminine moins affirmée évaluée par le biais du Rorschach et ce, au cours des 9 mois après la naissance de l'enfant.

H8b1x : Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité maternelle moins affirmée évaluée par le biais de l'entretien et ce, au cours de la première année suivant la naissance de l'enfant.

H8b1y : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité maternelle moins affirmée évaluée par le biais du Rorschach 9 mois après la naissance de l'enfant.

Après, avoir étudié la pertinence de ces hypothèses, nous avons souhaité porter un regard transversal sur les données que nous avons extraites. Cette étape aurait pu ne pas être

nécessaire pour les indicateurs obtenus au test de Rorschach. Toutefois, comme nous l'avons précisé auparavant, en l'absence de données normatives sur la passation en test-retest du Rorschach il était méthodologiquement plus prudent d'associer à notre analyse à mesure répétée une évaluation transversale ne prenant pas en compte les données obtenues à T0. Aussi, en ayant vérifié l'absence de biais éventuels au travers de l'étape numéro 2, nous avons pu mener une analyse multivariée(4) (MANOVA) visant à évaluer les hypothèses de travail suivantes :

H8a2 : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité féminine moins affirmée évaluée par le biais de l'entretien 3 mois après l'accouchement.

H8b2 : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité maternelle moins affirmée évaluée par le biais de l'entretien 3 mois après l'accouchement.

H8a3x : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité féminine moins affirmée évaluée par le biais de l'entretien 9 mois après l'accouchement.

H8b3x : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité maternelle moins affirmée évaluée par le biais de l'entretien 9 mois après l'accouchement.

H8a3y : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité féminine moins affirmée évaluée par le biais du test de Rorschach 9 mois après l'accouchement.

H8b3y : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité maternelle moins affirmée évaluée par le biais du test de Rorschach 9 mois après l'accouchement.

H8a4 : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité féminine moins affirmée évaluée par le biais de l'entretien 1 an après l'accouchement.

H8b4 : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité maternelle moins affirmée évaluée par le biais de l'entretien 1 an après l'accouchement.

Afin de garder une certaine cohérence dans les modèles statistiques employés, chaque temps a été évalué spécifiquement. Puis, l'ensemble des résultats obtenus à ces hypothèses a été présenté et commenté spécifiquement.

Enfin, nous avons complété et reproduit cette analyse multivariée(5) en y ajoutant de nouvelles variables pour appréhender la présence et l'incidence d'éventuelles covariables

indépendantes sur les variables dépendantes que nous étudions au sein l'hypothèse n°8. Les variables indépendantes retenues sont : “*allaitement*” (codée en Non/0 et Oui/1) ; “*soutien du compagnon*” (codée en Non/0 et Oui/1) ; “*accouchement vécu comme traumatique*” (codée en Non/0 et Oui/1) ; “*relation positive à l'enfant*” (codée en Non/0 et Oui/1) ; “*présence d'affects dépressifs*” (codée en Non/0 et Oui/1) ; “*dyspareunie*” (codée en Non/0 et Oui/1) ; “*dysfonctionnements sexuels*” (codée en Non/0 et Oui/1) ; “*douleurs*” (codée en Non/0 et Oui/1) ; “*incontinence*” (codée en Non/0 et Oui/1) et enfin “*activité sexuelle*” (codée en Non/0 et Oui/1). L'ensemble des données significatives a été présenté et commenté dans un dernier point spécifique.

Pour finir, nous avons terminé l'analyse des deux sous-hypothèses générales en proposant un récapitulatif des éléments apportés par nos analyses et les différents positionnements pris en rapport à nos hypothèses de travail. Enfin, nous avons commenté et interprété nos résultats afin d'associer ces derniers avec des observations cliniques que nous avons pu réaliser au sein de cette étude.

RESULTATS

L'analyse de nos hypothèses repose sur une méthode croisée utilisant à la fois une approche quantitative et une approche qualitative. Pour chaque hypothèse, nous présenterons notre démarche d'analyse avec concision et précision puis, en fonction des résultats obtenus, nous proposons une discussion argumentée des résultats que nous avons trouvés. Un premier temps d'analyse quantitative¹⁰³ est tout d'abord réalisé pour chaque hypothèse isolée dans notre partie théorique¹⁰⁴. Il permet de répondre premièrement aux questions soulevées par notre approche exploratoire. Cette analyse quantitative est à terme ancrée dans la clinique du sujet lorsque nous interprétons les résultats et nous prenons également soin de soulever certains questionnements de recherche supplémentaires. Dans un second temps, éclairé par les résultats obtenus aux hypothèses ayant émergé de notre partie théorique, nous proposons une extension de cette analyse quantitative portant sur les facteurs potentiellement impliqués dans le vécu négatif d'une épisiotomie. Après avoir proposé une conclusion portant sur les grandes tendances observées par notre analyse quantitative, nous nous sommes ensuite penché sur l'étude de l'impact psychique de l'épisiotomie réalisée sous un angle qualitatif. Le but de cette analyse étant d'approfondir notre appréhension du vécu subjectif de l'épisiotomie en passant à une modalité d'étude individuelle et intrapsychique.

1. ANALYSE QUANTITATIVE

L'analyse quantitative que nous avons réalisée a été construite en deux temps distincts. Tout d'abord, nous avons évalué l'ensemble des 8 hypothèses générales (13 sous-hypothèses théoriques) au travers d'un premier temps d'analyse étudiant les différences intergroupe. Cette analyse est réalisée de manière comparative et elle a pour but d'isoler de grandes tendances liées aux conséquences de la pratique de l'épisiotomie. Puis, après avoir apporté un regard général sur notre objet d'étude et questionné les sous-bassement de notre analyse, nous avons proposé une analyse quantitative supplémentaire cette fois-ci orientée par une volonté explicative. Nous tenterons donc d'isoler les éventuels facteurs impliqués dans l'appréhension

¹⁰³ Toutes les analyses quantitatives sont disponibles à la demande dans un document complémentaire reprenant pour chaque hypothèse, la présentation des données assurant que les conditions sont respectées et les nombreuses analyses complémentaires non décrites ici.

¹⁰⁴ Nous souhaitons aussi ajouter en préalable que la taille de notre échantillon ne nous a pas permis de réaliser un modèle évaluant le rapport des cotes (visant à obtenir des Odd Ratios OR).

d'un vécu négatif de l'épisiotomie. Enfin, nous proposerons une discussion argumentée des résultats que nous avons obtenus au cours de l'étude de l'ensemble des hypothèses étudiées.

1.1. Analyse de l'hypothèse numéro 1

L'intitulé de l'hypothèse n°1 est : ***“Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie chez les femmes primipares”***.

L'analyse quantitative que nous avons menée pour répondre à l'hypothèse 1 s'appuie sur une démarche en 4 étapes, complétée d'une étape d'analyse complémentaire. Pour mener à bien cette analyse, nous avons tout d'abord sélectionné les variables étudiées. Il s'agit de la variable indépendante *“mode d'accouchement”* (groupe épisiotomie, groupe déchirure, groupe césarienne, groupe Voie Basse Simple) ; ainsi que les variables dépendantes quantitatives *“santé physique”* et *“santé mentale”* provenant du questionnaire SF36. Comme nous sommes dans un plan d'étude dit *“à mesure répétée”*, nous avons différencié les variables dépendantes en fonction du temps (T₀, T₁, T₂ et T₃) ce qui a généré 8 VD différentes (*“T₀physique”* et *“T₀santé mentale”* pour avant l'accouchement ; *“T₁phys”* et *“T₁sm”* pour 3 mois après l'accouchement ; *“T₂phys”* et *“T₂sm”* pour 9 mois après l'accouchement et enfin *“T₃phys”* et *“T₃sm”* pour un an après l'accouchement).

Le plan de cette analyse évalue l'incidence du mode d'accouchement en fonction de chacune des dimensions du SF36 en fonction de chaque période de temps donnée mais aussi sur l'ensemble de la durée de l'étude. Il se résume donc sous les deux formes suivantes employées respectivement en fonction de l'analyse présentée : (mode d'accouchement)*(dimension évaluée en fonction de la temporelle étudiée) et (mode d'accouchement)*(temps)*(dimensions étudiée). Plus précisément, nous avons évalué les interactions du facteur intersujet *“mode d'accouchement”* avec les variables intrasujet *“type d'évaluation”* (*qualité de vie mentale ou qualité de vie physique*) et *“temps”* (composée de quatre modalités d'évaluation T₀, T₁, T₂, et T₃). L'appréhension de la variable temps a été faite selon deux aspects spécifiques : longitudinal et transversal. L'approche longitudinale est associée au plan (mode d'accouchement)*(temps)*(dimensions étudiée) alors que l'approche transversale est associée au plan (mode d'accouchement)*(dimension évaluée en fonction de la temporelle étudiée). Concernant ce dernier, il faut enfin rappeler que ce plan d'étude peut être employé si et seulement si, l'évaluation de *“T₀phys”* ou de *“T₀sm”* n'a pas montré de différence significative entre les sous-groupes constituant la variable *“mode d'accouchement”*

(GE, GD, GC, GVBS)¹⁰⁵. Si tel était le cas, nous devrions changer de plan d'étude en adoptant le modèle suivant : (mode d'accouchement)*(T0phys ou T0sm)*(qualité de vie mentale ou qualité de vie physique en fonction de la période évaluée). Cette précision visant à éviter la présence de biais d'interprétation, nous pouvons débiter notre analyse descriptive.

1.1.1. Analyse descriptive de H1 :

Après avoir codé chaque variable en fonction de ses modalités respectives, nous obtenons le tableau des données descriptives présentant la moyenne de chaque dimension du SF36 à chaque période de temps évaluée. Ce tableau est présenté ci-dessous :

Statistiques descriptives					Statistiques descriptives				
	Mode d'accouchement	Moyenne	Ecart type	N		Mode d'accouchement	Moyenne	Ecart type	N
t0SM	Voie Basse Simple	65,7111	11,14287	9	t0phys	Voie Basse Simple	51,2278	16,81582	9
	Dechirure	67,5750	21,27692	12		Dechirure	55,0500	13,69754	12
	Episiotomie	63,3250	17,39910	16		Episiotomie	48,2438	17,52679	16
	Césarienne	70,3667	21,35516	6		Césarienne	53,7167	27,80471	6
	Total	65,9930	17,62955	43		Total	51,5314	17,69473	43
t1sm	Voie Basse Simple	67,8889	15,24717	9	t1phys	Voie Basse Simple	66,9667	15,04435	9
	Dechirure	64,8542	11,99703	12		Dechirure	72,0500	16,64274	12
	Episiotomie	57,0625	15,75334	16		Episiotomie	65,3625	17,07762	16
	Césarienne	67,4583	27,64432	6		Césarienne	72,5333	27,03166	6
	Total	62,9535	16,85102	43		Total	68,5651	17,80382	43
t2sm	Voie Basse Simple	70,9000	12,43865	9	t2phys	Voie Basse Simple	75,4333	20,65847	9
	Dechirure	69,2458	16,41670	12		Dechirure	87,0833	15,05335	12
	Episiotomie	72,9875	14,83648	16		Episiotomie	84,9250	11,66576	16
	Césarienne	70,2667	19,77460	6		Césarienne	73,0667	25,88588	6
	Total	71,1267	15,08870	43		Total	81,8860	17,32868	43
t3sm	Voie Basse Simple	79,0444	7,67107	9	t3phys	Voie Basse Simple	81,3556	19,63104	9
	Dechirure	75,1500	10,81409	12		Dechirure	85,9583	10,43965	12
	Episiotomie	71,0938	17,97637	16		Episiotomie	80,3687	15,14018	16
	Césarienne	72,2583	19,18683	6		Césarienne	81,2083	15,97618	6
	Total	74,0523	14,51041	43		Total	82,2523	14,82581	43

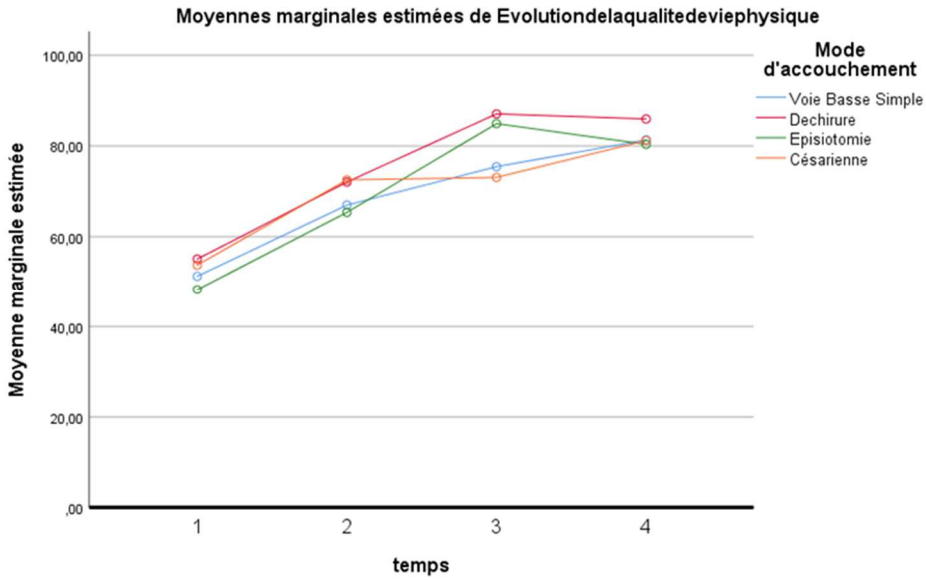
Tableau n° 24 : Données descriptives de l'analyse de H1

L'ensemble des données semble tout d'abord montrer qu'il y a peu de variabilité entre les moyennes obtenues à chaque dimension. Toutefois, la grande variété des données nous a mené à produire leur représentation graphique ce qui permet une meilleure lisibilité des données.

Voici premièrement le tableau correspondant à l'évaluation de la qualité de vie physique en fonction du temps et des sous-groupes "mode d'accouchement" :

¹⁰⁵ Si tel était le cas, il est alors nécessaire de prendre en compte l'évaluation initiale réalisée à T₀ comme un facteur inter-sujet.

Tableau n° 25 : Représentation graphique de l'évolution de la qualité de vie physique



De même, voici le graphique représentant l'évolution de la qualité de vie mentale en fonction du temps et du mode d'accouchement :

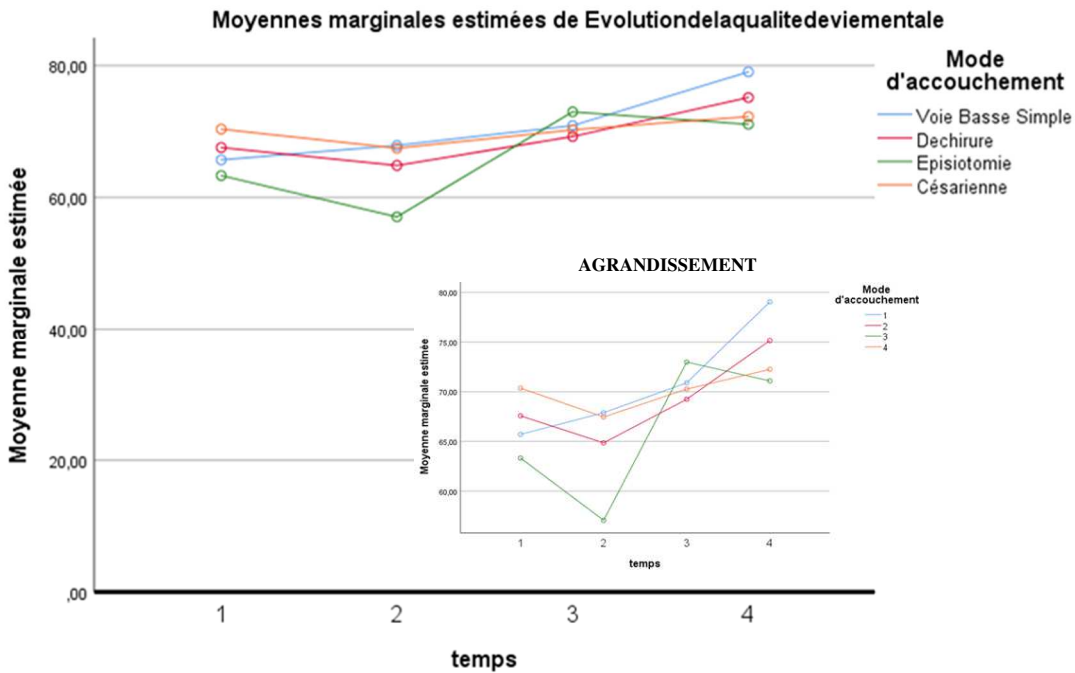


Tableau n° 26 : Représentation graphique de l'évolution de la qualité de vie mentale

L'interprétation de ces graphiques est ici réalisée pour chaque dimension et ce, de manière distincte pour plus de lisibilité. Concernant la qualité de vie physique, nous constatons tout d'abord une grande homogénéité des résultats obtenus pour chaque sous-groupe. Il existe toutefois une légère différence à T₀ qu'il sera nécessaire d'évaluer afin de vérifier la nécessité de prendre en compte cette valeur dans nos analyses ultérieures. De même, nous pouvons aussi

supposer qu'entre la période prénatale et postnatale toutes les femmes gagnent en qualité de vie physique. En outre, il semble que cette évolution se poursuive de manière continue sur toute l'année suivant la naissance de l'enfant.

Au niveau de la qualité de vie mentale, il est également possible de constater une certaine homogénéité des résultats pour chaque temps évalué. De même, nous pouvons observer la présence de différences initiales minimales à T_0 que nous évaluerons. Nous remarquons toutefois que l'amélioration de la qualité de vie mentale est assez faible suggérant peu de fluctuation au sein de cette catégorie intrinsèque au sujet. Néanmoins, en proposant une vue agrandie portant sur T_1 (3 mois après l'accouchement), il est possible de remarquer que le groupe Voie Basse Simple est le seul affichant une progression de la qualité de vie mentale. En revanche, il semblerait que les groupes induisant une morbidité (Groupe Césarienne, Groupe Episiotomie, Groupe Déchirure) soient tous soumis à une baisse de la qualité de vie mentale. Enfin, il semblerait que cette diminution soit beaucoup plus marquée dans le groupe épisiotomie (GE). L'appréhension de ces résultats par le biais d'une analyse de variance est alors nécessaire pour déterminer la significativité de ces hypothèses.

1.1.2. Analyse de la variance à T_0 et détermination du modèle d'étude employé :

Tout d'abord, afin de déterminer si des différences de qualité de vie sont initialement présentes entre les sous-groupes de la variable mode d'accouchement, nous avons comparé les moyennes observées à T_0 pour chaque dimension (qualité de vie mentale et qualité de vie physique). La présence d'une différence significative nous aurait amené à considérer "*T₀phys*" ou "*T₀sm*" comme une variable parasite intersujet à implémenter dans notre modèle statistique. Nous avons donc réalisé une ANOVA pour évaluer cet aspect. Aussi, après avoir vérifié les conditions initiales de l'ANOVA¹⁰⁶, nous avons obtenu le tableau suivant :

		ANOVA				
		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
t0phys	Intergroupes	350,987	3	116,996	,356	,785
	Intragroupes	12799,358	39	328,189		
	Total	13150,345	42			
t0SM	Intergroupes	259,413	3	86,471	,264	,851
	Intragroupes	12794,235	39	328,057		
	Total	13053,648	42			

Tableau n° 27 : Analyse des variances entre les sous-groupes de la variable "mode d'accouchement et les modalités de T_0

¹⁰⁶ Indépendance des données, distribution normale au sein des variables, et homoscedasticité.

Comme nous pouvons le remarquer, les deux variabilités intergroupes évaluées par le test F ne sont pas significatives. Nous ne pouvons donc pas rejeter l'hypothèse H_0 consistant à considérer qu'il n'existe pas de différence entre les groupes au deux modalités de T_0 . Autrement dit, les moyennes de chaque groupe ne sont pas significativement différentes pour chaque dimension du SF36 à T_0 . En conséquence, l'évaluation initiale nous montre qu'il n'existe pas de variable parasite induite par notre échantillonnage et dont il faudrait minimiser l'effet. Il nous est donc possible de réaliser ultérieurement une analyse transversale de notre hypothèse.

1.1.3. ANOVA à mesure répétée portant sur l'influence du mode d'accouchement

La première étape de notre analyse a consisté à réaliser une ANOVA à mesure répétée portant sur la variable indépendante "mode d'accouchement". Cette analyse nous permet de vérifier si, sur l'ensemble de la période après l'accouchement, il existe des fluctuations spécifiques liées au mode d'accouchement en fonction du temps (perçu ici comme une variable continue). Pour ce faire, nous avons premièrement vérifié l'ensemble des conditions nécessaires à la réalisation d'une ANOVA à mesure répétée¹⁰⁷. Ces conditions nous ont permis d'appréhender H_0 consistant à considérer qu'il n'y a pas de différence induite par soit le temps, soit l'association du "mode d'accouchement" et du "temps" sur les dimensions de la santé mentale ou physique :

H_{0a1} : Il n'existe pas de différence durable induite par la variable temps sur la qualité de vie mentale au cours de la période comprise entre l'accouchement et 1 an après la naissance de l'enfant.

H_{0a2} : Il n'existe pas de différence durable induite par la variable temps sur la qualité de vie physique au cours de la période comprise entre l'accouchement et 1 an après la naissance de l'enfant.

H_{0b1} : Il n'existe pas de différence durable induite par l'association simultanée de la variable temps et la variable mode d'accouchement sur la qualité de vie mentale au cours de la période comprise entre l'accouchement et 1 an après la naissance de l'enfant.

H_{0b2} : Il n'existe pas de différence durable induite par l'association de la variable temps et le mode d'accouchement sur la qualité de vie physique au cours de la période comprise entre l'accouchement et 1 an après la naissance de l'enfant.

Le tableau de chaque ANOVA à mesure répétée évaluant chacune de ces hypothèses H_0 portant sur la qualité de vie mentale (H_{0a1} et H_{0b1}) est présenté ci-contre :

¹⁰⁷ NB : (Absence d'indépendance des observations, distribution normale de chaque différence entre deux temps de mesure, variance égale pour chaque facteur non répété, symétrie composée et sphéricité de la matrice variance/covariance). Notons par ailleurs, que nous ne présentons pas les tests, méthodes et résultats portant sur les conditions de réalisation des tests. Nous présentons en revanche à chaque fois les éléments induisant une correction statistique lorsqu'une condition n'est pas remplie.

Tests des effets intrasujets

Mesure: Evolutiondelaqualitedevieimentale

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
temps	Hypothèse de sphéricité	874,428	2	437,214	2,850	,064	,068
	Greenhouse-Geisser	874,428	1,860	470,181	2,850	,068	,068
	Huynh-Feldt	874,428	2,000	437,214	2,850	,064	,068
	Borne inférieure	874,428	1,000	874,428	2,850	,099	,068
temps * Mode	Hypothèse de sphéricité	996,593	6	166,099	1,083	,380	,077
	Greenhouse-Geisser	996,593	5,579	178,623	1,083	,379	,077
	Huynh-Feldt	996,593	6,000	166,099	1,083	,380	,077
	Borne inférieure	996,593	3,000	332,198	1,083	,368	,077
Erreur (temps)	Hypothèse de sphéricité	11964,437	78	153,390			
	Greenhouse-Geisser	11964,437	72,531	164,956			
	Huynh-Feldt	11964,437	78,000	153,390			
	Borne inférieure	11964,437	39,000	306,780			

Tableau n° 28 : ANOVA à mesure répétée évaluant l'évolution de la qualité de vie mentale au cours du temps

Tout d'abord, il est important de souligner que la condition de sphéricité évaluée par le test de Mauchly n'ayant pas été respectée, nous avons dû utiliser la correction de Huynh-Feldt ($\epsilon > 0.75$) pour appréhender nos résultats. Dès lors, nous pouvons remarquer qu'en dépit d'une forte tendance à la significativité ($F= 2.85$ et $p .064$), H_{0a1} est validée. Autrement dit, la variable temps n'influence pas vraiment les scores de qualité de vie mentale sur la période comprise entre la fin de grossesse et une année après l'accouchement. Nous pouvons donc considérer que la période périnatale n'affecte que très peu la qualité de vie mentale des femmes. Dans un second temps, nous pouvons remarquer que H_{0a2} est aussi validée ($F= 1.083$ et $p .38$) le mode d'accouchement associé à la variable temps n'impacte donc pas la qualité de vie mentale. Autrement dit, le mode d'accouchement n'induit pas une évolution durable de la qualité de vie mentale au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant. L'ensemble de ces affirmations nous permet premièrement de nous positionner concernant H_{1a}

H_{1a} : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie mentale chez les femmes primipares et dont les effets sont observables sur l'ensemble de la période comprise entre l'accouchement et un an après la naissance.

Sur la base des constats obtenus précédemment, nous pouvons considérer que H_{1a} est rejetée : l'épisiotomie n'influence pas de manière durable et continue la qualité de vie mentale des femmes et ce jusqu'à un an après l'accouchement.

Nous pouvons maintenant aborder la qualité de vie physique par le biais du tableau suivant :

Tests des effets intrasujets

Mesure: Evolutiondelaqualitedeviephysique

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
temps	Hypothèse de sphéricité	3676,821	2	1838,411	10,076	,000	,205
	Greenhouse-Geisser	3676,821	1,497	2455,743	10,076	,001	,205
	Huynh-Feldt	3676,821	1,663	2210,463	10,076	,000	,205
	Borne inférieure	3676,821	1,000	3676,821	10,076	,003	,205
temps * Mode	Hypothèse de sphéricité	1030,082	6	171,680	,941	,471	,067
	Greenhouse-Geisser	1030,082	4,492	229,330	,941	,454	,067
	Huynh-Feldt	1030,082	4,990	206,425	,941	,461	,067
	Borne inférieure	1030,082	3,000	343,361	,941	,430	,067
Erreur (temps)	Hypothèse de sphéricité	14230,768	78	182,446			
	Greenhouse-Geisser	14230,768	58,392	243,710			
	Huynh-Feldt	14230,768	64,871	219,369			
	Borne inférieure	14230,768	39,000	364,891			

Tableau n° 29 : ANOVA à mesure répétée évaluant l'évolution de la qualité de vie physique au cours du temps

Pour commencer, il est important de préciser que la condition de sphéricité n'ayant pas été respectée pour cette analyse, nous avons donc dû utiliser la correction de Huynh-Feldt ($\epsilon > 0.75$) pour nous positionner par rapport à H_0 . Ainsi, nous pouvons premièrement noter que H_{0b1} est rejetée ($F= 10.076$ et $p .000$). Autrement dit, la variable temps a un effet déterminant sur la qualité de vie physique au cours de la période partant de la fin de grossesse jusqu'à un an après l'accouchement. En associant les résultats obtenus à cette hypothèse avec le graphique initialement présenté, nous pouvons donc considérer qu'entre la fin de la grossesse et un an après l'accouchement, les femmes gagnent durablement et continuellement en qualité de vie physique. Nous pouvons donc vérifier et valider la tendance premièrement observée au cours de notre analyse descriptive. La fin de la grossesse et tous les empêchements qui lui sont liés, puis l'autonomisation progressive de l'enfant, peuvent être des raisons explicatives potentielles de cet effet observé.

Dans un second temps, nous pouvons remarquer que H_{0b2} est en revanche validée ($F= .941$ et $p .461$). Il n'existe donc pas de différence induite par l'association simultanée des facteurs temps et du mode d'accouchement sur la durée. Nous pouvons donc dire que le mode d'accouchement n'influence pas de manière durable et continu la qualité de vie physique des femmes sur une période comprise entre la fin de la grossesse et une année après la naissance de l'enfant.

En conséquence et sur la base de cette analyse, nous pouvons nous positionner par rapport à l'hypothèse H_{1b}.

H_{1b} : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie physique chez les femmes primipares et dont les effets sont observables sur l'ensemble de la période comprise entre l'accouchement et un an après la naissance.

Le mode d'accouchement n'influençant pas de manière durable la qualité de vie physique des femmes, nous pouvons considérer que H_{1b} est rejetée. Nous pouvons donc considérer que l'épisiotomie n'influence pas durablement la qualité de vie physique des femmes sur l'ensemble de l'année passée après la naissance de l'enfant.

L'ensemble de ces informations ne nous renseigne toutefois pas sur la présence d'une éventuelle incidence spécifique à chaque période de temps. Pour ce faire, il a été nécessaire de réaliser une analyse multivariée prenant comme facteur fixe le mode d'accouchement. Nous présentons ce processus dans le point suivant.

1.1.4. Analyses multivariées : mode d'accouchement et qualité de vie

L'ANOVA à mesure répétée a permis d'appréhender l'hypothèse d'une influence continue du mode d'accouchement sur la qualité de vie. Cependant, cette analyse n'est pas la seule nécessaire. Aussi, nous devons également appréhender la présence d'éventuels effets spécifiques à une période de temps donnée. Pour ce faire, nous avons réalisé une analyse multivariée transversale associant le facteur "mode d'accouchement" (VI) avec chaque score de qualité de vie mentale et physique moyen associé au temps (VD : "T1phys" ; "T2phys" ; "T3phys" ; "T1sm" ; "T2sm" ; "T3sm"). Après avoir vérifié l'ensemble des conditions nécessaires à sa réalisation¹⁰⁸, nous avons obtenu le tableau suivant :

Tests des effets intersujets						
Source	Variable dépendante	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification
Mode	t1phys	427,317	3	142,439	,431	,732
	t2phys	1313,332	3	437,777	1,511	,227
	t3phys	235,357	3	78,452	,340	,796
	t1sm	939,596	3	313,199	1,112	,356
	t2sm	102,754	3	34,251	,141	,935
	t3sm	398,111	3	132,704	,613	,611

Tableau n° 30 : Analyse multivariée de l'effet potentiel du mode d'accouchement sur la qualité de vie physique et mentale à chaque temps d'étude

¹⁰⁸ Les conditions de l'analyse multivariées ont été respectées (aucune multicollinéarité parfaite, pas de corrélation entre les variables dépendantes et les variables externes, homoscédasticité, indépendance des erreurs, distribution normale des résiduels).

Comme nous pouvons le constater, chaque variable temps associée à une dimension de la qualité de vie a été évaluée. Il y a donc autant de H_0 que de variable dépendantes étudiées (“ $H_{0T1phys}$ ” ; “ $H_{0T2phys}$ ” ; “ $H_{0T3phys}$ ” ; “ H_{0T1sm} ” ; “ H_{0T2sm} ” ; “ H_{0T3sm} ”). Par souci de concision nous ne les présentons pas une à une. Effectivement, elles sont toutes validées, ce qui signifie que pour chaque temps spécifique, il n’existe pas de différence induite par le mode d’accouchement sur la qualité de vie mentale et la qualité de vie physique. Ainsi, nous pouvons considérer que le mode d’accouchement n’a pas d’influence sur la qualité de vie des femmes 3 mois, 9 mois et 1 an après l’accouchement. Au vu de la taille restreinte de notre échantillon, il serait utile de pouvoir confirmer cette affirmation par une étude d’amplitude populationnelle supérieure.

De fait, nous pouvons nous positionner sur les hypothèses H1c à H1h :

H1c : Comparée aux autres modes d’accouchement, l’épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie mentale chez les femmes primipares 3 mois après l’accouchement.

H1d : Comparée aux autres modes d’accouchement, l’épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie physique chez les femmes primipares 3 mois après l’accouchement.

H1e : Comparée aux autres modes d’accouchement, l’épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie mentale chez les femmes primipares 9 mois après l’accouchement.

H1f : Comparée aux autres modes d’accouchement, l’épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie physique chez les femmes primipares 9 mois après l’accouchement.

H1g : Comparée aux autres modes d’accouchement, l’épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie mentale chez les femmes primipares 1 an après l’accouchement.

H1h : Comparée aux autres modes d’accouchement, l’épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie mentale chez les femmes primipares 1 an après l’accouchement.

Au vu des résultats portant sur le mode d’accouchement, nous pouvons considérer que H1c, H1d, H1e, H1f, H1g et H1h sont toutes rejetées. La pratique de l’épisiotomie n’a pas d’influence sur la qualité de vie mentale ni sur la qualité de vie physique des femmes à 3 mois, 9 mois et 1 an après l’accouchement.

Il est toutefois nécessaire d’apporter ici certaines précisions. Tout d’abord, nos modalités d’études sont assez espacées de la naissance (3 mois, 9 mois et 1 an après l’accouchement). Il est alors probable qu’une évaluation plus rapprochée de la date

d'accouchement (par exemple 1 mois après l'accouchement) puisse donner d'autres résultats. De plus, la petite taille de notre échantillon peut avoir eu une influence sur nos données. Enfin, nous pouvons apporter une réponse aux tendances observées au cours de notre analyse descriptive. Comme nous n'avons constaté aucune variation en fonction du mode d'accouchement, la tendance montrant une augmentation de la qualité de vie mentale uniquement lorsqu'une parturiente a vécu un accouchement lui ayant laissé un périnée intact ou pseudo-intact n'est pas confirmée. De même, la variation du score de qualité de vie mentale 3 mois après l'accouchement affichant une tendance baissière plus spécifique en cas d'épisiotomie n'est également pas confirmée. Nous pensons toutefois utile de pouvoir mener des études complémentaires à plus grande échelle visant à vérifier si ces tendances n'étaient que le fruit du hasard ou si l'effet n'était pas assez marqué du fait de la petite taille de notre échantillon.

1.1.5. Analyse multivariée des facteurs impliqués dans les variations de la qualité de vie

Avant de clore notre étude, nous avons souhaité proposer une analyse complémentaire permettant d'évaluer l'incidence éventuelle de différents facteurs potentiels sur la qualité de vie. Cette étape nous permet d'une part d'apporter des éléments complémentaires à notre réflexion mettant alors en perspective les résultats que nous avons obtenus concernant le mode d'accouchement. D'autre part, cette analyse complémentaire peut également apporter des précisions supplémentaires concernant les facteurs de risque de la qualité de vie au cours de la période périnatale.

Tout d'abord, nous avons sélectionné parmi toutes les données recensées par le biais de nos outils les différentes variables que nous voulions explorer. Ainsi, nous avons retenu les variables "*allaitement*" (codée en oui/non), "*douleur*" (codée en oui/non), "*dyspareunie*" (codée en oui/non), "*dysfonctionnements sexuels*" (codés en oui/non), "*incontinence*" (codée en oui/non), "*accouchement vécu comme satisfaisant*" (appelé AVCS et codé en oui/non), "*relation positive à l'enfant*" (codée en oui/non), "*soutien du compagnon*" (codé en oui/non) et "*suivi post-natal satisfaisant*" (codé en oui/non). Afin de mener à bien cette analyse toutes les variables catégorielles ont été transformées en variables continue. Nous avons donc considéré que l'absence d'un élément était codée 0 et que sa présence était codée 1. Ensuite, afin d'éviter d'intégrer des composantes multifactorielles aberrantes, nous avons réalisé cette

analyse multivariée par séquence de temps. Nous avons donc procédé à trois analyses multivariées successives correspondant à chacune à un temps de notre étude (T₁, T₂ et T₃). Ces variables indépendantes ont toutes été étudiées en présence de la Variable Indépendante fixe “*mode d’accouchement*”. Enfin, les dimensions qualité de vie mentale et qualité de vie physique sont représentées par l’acronyme QOL signifiant “Quality Of Life”.

Nous présentons donc dans le tableau suivant les résultats significatifs obtenus à notre analyse multivariée. Toutes les variables non significatives sont cotées NS. Puis, pour chaque variable significative, nous décrivons sa valeur F, son degré de significativité ainsi que la taille d’effet permettant d’appréhender la force de ce facteur. De même, conscient de la petite taille de notre échantillon et du nombre de facteurs étudiés, il est possible que certaines variables n’aient pas été appréhendées avec assez de finesse par notre modèle. Nous présentons donc aussi les facteurs affichant également une tendance à la significativité et correspondant à une p value inférieure à un seuil de 10% d’erreur (*p .010*). Enfin lorsque la variance d’une variable était trop faible ou nulle, le modèle ne réalise pas de calcul sur cette dernière. Dans ces cas précis nous le spécifions par le biais d’un tiret (-). L’ensemble des résultats obtenus lors de ces trois analyses successives est maintenant présenté dans le tableau récapitulatif à la page suivante (tableau n°31) :

Tableau n° 31 : Analyse multivariée des facteurs impliqués dans les variations de la qualité de vie

Liste variables	Entre 0 et 3 mois		Entre 3 et 9 mois		Entre 9 mois et 1 an	
	QOL physique	QOL mentale	QOL physique	QOL mentale	QOL physique	QOL mentale
Mode d'accouchement	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Allaitement	Significatif (F=5.496 et <i>p</i> .504) d=0.17	Tendance à la significativité (F=3.626 et <i>p</i> .068)	NS	NS	NS	Tendance à la significativité (F=3.323 et <i>p</i> .079)
Douleur	NS	NS	NS	NS	-	-
Dyspareunie	Significatif (F=5.353 et <i>p</i> .029) d=.194	Significatif (F=5.886 et <i>p</i> .023) d= .195	NS	Significatif (F=4.354 et <i>p</i> .047) d=.143	NS	NS
Dysfonctionnement sexuel	NS	NS	NS	NS	Tendance à la Significativité (F=2.960 et <i>p</i> .096)	Significatif (F=9.602 et <i>p</i> .004) d= .255
Incontinence	NS	NS	-	-	-	-
Accouchement vécu comme satisfaisant	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Sout compagnon acc	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Suivi post natal satisfaisant	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Nature relation à l'enfant	NS	Significatif (F=8.081 et <i>p</i> .009) d= .237	NS	NS	-	-

Comme nous pouvons premièrement le constater, ce tableau affiche les variables indépendantes ayant eu une influence significative sur la qualité de vie des femmes que nous avons rencontrées et ce en fonction de chaque période de temps.

Premièrement, nous pouvons confirmer l'absence de significativité du mode d'accouchement sur les dimensions de la qualité de vie¹⁰⁹. **Nous pouvons donc à nouveau confirmer que l'épisiotomie n'a pas eu d'influence sur la qualité de vie des femmes rencontrées.** Ensuite, nous pouvons remarquer que la qualité du suivi post-natal, le soutien du compagnon, la satisfaction exprimée concernant l'accouchement, l'incontinence et la douleur n'ont pas impacté la qualité de vie mentale ni physique des participantes que nous avons rencontrées. Deux interprétations sont possibles face à de tels résultats. Une première interprétation consisterait à considérer que certaines variables comme l'incontinence, la relation à l'enfant, le soutien du compagnon ou encore l'appréciation positive ou négative du soutien post-natal présentaient une très faible variance. De fait, elles nécessiteraient d'être appréhendées au travers d'une étude d'amplitude populationnelle plus large. Néanmoins, ayant considéré les tendances à la significativité, nous pouvons toutefois considérer qu'une grande partie des variables susnommées n'ont pas d'influence sur la qualité de vie.

Dans un deuxième temps, nous pouvons remarquer plusieurs congruences significatives. Tout d'abord 3 mois après l'accouchement, l'allaitement impacte la qualité de vie physique ($F=5.496$ et $p .504$) $d=0.17$. Par ailleurs, une tendance à la significativité est aussi relevée à cette même période pour la qualité de vie mentale ($F=3.626$ et $p .068$). Même si cet aspect ne se retrouve pas 9 mois après l'accouchement, une tendance à la significativité s'exprime également 1 an après l'accouchement ($F=3.323$ et $p .079$). L'interprétation première que nous pourrions faire de cette donnée est que les conditions de l'allaitement dans les premiers temps de la vie de l'enfant amènent les femmes à éprouver une certaine fatigue et de nombreuses difficultés que nous avons pu régulièrement entendre en entretien. Il est donc probable que ce contexte spécifique et éprouvant ait un effet notoire sur la qualité de vie. Concernant la tendance obtenue 1 an après l'accouchement, il semblerait pertinent de regarder avec plus de précision les données qualitatives pour comprendre les raisons spécifiées par cette occurrence.

¹⁰⁹ Cette information était évidente car le modèle multivarié incluant plusieurs covariables indépendantes est beaucoup plus fin et à une tendance plus forte à rejeter les facteurs évalués. En conséquence, une affirmation faite au niveau du modèle multivarié simple se retrouve donc présente et amplifiée si nous prenons la même structure de modèle et que nous y ajoutons des facteurs supplémentaires.

Dans un deuxième temps, nous pouvons remarquer que la présence de dysfonctionnement sexuels est fortement corrélée aux fluctuations de la qualité de vie mentale ($F=9.602, p .004$). De même, nous pouvons remarquer une tendance à la significativité concernant l'influence du dysfonctionnement sexuel sur la qualité de vie physique ($F=2.960$ et $p .096$). Nous pensons que ces situations spécifiques sont plutôt liées aux vécus traumatiques consécutifs à l'accouchement. Ces derniers ont effectivement entraîné de fortes difficultés au niveau de la reprise de l'intimité¹¹⁰, ou encore une extinction du désir à l'égard du partenaire de vie. Il serait alors pertinent d'évaluer cet aspect à l'aide de données qualitatives au sein d'études complémentaires. Ensuite, il est possible de constater que la nature de la relation à l'enfant (positive ou négative) influence significativement la qualité de vie mentale du sujet ($F=8.081, p .009 d= .237$). Nous supposons ici que les fluctuations de cette occurrence peuvent être liées aux effets d'un difficile accordage affectif entre la mère et l'enfant.

Pour finir, nous pouvons remarquer que la dyspareunie est très liée à la qualité de vie. Ainsi, 3 mois après l'accouchement la présence d'une dyspareunie (que nous avons différencié des dysfonctionnements sexuels d'ordre modérés) impacte significativement la qualité de vie physique ($F=5.353, p .0.29 d=.194$) comme la qualité de vie mentale ($F=5.886, p .023 d=.195$). Cette tendance est d'ailleurs toute aussi significative pour la santé mentale 9 mois après l'accouchement ($F=4.354, p .047 d=.143$). Par ailleurs, en observant la taille d'effet, nous pouvons considérer que la présence d'une dyspareunie impacte largement la qualité de vie 3 mois après l'accouchement et dans une mesure moins importante 9 mois après l'accouchement pour la dimension qualité de vie mentale¹¹¹. Comme la présence de douleur n'est pas un facteur significatif associé avec la qualité de vie, il est donc uniquement question du facteur dyspareunie. Il est alors possible de considérer ce résultat sous deux angles. Une première explication considèrerait que la présence d'une dyspareunie induit une baisse de la qualité de vie physique et psychique par l'introduction de difficultés physiques et douleurs mais aussi en empêchant la reprise de la sexualité ce qui peut créer une distance avec le compagnon et induire de nombreuses difficultés psychiques. Une seconde explication potentielle serait que la dyspareunie serait un des symptômes cristallisant et exprimant à la fois un mal être physique et psychique existant chez certaines femmes en suite de couche. Il serait alors pertinent d'approfondir ces aspects par le biais d'étude complémentaires à celle que nous menons ici.

¹¹⁰ NB : Les séparations du couple pouvant survenir ont été traitées dans notre modèle comme des données manquantes.

¹¹¹ Il est important de préciser qu'en psychologie les taille d'effet sont souvent moins fortes du fait de la multifactorialité des aspects étudiés.

1.1.6. Conclusions générales de l'hypothèse numéro 1 :

✓ Résumé des résultats obtenus à l'analyse de H1 :

L'ensemble de notre processus d'analyse nous a permis de nous positionner sur l'hypothèse 1. Tout d'abord nous avons procédé à une analyse descriptive (numérique et graphique) des moyennes observées en fonction du temps. Nous avons pu isoler certaines tendances spécifiques. Ainsi, nous avons tout d'abord pu observer une homogénéité des résultats induisant une indifférenciation de l'effet du mode d'accouchement sur les dimensions de la qualité de vie (mentale et physique). De plus, nous avons pu remarquer qu'indépendamment du mode d'accouchement la qualité de vie physique suivait une évolution positive et continue au fil de l'année suivant l'accouchement. Enfin, nous avons observé une dynamique particulière trois mois après l'accouchement. A cette période et pour la qualité de vie mentale, il semblerait que seules les femmes ayant un périnée intact ou pseudo-intact expérimentent une augmentation de la qualité de vie. Tous les autres modes d'accouchement montrent une diminution de cet indice par rapport à la période prénatale (T_0). De plus, cette diminution semblait d'autant plus marquée pour le groupe épisiotomie. Il a été alors nécessaire de vérifier ces tendances isolées pour nous positionner sur la significativité de H_1 .

Pour commencer, nous avons pu remarquer qu'il n'existait pas de différence de qualité de vie (qu'elle soit mentale ou physique) préexistant à la constitution des sous-groupes discriminés par le mode d'accouchement. Cette condition nous a permis de réaliser une analyse à mesure répétée pour tester H_{1a} et H_{1b} . L'ANOVA à mesure répétée a permis de mettre en évidence que le temps n'influence pas de manière durable la qualité de vie mentale après l'accouchement. Une tendance à la significativité a tout de même été retrouvée ici. Dans ce contexte marqué par une homogénéité de l'ensemble des résultats il est possible de considérer que la période périnatale dans sa globalité n'affecte pas vraiment la qualité de vie mentale des femmes. Une autre interprétation serait que l'outil SF36 n'est pas vraiment approprié pour étudier les préoccupations spécifiques des femmes à cette période.

Dans un second temps, nous avons pu montrer que le mode d'accouchement n'influence pas durablement la qualité de vie mentale des femmes et ce jusqu'à un an après l'accouchement. En conséquence, nous avons pu considérer que H_{1a} est rejetée. L'épisiotomie n'entraîne donc pas de diminution durable de la qualité de vie mentale sur l'année suivant la naissance de l'enfant. Ces résultats rejoignent les rares études portant sur ce point. Effectivement, nous avons

pu voir au cours de notre partie théorique que les femmes ayant reçu une épisiotomie avaient tendance à montrer une augmentation de la qualité de vie 6 mois après l'accouchement et qu'il n'y avait pour l'instant pas d'étude démontrant le contraire sur des temps plus courts.

L'ANOVA à mesure répétée nous a toutefois permis de confirmer qu'au cours de l'année suivant l'accouchement, la qualité de vie physique des femmes augmentait de manière durable et continue pendant l'année suivant la naissance de l'enfant. En revanche, elle a également montré que le mode d'accouchement n'influence pas de manière durable et continue la qualité de vie physique des femmes. Nous avons en conséquence rejeté H1b et considéré que jusqu'à une année après l'accouchement, l'épisiotomie n'influence pas durablement la qualité de vie physique des femmes. A nouveau ces résultats semblent globalement congruents avec la littérature scientifique sur ce point.

Conscient que l'ANOVA à mesure répétée n'est pas assez sensible pour repérer des effets spécifique d'une période de temps donnée et soucieux de vérifier la tendance observée à la qualité mentale 3 mois après l'accouchement nous avons procédé à une analyse multivariée. Cette dernière nous a permis de considérer de rejeter H1c, H1d, H1e, H1f, H1g, H1h. Ainsi, nous pouvons considérer que 3 mois, 9 mois et 1 an après l'accouchement, l'épisiotomie n'avait pas d'effet significatif sur la qualité de vie mentale et la qualité de vie physique. Sur ce point, nous tenons à préciser que la période d'évaluation après l'accouchement a débuté 3 mois après l'accouchement. Dans cette situation, l'incidence physique de l'épisiotomie est quelque peu diluée par la distance entre la première évaluation et l'accouchement. Il est peut-être probable qu'une évaluation réalisée 1 mois après l'accouchement montre un impact totalement différent et nos résultats ne sont représentatifs de l'effet de l'épisiotomie qu'entre la période de 3mois et 1an après l'accouchement. Nous devons également préciser que la baisse tendancielle observée à 3 mois n'était pas significative. Pourtant, nous pensons qu'une étude d'ampleur populationnelle plus importante serait riche d'enseignements.

Enfin, nous avons évalué l'impact conjoint de certains facteurs afin d'évaluer les variables potentielles ayant un impact sur la qualité de vie des femmes en suite de couche. Nous avons premièrement remarqué que la dyspareunie a un effet important sur la qualité de vie mentale et physique à 3 mois et uniquement pour la qualité de vie mentale 9 mois après l'accouchement. De même, nous avons pu montrer que l'allaitement avait un impact significatif sur la qualité de vie physique 3 mois après l'accouchement alors qu'une tendance à la significativité était observée concernant la qualité de vie mentale 3 mois et 1 an après

l'accouchement. Enfin, nous avons pu remarquer que la présence de dysfonctionnements sexuels était associée à la qualité de vie physique un an après l'accouchement et une tendance à la significativité pour la qualité de vie mentale un an après l'accouchement. Pour finir, la valence positive de la relation à l'enfant a aussi un impact significatif sur la qualité de vie mentale 3 mois après l'accouchement. Ces indices pourront nous être utiles dans l'interprétation d'autres hypothèses comme par exemple, l'hypothèse 3.

En résumé, il est possible de nous positionner vis-à-vis de l'ensemble des sous-hypothèses de travail étudiées au sein de notre processus d'étude :

H1a: Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie mentale durable chez les femmes primipares observable sur l'ensemble de l'année après l'accouchement.

Comme nous l'avons précisé précédemment **H1a est rejetée**. En conséquence, nous pouvons considérer que **l'épisiotomie n'a pas d'impact durable et continu sur la qualité de vie mentale des femmes et ce, jusqu'à un an après l'accouchement**.

H1b: Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie physique durable chez les femmes primipares observable sur l'ensemble de l'année après l'accouchement.

Comme nous l'avons notifié dans cette partie **H1b est rejetée** et nous pouvons considérer que **jusqu'à un an après l'accouchement, l'épisiotomie n'influence pas sur la durée la qualité de vie physique des femmes**.

Concernant les hypothèses étudiées à l'aide d'une méthode transversale :

H1c: Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie mentale chez les femmes primipares 3 mois après l'accouchement.

H1d: Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie physique chez les femmes primipares 3 mois après l'accouchement.

H1e: Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie mentale chez les femmes primipares 9 mois après l'accouchement.

H1f: Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie physique chez les femmes primipares 9 mois après l'accouchement.

H1g: Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie mentale chez les femmes primipares 1 an après l'accouchement.

H1h: Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie mentale chez les femmes primipares 1 an après l'accouchement.

Toutes ces hypothèses sont rejetées. L'épisiotomie n'a pas d'impact sur la qualité de vie mentale et physique 3 mois, 9 mois et 1 an après l'accouchement. Nous pouvons en conséquence nous positionner sur notre hypothèse H1.

H1: “Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la qualité de vie chez les femmes primipares”.

Cette dernière est rejetée. Nous pouvons donc considérer que l'épisiotomie n'entraîne pas préférentiellement une baisse de la qualité de vie chez les femmes primipares.

✓ Interprétations des résultats obtenus :

Les résultats que nous avons obtenus montrent que le mode d'accouchement et l'épisiotomie, n'ont pas d'influence significative sur la qualité de vie physique et mentale des femmes. Il nous semble toutefois utile de commenter cette affirmation. Tout d'abord, il est important de rappeler que la qualité de vie est un concept multidimensionnel. En conséquence, les scores obtenus au SF36 sont peu sensibles à la survenue d'évènements peu spécifiques. En outre, le SF36 est un outil généraliste ne portant pas spécifiquement sur la période périnatale. Nous ne sommes donc pas totalement assuré de sa variabilité et de sa capacité à bien appréhender le vécu spécifique des femmes en suite de couche. Par exemple, quelques items du SF36 abordent la notion de travail comme celle de déplacement. Cela, alors que comme nous l'ont souvent raconté les femmes que nous avons rencontrées, les trois premiers mois sont plutôt marqués par une répétition d'activités redondantes en termes de “care” :

« *Moi j'étais là que pour me reposer, manger, dormir et allaiter et changer la couche quoi, vous voyez, c'était vraiment...* » (Alyssée, 3 mois après l'accouchement).

Dans ce contexte spécifique, il est donc possible que les difficultés potentiellement engendrées par le mode d'accouchement ne soient pas assez mises en perspective par l'outil sélectionné.

En dépit de cet aspect, nous avons remarqué que les femmes ont connu une augmentation de la qualité de vie physique continue entre la période prénatale et 1 an après la

naissance de l'enfant. Nous avons supposé que cette augmentation était d'une part liée à la disparition des difficultés corporelles de la grossesse, et d'autre part à l'augmentation de l'autonomie de l'enfant au fil des mois. De même, nous souhaitons rappeler que l'étude que nous avons menée comporte des temps d'évaluation postnataux assez éloignés de la naissance. Il est donc possible qu'une évaluation réalisée 15 jours à 3 semaines après l'accouchement ait fourni un résultat différent.

Dans un troisième temps, notre étude a montré que les femmes connaissent une augmentation de la qualité de vie mentale après l'accouchement. Cependant, cette augmentation est marquée par une baisse intervenant spécifiquement 3 mois après la naissance. Dans le contexte de notre étude, il est aussi probable que cette diminution de qualité de vie mentale eut été plus marquée si notre évaluation avait été réalisée plus en amont (ex : 1 mois après la naissance). Effectivement, nous pensons que cet aspect est globalement lié aux difficultés induites par les soins apportés à l'enfant (allaitement, problèmes de santé) :

« J'ai allaité les deux premiers mois donc toutes les deux heures c'était un bébé qu'il fallait nourrir. Donc c'était insupportable ... tout le temps où j'ai allaité donc les deux trois mois où j'ai allaité il dormait quasiment pas. Quand je dis quasiment pas ... même une fois on a fait le test on est allé promener pendant plus d'une heure ... j'en pouvais plus j'étais vraiment HS ... ah oui il a dormi le temps de la ballade. Arrivé à la maison c'était fini ... il dormait quasiment pas. Un temps on l'a passé au lait artificiel ça a été mieux mais Mathéo n'est pas ... super gros dormeur quoi » (Iris, 3 mois après l'accouchement).

La baisse de qualité de vie mentale 3 mois après l'accouchement a été caractérisé par une tendance spécifique. En effet, nous avons noté une tendance baissière plus marquée chez les femmes ayant reçu une épisiotomie. Même si cette tendance n'était pas significative, il est utile de commenter cet aspect. A notre sens, il est probable que le vécu de douleur ou encore la présence de dyspareunies ait eu un impact sur l'évolution des scores obtenus. Toutefois, nous pensons qu'un échantillon plus large aurait pu appréhender cette spécificité plus aisément. C'est pourquoi, nous préconisons donc de réaliser une étude de cohorte portant sur la période post-accouchement inférieure à 3 mois et ce, pour explorer plus précisément cette piste de recherche.

De manière subsidiaire, nous avons été surpris de constater que la centration spécifique de certains items sur le vécu de douleur n'ait pas plus influencé les résultats obtenus. Même s'il est possible que la petite taille de notre échantillon n'ait pas permis d'isoler des tendances marquées nous pensons que les femmes ont parfois tendance à minimiser l'expression d'éventuels sentiments négatifs en suite de couche. Il est alors probable que l'injonction de

bonheur associée au sentiment de maternité puisse être responsable du faible taux de variation observé au SF36.

Pour conclure, même si l'épisiotomie n'influence pas la qualité de vie des femmes en suite de couche à 3 mois, 9 mois et 1 an après l'accouchement, il est toutefois probable que ce résultat ait été influencé par la taille de notre échantillon, les spécificités du questionnaire employé, la période d'évaluation, mais aussi certains facteurs sociaux et individuels spécifique à la période post-accouchement comme "l'injonction de bonheur" induite par la maternité dans nos sociétés occidentalisées. Il serait alors judicieux de pouvoir intégrer ces notions au sein d'études qualitatives et quantitatives futures.

1.2. Analyse de l'hypothèse numéro 2

L'hypothèse théorique n°2 est : *“Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement une diminution de la satisfaction liée à l'accouchement”*.

L'analyse quantitative que nous avons réalisée est composée de 5 étapes décrites dans la partie opérationnalisation. Pour commencer, nous avons déterminé les variables étudiées. Pour rappel, *“le mode d'accouchement”* est notre variable indépendante et les variables dépendantes retenues sont : *“le score global CPQ-VF”*, *“le score obtenu au WOMBLSQ4”* et l'item de l'entretien *“Accouchement vécu comme satisfaisant”* (cette variable est codée de manière dichotomique en oui/non). Cette précision nous permet d'appréhender les statistiques descriptives de notre échantillon.

1.2.1. Analyse descriptive de H2

Après avoir codé chaque variable en fonction de ses modalités respectives, nous obtenons tout d'abord les tableaux des données descriptives présentant les moyennes respectives de chaque questionnaire (et les trois sous-dimensions du CPQ) en fonction du mode d'accouchement :

Statistiques descriptives				
	Mode d'accouchement	Moyenne	Ecart type	N
WOMBLSQ4	VBS	80,78	6,591	9
	Déchirure	69,83	8,408	12
	Episiotomie	69,38	10,714	16
	Césarienne	74,17	2,401	6
	Total	72,56	9,450	43
CPQ-VF	VBS	54,33	13,730	9
	Déchirure	54,58	15,911	12
	Episiotomie	59,00	18,092	16
	Césarienne	67,33	19,044	6
	Total	57,95	16,773	43
Accouchement vécu comme satisfaisant	VBS	1,00	,000	9
	Déchirure	,58	,515	12
	Episiotomie	,81	,403	16
	Césarienne	,67	,516	6
	Total	,77	,427	43

Tableau n° 32 : Données descriptives initiales de H2

Statistiques descriptives

	Mode d'accouchement		Moyenne	Ecart type	N
Apparence physique et satisfaction sexuelle	VBS	9	13,44	4,391	1,464
	Déchirure	12	11,17	3,328	,960
	Épisiotomie	16	12,06	5,131	1,283
	Césarienne	6	13,50	7,036	2,872
	Total	43	12,30	4,769	,727
Satisfaction de l'accouchement et comportement pendant le travail	VBS	9	23,56	6,521	2,174
	Déchirure	12	26,75	8,103	2,339
	Épisiotomie	16	27,63	11,057	2,764
	Césarienne	6	33,50	14,293	5,835
	Total	43	27,35	10,095	1,539
Satisfaction interaction avec le conjoint	VBS	9	17,33	9,069	3,023
	Déchirure	11	18,00	8,473	2,555
	Épisiotomie	16	15,81	5,528	1,382
	Césarienne	6	20,33	13,604	5,554
	Total	42	17,36	8,346	1,288

Tableau n° 33 : Données descriptives dessous-dimension du CPQ-VF

Tout d'abord, il est important de rappeler que les données du CPQ-VF sont obtenues deux jours après l'accouchement. Celles du WOMBLSQ4 sont obtenues deux mois après l'accouchement. De même, celles obtenues aux entretiens (*“accouchement vécu comme satisfaisant”* en oui/non) proviennent des données obtenues à T₁ (3 mois après l'accouchement). En outre, nous devons rappeler que le score global du CPQ-VF est situé entre 27 et 162 avec une note de 27 correspondant au maximum de satisfaction. Celui du WOMBLSQ4 est quant à lui compris entre 0 et 100, et la note de 100 correspond au maximum de satisfaction¹¹².

En s'appuyant sur ces aspects, il est tout d'abord possible de remarquer que deux jours après leur accouchement, les femmes ont le sentiment d'avoir vécu une expérience globalement satisfaisante. Elles ont donc un taux au CPQ-VF assez bas correspondant à une satisfaction élevée (\bar{x} = 57,95 et σ 16,77). Deux mois après l'accouchement, les scores obtenus au WOMBLSQ4 reflètent le même positionnement. Les femmes présentent un indice de satisfaction satisfaisant avec un taux de 72,56% (σ 9,45).

Il est toutefois possible d'apporter une réflexion concernant ces taux. Effectivement, en observant plus finement les taux obtenus 2 jours après l'accouchement, nous pouvons remarquer que les femmes ayant accouché sous césarienne sont les femmes les moins satisfaites (\bar{x} = 67,33 et σ 19,04). Elles sont ensuite suivies par le groupe de femmes ayant eu une épisiotomie (\bar{x} =59 et σ 18,09), puis celles ayant eu une déchirure (\bar{x} =54,58 et σ 15,91), et enfin

¹¹² Les indicateurs numériques sont donc opposés dans leur approche interprétative.

celles ayant vécu un accouchement par voie basse avec un périnée pseudo-intact ($\bar{x}=54.33$ et σ 13.73). Cette classification semble montrer une hiérarchisation entre les modes d'accouchement faisant de la césarienne et l'épisiotomie les modes d'accouchement reliés à une satisfaction moins élevée. Cette observation semble également montrer que le groupe déchirure (que nous avons constitué pour qu'il soit de sévérité physique équivalente à celle de l'épisiotomie) semble moins satisfait de son accouchement que le groupe épisiotomie.

Deux mois après l'accouchement, le groupe de femme VBS présente le taux de satisfaction moyen le plus élevé ($\bar{x}=80,78$ et σ 6.59). Il est suivi par le groupe césarienne ($\bar{x}=74.17$ et σ 2.40), qui, en dépit de cette procédure invasive, montre un taux de satisfaction assez élevé. Enfin, le groupe déchirure ($\bar{x}=69.83$ et σ 8.40) et le groupe épisiotomie ($\bar{x}=69.38$ et σ 10.71) présentent les taux de satisfaction les plus bas. Ces différences induisent l'idée que les conséquences d'une déchirure équivalente à une épisiotomie induisent le même taux d'insatisfaction en suite de couche.

Enfin, d'un point de vue général, l'évaluation de la satisfaction liée à l'accouchement (item "*accouchement vécu comme satisfaisant*") montrait que toutes les femmes avec un périnée pseudo-intact ont été satisfaites de leur accouchement (100% et σ 0). Cela, alors que les autres modes d'accouchement ont généralement entraîné une satisfaction moins importante.

L'ensemble des tendances que nous observons par le biais de cette analyse descriptive nécessite maintenant d'être appréhendé par le biais d'une analyse des variances dont le but est d'affiner les tendances observées au travers de notre analyse descriptive.

1.2.2. L'analyse des variances de H2

Afin de comparer l'incidence potentielle des 4 sous-groupes (GE, GC, GD et VBS) sur la satisfaction liée à l'accouchement, nous avons réalisé une ANOVA univariée¹¹³. Nous avons sélectionné "*le mode d'accouchement*" comme variable indépendante. De même, le "*score CPQ-VF*", "*WOMBLSQ4*" et l'item "*accouchement vécu comme satisfaisant*" ont été retenus comme des variables dépendantes. Nous avons établi notre hypothèse de travail de la manière suivante :

H₀ : Il n'y a pas de différence induite par le mode d'accouchement concernant la satisfaction de l'expérience de l'accouchement ?

¹¹³ Pour ce faire, les conditions de l'ANOVA, indépendance des données, distribution normale des données et l'homoscédasticité (égalité des variances de chaque sous-population) ont été préalablement vérifiées.

Cette hypothèse a ensuite été divisée en 3 sous-hypothèses H_0 dépendant de notre hypothèse principale. Ce procédé a été réalisé de cette manière car nous étudions trois temps spécifiques avec trois modalités différentes :

H_{0a} : Deux jours après l'accouchement, il n'existe pas de différence induite par le mode d'accouchement concernant la satisfaction de l'expérience de l'accouchement évaluée par le CPQ ?

H_{0b} : Deux mois après l'accouchement, il n'existe pas de différence induite par le mode d'accouchement concernant la satisfaction de l'expérience de l'accouchement évaluée par le WOMBLSQ4 ?

H_{0c} : Il n'existe en général pas de différence induite par le mode d'accouchement concernant la satisfaction de l'expérience de l'accouchement évaluée en entretien ?

Nous pouvons maintenant nous pencher sur les résultats présentés dans le tableau suivant :

		ANOVA				
		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Accouchement vécu comme satisfaisant	Intergruppes	,987	3	,329	1,918	,143
	Intragruppes	6,688	39	,171		
	Total	7,674	42			
WOMBLSQ4	Intergruppes	874,799	3	291,600	3,955	,015
	Intragruppes	2875,806	39	73,739		
	Total	3750,605	42			
CPQ-VF	Intergruppes	799,657	3	266,552	,944	,429
	Intragruppes	11016,250	39	282,468		
	Total	11815,907	42			

Tableau n° 34 : Analyse des variances intergroupe

Les résultats obtenus par le biais de l'indicateur F (test d'égalité des variance de Fisher) montrent que H_{0a} ($F= .944$ et $p .429$) et H_{0c} ($F= 1.918$ et $p .143$) sont validées et que nous pouvons uniquement rejeter H_{0b} au profit de H_{1b} . En d'autres termes, la tendance observée au niveau de l'item "satisfaction liée à l'accouchement" supposant une meilleure satisfaction liée pour le groupe Voie Basse Simple (Hypothèse H_{0c}) n'est pas significative. Trois mois après l'accouchement, le taux de satisfaction évalué par le discours ne semble donc pas significativement supérieur lorsqu'une femme expérimente un accouchement lui ayant préservé le périnée. La p value étant tout de même faible il serait utile de réitérer ce type d'expérience pour vérifier les résultats obtenus.

Nous pouvons dès lors nous positionner concernant H2c. Si le mode d'accouchement n'a pas d'effet sur la satisfaction maternelle évaluée 3 mois après l'accouchement, nous pouvons considérer que **H2c est rejetée. En conséquence, l'épisiotomie n'entraîne pas de baisse de la satisfaction maternelle 3 mois après l'accouchement.**

Concernant le CPQ-VF nous remarquons que H_{0a} est validée, signifiant que 2 jours après la naissance, le mode d'accouchement n'induit pas de différence au niveau de la satisfaction maternelle. Autrement dit, 2 jours après l'accouchement, la tendance supposant une hiérarchisation de la satisfaction en fonction du mode d'accouchement n'est donc pas confirmée par notre analyse. Sur ce point, il est toutefois possible que la petite taille de notre échantillon entraînant une forte variance dans les sous-groupes de la VI "mode d'accouchement" ait eu une influence notable. Il serait d'ailleurs pertinent de reproduire cette analyse sur une étude à plus grande échelle. Cela, dans le but de vérifier cet aspect.

Sur la base de ce constat, nous pouvons toutefois nous positionner concernant H2a.

H_{2a}: Deux jours après l'accouchement, l'épisiotomie entrainerait une diminution de la satisfaction de l'expérience de l'accouchement évaluée par le CPQ.

Le mode d'accouchement n'ayant pas d'effet sur la satisfaction maternelle 2 jours après l'accouchement, nous pouvons rejeter H2a et considérer que l'épisiotomie n'entraîne pas de diminution de la satisfaction maternelle 2 jours après l'accouchement.

En revanche, le rejet de H_{0b} au profit de H_{1b} ($F= 3.995$ et $p .015$) nous permet d'affirmer que deux mois après l'accouchement, il existe une différence induite par le mode d'accouchement concernant la satisfaction de l'expérience de l'accouchement observée au WOMBLSQ4. Nous devons dès lors explorer plus encore cette information pour déterminer le rôle et la position spécifique prise par l'épisiotomie dans cette dynamique.

1.2.3. Comparaison des moyennes obtenues suite à l'ANOVA

Face à ce constat il était nécessaire de réaliser une troisième étape d'analyse. Elle consiste à employer le test de Bonferroni pour comparer deux à deux les moyennes obtenues au WOMBLSQ4 et repérer les différences de moyenne significatives. Nous avons également tenté de représenter ces différences à l'aide d'un graphique. Ce dernier indique le score de satisfaction moyen obtenu 2 mois après l'accouchement (au WOMBLSQ4) pour chaque mode d'accouchement mais aussi les "barres d'erreur" (la variance). L'ensemble des données extraites se trouve donc dans le tableau et le schéma présentés page suivante :

Comparaisons multiples :

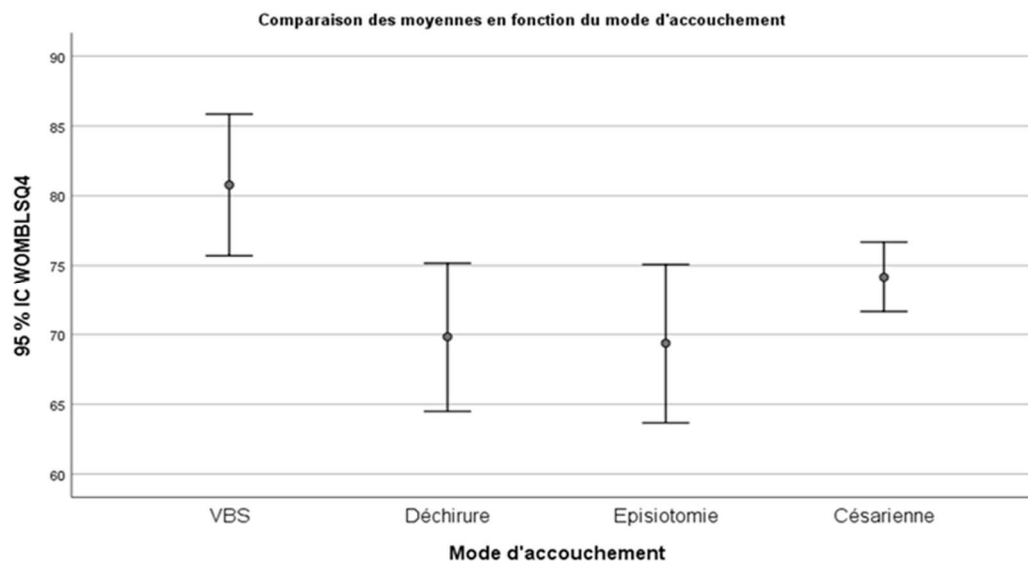
Variable dépendante: WOMBLSQ4
Bonferroni

(I) Mode d'accouchement	(J) Mode d'accouchement	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
VBS	Déchirure	10,944*	3,787	,038	,42	21,47
	Épisiotomie	11,403*	3,578	,017	1,46	21,35
	Césarienne	6,611	4,526	,913	-5,97	19,19
Déchirure	VBS	-10,944*	3,787	,038	-21,47	-,42
	Épisiotomie	,458	3,279	1,000	-8,66	9,57
	Césarienne	-4,333	4,294	1,000	-16,27	7,60
Épisiotomie	VBS	-11,403*	3,578	,017	-21,35	-1,46
	Déchirure	-,458	3,279	1,000	-9,57	8,66
	Césarienne	-4,792	4,111	1,000	-16,22	6,63
Césarienne	VBS	-6,611	4,526	,913	-19,19	5,97
	Déchirure	4,333	4,294	1,000	-7,60	16,27
	Épisiotomie	4,792	4,111	1,000	-6,63	16,22

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

Tableau n° 35 : Comparaisons multiples intergroupes

Tableau n° 36 : Représentation des comparaisons de moyennes



Les analyses réalisées à l'aide du test de Bonferroni¹¹⁴ montrent tout d'abord que 2 mois après l'accouchement, il n'existe pas de différence entre la satisfaction moyenne liée à l'accouchement avec périnée pseudo-intact et la satisfaction moyenne liée à un accouchement par opération césarienne. Malgré une différence relevée à l'analyse descriptive, l'accouchement sous césarienne semble tout aussi satisfaisant que l'accouchement par voie basse. Il est néanmoins remarquable que le groupe césarienne se situe tout de même entre le groupe VBS et

¹¹⁴ Nous ne posons pas ici H_0 et H_1 car leur nombre est beaucoup trop élevé. Toutes les H_0 possibles ont toutefois été appréhendées par le biais de notre analyse.

les groupes déchirure et épisiotomie. Cependant, il n'existe pas non plus de différence significative permettant de confirmer et généraliser cette tendance observée. De plus, lorsque l'on compare les groupes GE, GC et GD nous pouvons remarquer que le groupe césarienne est plus satisfait que le groupe épisiotomie ou le groupe déchirure. Cette tendance n'est toutefois pas significative. A nouveau, un échantillon plus large pourrait apporter des réponses plus fines sur l'ensemble de ces constats.

Dans un second temps, nous pouvons remarquer que les seules différences statistiquement significatives entre tous les groupes se situent entre le groupe VBS et le groupe épisiotomie ($p .017$) ; mais aussi, entre le groupe VBS et le groupe déchirure ($p .038$). **En mettant en parallèle ces deux résultats, la différence de moyenne, leur p value et le graphique représentant les barres d'erreur, il est alors possible de considérer que le fait d'avoir reçu une épisiotomie ou d'avoir vécu une déchirure entraîne une baisse préférentielle significative de la satisfaction maternelle 2 mois après l'accouchement.** Cela, comparé aux naissances des femmes ayant un périnée intact ou pseudo-intact. De même, ayant dimensionné le groupe “*déchirure*” de manière à ce qu'il représente une incidence physique au moins égale à celle des femmes ayant eu une épisiotomie, nous pouvons aussi rejeter l'argument considérant qu'une déchirure entraîne une satisfaction de l'expérience de l'accouchement moins élevée que celle liée à une épisiotomie.

En conséquence, nous pouvons nous positionner sur l'hypothèse H2b. **Au vu des informations relevées au travers de notre analyse nous pouvons valider H2b. Nous pouvons considérer que deux mois après l'accouchement l'épisiotomie provoque une baisse de la satisfaction maternelle comparée aux naissances par Voie Basse induisant un périnée intact ou pseudo intact. Cela, sachant que cette diminution est équivalente à celle provoquée par une déchirure d'incidence équivalente.**

1.2.4. Coefficient de détermination du mode d'accouchement sur la satisfaction liée à l'expérience de l'accouchement

Afin d'évaluer la force de la corrélation existant entre le mode d'accouchement et la satisfaction maternelle liée à l'accouchement, nous avons réalisé une régression linéaire sur les variables significatives isolées par l'ANOVA. Ce procédé nous permet d'indiquer la proportion de variabilité induite par les deux modalités sélectionnées (Groupe déchirure et Groupe épisiotomie). De même, il évalue la prédictibilité de notre hypothèse. Autrement dit, ce procédé nous permet de répondre à la question suivante : “*Avec quelle force l'épisiotomie ou la*

survenue d'une déchirure est prédictive de la satisfaction maternelle liée à l'expérience de l'accouchement ?'. L'ensemble des résultats obtenus par le biais de cette analyse¹¹⁵ est disponible dans le tableau ci-dessous :

Tableau n° 37 : Régression linéaires réalisées sur H2 **Récapitulatif des modèles**

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Variation de R-deux	Modifier les statistiques			Sig. Variation de F
						Variation de F	ddl1	ddl2	
1	,262 ^a	,069	,046	9,229	,069	3,031	1	41	,089

a. Prédicteurs : (Constante), Episiotomie

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Variation de R-deux	Modifier les statistiques			Sig. Variation de F
						Variation de F	ddl1	ddl2	
1	,171 ^a	,029	,005	,496	,029	1,201	1	40	,280

a. Prédicteurs : (Constante), Déchirures

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Variation de R-deux	Modifier les statistiques			Sig. Variation de F
						Variation de F	ddl1	ddl2	
1	,437 ^a	,191	,171	8,603	,191	9,674	1	41	,003

a. Prédicteurs : (Constante), Episiotomie ou déchirure

Après avoir vérifié l'ensemble des conditions requises pour procéder à l'analyse du coefficient de corrélation. Puis, en rappelant que cette analyse a été indépendamment réalisée sur chaque variable significative, nous pouvons observer que le R² du prédicteur épisiotomie est de .07 (0.69). Celui du prédicteur déchirure est de .03 (.029) et enfin celui composé du prédicteur épisiotomie ou déchirure¹¹⁶ est de .191 (.191). Seulement ici, la significativité n'est pas respectée dans le groupe déchirure, une tendance à la significativité est observée dans le groupe épisiotomie ($p .089$) et l'association des deux variables déchirure et épisiotomie est quant à elle significative ($p .003$).

Autrement dit, 2 mois après l'accouchement, la survenue d'une épisiotomie est prédictive à hauteur de 7% de la diminution de la satisfaction maternelle. Toujours à cette même période, nous pouvons considérer que la survenue d'une déchirure ne prédit qu'à hauteur de

¹¹⁵ Les conditions de la régression linéaire ont été ici vérifiées de manière préalable (Distribution normale, homogénéité des variances, homoscedasticité, distribution normale et aléatoire des résiduels, le prédicteur n'est pas corrélé à des variables externes qui influencent la variable dépendante, valeurs de la variable dépendantes sont indépendantes et relation linéaire entre la variable dépendante et la variable indépendante observée au Q-Q). Tous ces aspects ont été vérifiés à l'aide du logiciel SPSS25.

¹¹⁶ Ici la multicollinéarité a été observée. L'indicateur VIF étant inférieur à 10 le modèle est donc interprétable.

3% la diminution de la satisfaction maternelle. Cette donnée n'étant pas significative et ne présentant pas de tendance à la significativité, nous pouvons considérer que l'effet d'une déchirure est existant mais que son incidence est moindre. Enfin, le fait d'avoir reçu une épisiotomie ou vécu une déchirure au cours de son accouchement prédit à hauteur de 19% une baisse de la satisfaction maternelle liée à l'expérience de l'accouchement. Cette variable significative montre donc bien que l'atteinte du périnée (par épisiotomie ou par déchirure) impacte la satisfaction maternelle liée à l'expérience de l'accouchement.

Au premier abord, ces taux semblent extrêmement bas. Seulement, il est important de rappeler que la variable dépendante étudiée est une variable multidimensionnelle. Chacun de ses axes possède donc une influence sur la satisfaction maternelle globale évaluée. Une des conséquences de cette multidimensionalité est de réduire l'importance de l'influence de chaque variable isolée comme l'épisiotomie, la naissance prématurée, le soutien du compagnon, les soins.... Aussi, dans ce contexte spécifique le fait que 7% de la variance du score de satisfaction soit uniquement expliqué par la présence de l'épisiotomie est au final un donné assez important. Dans un second temps, nous remarquons que la survenue d'une déchirure (excluant les périnée pseudo-intact) influence la satisfaction maternelle à hauteur de 3%. En extrapolant ces résultats tout en comparant leurs taux de significativité respectifs, nous pouvons considérer que l'épisiotomie a une influence supérieure sur le taux de satisfaction maternelle par rapport à celle produite par une déchirure. Autrement dit, une épisiotomie provoquerait vraisemblablement plus d'insatisfaction liée à l'expérience de l'accouchement qu'une déchirure équivalente. Il serait alors utile de confirmer cette affirmation par une étude de cohorte.

1.2.5. Analyses complémentaires : analyse multivariée

Afin de compléter ces résultats, nous avons souhaité associer à cette réflexion deux analyses complémentaires. Elles visent à trouver d'autres modalités pouvant impacter la satisfaction maternelle. Nous avons donc retenu la variable "*consentement*" codée (en oui/non) et les deux variables "*soutien du compagnon pendant l'accouchement*" et "*soutien de l'équipe*" (codées en oui/non).

Les raisons de ce choix sont liées à nos explorations théoriques. Effectivement, nous avons pu montrer dans notre partie théorique que la perte du sentiment de contrôle au cours de l'accouchement pouvait impacter la satisfaction maternelle. Dans le cas d'une chirurgie comme l'épisiotomie ou la césarienne, il est communément admis que l'obtention du consentement de

la parturiente est un des garant du sentiment de contrôle au cours de l'accouchement. Nous avons donc recueilli cet item au sein de nos entretiens par le biais de la grille prévue à cet effet¹¹⁷. La notion de soutien a été tout autant discutée au cours de nos élaborations théoriques. Nous avons d'ailleurs rappelé qu'elle était liée dans la littérature scientifique avec des fluctuations de la satisfaction de l'expérience de l'accouchement. Dès lors, ces données ont été extraites de l'ensemble des entretiens seulement à 3 mois.

Tests des effets intersujets

Variable dépendante: WOMBLSQ4

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partie
Modèle corrigé	232,696 ^a	3	77,565	,863	,478	,12
Constante	,000	0	.	.	.	,00
consentement	90,794	1	90,794	1,010	,328	,05
Soutiencomp	,000	0	.	.	.	,00
Soutienmedic	33,908	1	33,908	,377	,547	,02
modeacc	164,486	1	164,486	1,830	,193	,09
Erreur	1618,076	18	89,893			
Total	111761,000	22				
Total corrigé	1850,773	21				

a. R-deux = ,126 (R-deux ajusté = -,020)

Tableau n° 38 : Analyse de covariance des facteurs potentiels de la satisfaction

A la lecture de ce tableau, nous pouvons constater qu'aucune des co-variables ne dépasse le seuil de non significativité. Le mode d'accouchement n'est par ailleurs plus significatif au niveau de notre analyse multivariée ($F = 1.830$ et $p = .193$). En d'autres termes, lorsqu'il est simultanément évalué avec d'autres facteurs, le mode d'accouchement n'apparaît plus comme un des déterminants significatif de la satisfaction maternelle. Il est ici possible que l'analyse précédente qui est moins sensible ait pu trouver une associativité liée à une autre variable. Également, il est possible que la taille réduite de notre échantillon ne permette pas une bonne appréhension de cette dimension au cours de l'analyse multivariée. Néanmoins nous avons choisi de considérer que cet aspect n'invalide pas notre analyse précédente. Nous pensons effectivement qu'il s'agit d'un effet lié à la taille réduite de notre échantillon.

Dans un second temps, nous pouvons remarquer que la présence d'un soutien médical au cours de l'accouchement n'est pas un élément discriminant de la satisfaction maternelle ($F = .377$ et $p = .547$). Enfin, il est possible de noter que le soutien du compagnon pendant

¹¹⁷ Les groupes VBS et Déchirures ont été considérés dans cette analyse comme des données manquantes

l'accouchement n'a pu être évalué. En effet, cette variable ne présentait pas une variance suffisante (42 oui sur 43). Aussi, nous ne pouvons pas rejeter chaque H_0 considérant qu'il n'y a pas de différence induite par chaque variable étudiée sur la satisfaction maternelle liée à l'expérience de l'accouchement deux mois après l'accouchement. L'ensemble de ces résultats nécessiterait cependant d'être réévalué dans un contexte marqué par un nombre de sujets plus important. Effectivement, un des biais d'interprétation possible pourrait être lié à la taille réduite de notre échantillon n'ayant peut-être pas permis d'isoler assez d'interactions suffisantes pour évaluer avec précisions ces dimensions.

1.2.6. Conclusions générales de l'Hypothèse n°2

✓ Résumé des résultats obtenus à l'analyse de l'hypothèse n°2

Les conclusions générales que nous pouvons apporter à H2 sont diverses et basées sur un processus partant de suppositions provenant de notre analyse descriptive menant ensuite à l'émergence de conclusions généralisables.

Tout d'abord, notre analyse descriptive a pu mettre en évidence certaines différences entre les sous-groupe GE, GC, GD et GVBS. Par exemple, deux jours après l'accouchement le groupe césarienne, puis le groupe épisiotomie et enfin le groupe déchirure montraient un taux d'insatisfaction respectivement décroissant¹¹⁸. Ces taux étaient d'ailleurs bien plus importants que celui des femmes ayant vécu un accouchement par Voie Basse avec un périnée pseudo-intact ou intact. Nous avons également remarqué une certaine hiérarchie montrant que les femmes ayant eu une épisiotomie étaient moins satisfaites que celles ayant eu une déchirure. De même, nous avons pensé que cette distinction disparaissait 2 mois après l'accouchement. A cette période, les groupes "épisiotomie" et "déchirure" présentaient un taux d'insatisfaction similaire et ce dernier était supérieur à celui des groupes césarienne et VBS. Enfin, au travers de l'évaluation faite par le biais de l'entretien nous avons également remarqué une dichotomie entre le groupe VBS (satisfait à 100%) et les groupes comportant une forme de morbidité (GE, GC, GD).

Afin d'éprouver ces tendances, nous avons réalisé une ANOVA univariée. Cette dernière a montré l'absence d'impact provoqué par le mode d'accouchement sur la satisfaction de l'accouchement lorsqu'elle est évaluée en entretien 3 mois après la naissance de l'enfant.

¹¹⁸ La plus forte insatisfaction était constatée pour le groupe césarienne. Elle était supérieure à celle du groupe épisiotomie qui était quant à elle supérieure à celle du groupe VBS.

Face à ce constat il est possible d'apporter plusieurs interprétations. Soit le mode d'accouchement n'avait plus d'incidence 3 mois après la naissance de l'enfant provoquant de fait un oubli des dimensions négatives de la naissance. Soit les modalités plurifactorielles d'expression de la satisfaction et la taille réduite de notre échantillon n'ont pas permis de mettre en évidence des différences significatives.

Dans un second temps, nous avons également montré l'absence d'influence du mode d'accouchement sur la satisfaction maternelle 2 jours après la naissance de l'enfant. Nous avons dû rejeter l'hypothèse que nous avons faite concernant une hiérarchisation de l'influence des différents modes d'accouchement sur la satisfaction maternelle. Une des interprétations possibles de ces deux rejets nous semble fortement liée à la petite taille de notre échantillon. Nous trouvons toutefois pertinent de recommander la mise en place d'une démarche similaire avec un échantillon de plus grande taille pour explorer plus en profondeur les raisons de cette non significativité.

En revanche, deux mois après l'accouchement, l'ANOVA nous a permis de montrer l'existence d'une différence significative induite par le mode d'accouchement sur la satisfaction maternelle. Après avoir utilisé des analyses complémentaires grâce au test de Bonferroni et sa représentation graphique, nous avons pu montrer que les femmes ayant reçu une épisiotomie et celles ayant expérimenté une déchirure équivalente étaient généralement moins satisfaites que les femmes ayant accouché par Voie Basse. Mais plus encore, nous avons pu montrer qu'il n'existait pas de différence entre le groupe déchirure et le groupe épisiotomie. Autrement dit, une épisiotomie impacte autant le sentiment de satisfaction lié à l'accouchement que la survenue d'une déchirure d'incidence équivalente. Cette distinction n'est en revanche pas significative pour les césariennes malgré une différence notable et une tendance à la significativité.

Enfin, le modèle de régression linéaire que nous avons réalisé a pu montrer que le fait d'avoir une épisiotomie ou une déchirure permettait de prédire une baisse de la satisfaction maternelle avec une incidence de l'ordre de 20%. Ce modèle a également pu montrer que deux mois après l'accouchement, l'épisiotomie impacte négativement la satisfaction maternelle avec une force de 7%. Cela, alors que la survenue d'une déchirure a une influence moins importante (3%). Il est donc possible que l'incidence de l'épisiotomie sur la satisfaction maternelle soit supérieure à celle provoquée par la survenue d'une déchirure. A nouveau il serait nécessaire de confirmer cette hypothèse émergeant de notre étude exploratoire par une étude de cohorte.

Pour finir, les résultats obtenus à l'analyse multivariée nous ont tous montré que le mode d'accouchement, le consentement en cas de chirurgie, le soutien de l'équipe ou encore le soutien du compagnon ne déterminent pas les indices de satisfaction maternelle 2 mois après l'accouchement. Les affirmations que nous avons proposé lors de l'analyse univariée ne sont donc plus significatives lorsque les facteurs sont évalués conjointement. Il est toutefois possible que la taille de notre échantillon ait encore influencé nos résultats et de nombreuses précautions nécessitent d'être employées lorsque nous utiliserons ces hypothèses. De fait, nous n'avons pas considéré que les conclusions de cette analyse invalidaient les résultats obtenus à l'ANOVA univariée.

En somme, après avoir présenté ces résultats, il est possible de répondre à notre hypothèse H2.

H2 : “Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement une diminution de la satisfaction liée à l'accouchement”.

Cette hypothèse a été divisée en trois hypothèses spécifiques correspondant à chaque temps évalué par un outil différent :

H_{2a}: Deux jours après l'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement une diminution de la satisfaction liée à l'accouchement.

Comme nous avons pu le remarquer, l'hypothèse H_{2a} est rejetée. Ainsi, nous pouvons considérer que l'épisiotomie n'influence pas préférentiellement la satisfaction liée à l'accouchement 2 jours après la naissance lorsqu'elle est comparée aux autres modes d'accouchement. L'épisiotomie n'entraîne donc pas une diminution de la satisfaction maternelle deux jours après l'accouchement. Les tendances observées nécessiteraient toutefois une évaluation portant sur un échantillon plus large.

H_{2b}: Trois mois après l'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement une diminution de la satisfaction liée à l'accouchement.

Comme nous avons pu le préciser au cours de notre analyse, l'hypothèse H_{3a} est rejetée. Nous pouvons donc considérer que trois mois après l'accouchement, l'épisiotomie n'influence pas la satisfaction liée à l'expérience de l'accouchement. Elle n'entraîne donc préférentiellement plus à cette période de diminution de la satisfaction maternelle.

H_{2c}: Deux mois après l'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement une diminution de la satisfaction liée à l'accouchement.

L'analyse univariée nous a permis de valider cette hypothèse. H_{2a} est donc validée par l'analyse univariée considérant que l'épisiotomie, au même titre que la déchirure entraîne préférentiellement une diminution de la satisfaction maternelle liée à l'accouchement comparé à un accouchement par voie basse. Cette différence ne s'observe toutefois pas significativement lorsque l'épisiotomie est comparée à l'opération césarienne. Nous avons également pu préciser cette hypothèse en remarquant que l'incidence de l'épisiotomie sur la satisfaction maternelle était moindre mais toutefois supérieure à celle provoquée par la survenues d'une déchirure équivalente.

Face à l'ensemble de ces conclusions nous pouvons nous positionner au sujet de notre hypothèse H2 qui est partiellement validée.

Ainsi, l'épisiotomie n'entraîne pas de diminution significative de la satisfaction maternelle 2 jours après l'accouchement comme 3 mois après l'accouchement. En revanche, 2 mois après l'accouchement, l'épisiotomie, au même titre que la survenue d'une déchirure de degré équivalent induit une diminution préférentielle de la satisfaction maternelle comparé aux naissances ayant laissé le périnée des femmes intact ou pseudo-intact. Comme ce constat n'est toutefois pas vérifié au cours de l'analyse multivariée nous recommandons une certaine prudence dans son évocation. Aussi, nous rappelons que la taille restreinte de notre échantillon est une des raisons nous ayant poussé à considérer l'effet que nous avons observé au cours de l'analyse univariée comme valide.

✓ Interprétations des résultats obtenus pour l'hypothèse 2

Les résultats que nous avons obtenus ont premièrement montré que les femmes étaient généralement satisfaites de leur accouchement. Même si ce constat ne diffère pas de celui de la majorité des maternités françaises, il est possible que le contexte institutionnel de notre recherche ait influencé nos résultats. Effectivement, il est important de rappeler qu'une majorité de nos participantes a accouché à la Polyclinique Majorelle. Au sein de cette clinique, l'obstétricien ayant assuré le suivi prénatal accompagne préférentiellement l'accouchement de sa patiente. Ce faisant, il assure une certaine continuité des soins et maintien l'existence d'une relation privilégiée clairement considérée comme une source de satisfaction et de contenance :

« Et c'était mon gynécologue. Alors ça, ça été aussi euh... elle m'a suivie vraiment du début jusqu'à la fin. - Oui ? -Et euh ... ça aussi ça a été quelque chose qui était important pour moi » (Ipoméé, 3 mois après l'accouchement).

D'autres aspects semblent influencer qualitativement la satisfaction liée à l'expérience de l'accouchement. Aussi, même si ces variables n'ont pas été considérées comme des variables significatives, le soutien de l'équipe ou le soutien du compagnon est régulièrement mis en avant par les parturientes. Pour mieux comprendre cette dynamique nous pouvons rappeler cet extrait d'entretien :

« Et donc là elle m'a mis de l'ocytocine, l'ocytocine, à force ça marchait plus, lui s'engageait mal, il s'engageait nez en avant et non le front. Du coup... Et de côté, donc la gynécologue m'a manipulé, donc là je vous dit pas. - CC : Qu'est-ce que vous avez ressenti à ce moment ? - PI : C'est horrible ! J'ai vomi, j'étais pas bien du tout. C'est... Mais bon. - CC : Je vous vois encore un peu submergée par l'émotion quand vous y pensez... -PI : Ah c'était horrible, c'est délicat, elle passe sa main et elle mobilise le bébé et en fait intérieurement il se passe un truc, c'est très désagréable, après j'ai eu envie de vomir donc j'ai vomi d'ailleurs. Et lui il s'est remis dans la position, donc elle a pas pu remobiliser encore et en fait au final lui il était pas assez engagé. Enfin en fait le col ne s'ouvrait plus, et lui il fallait qu'il sorte mais lui, le cœur et tout, il tenait, c'est ça qui était assez surprenant. Et en fait au final on a commencé le travail avant qu'on aurait dû. Et donc là j'avais la sage-femme autour de moi, l'auxiliaire là, j'avais mon ami qui était à côté de moi, la gynécologue en face. La sage-femme qui m'aidait en s'appuyant sur mon ventre parce que ben il fallait qu'il sorte, et l'auxiliaire qui m'aidait, enfin vraiment géniale. Si c'était à refaire je referai quoi. Et j'ai été très bien entourée, la gynécologue a été super sympa, la sage-femme pareil fin vraiment je regrette rien » (Immortelle, 3 mois après l'accouchement).

A la lecture de cet extrait, nous pouvons noter que l'évocation d'un vécu corporel et psychique extrêmement douloureux a provoqué chez Immortelle l'apparition d'émotions massives. Mais très vite, Immortelle invoque la fonction contenante assurée par l'équipe. Cette dernière est intervenue pour contenir la défaillance du contenant corporel d'Immortelle marqué à ce moment par l'effraction causée par la manipulation de l'enfant, et la rupture du pare-excitation qui lui est conséquente. Trois mois après cet épisode, la trace mémorisée de cette fonction contenante est encore invoquée au sein d'une myriade de mécanismes de défenses secondarisés permettant de maintenir chez Immortelle le sentiment d'un accouchement satisfaisant. Dans ce contexte spécifique, nous pensons donc que l'insatisfaction provoquée par une intervention intrusive peut être compensée par la contenance médicale apportée au cours de l'acte. Cette dernière peut être aussi médiatisée par le compagnon. Dans notre étude, la très faible variance de ces indicateurs dans notre étude n'a malheureusement pas permis d'étudier avec précision ces deux dimensions retenues comme non significatives. Cela, alors que

l'analyse qualitative des entretiens nous a montré que cet aspect était un des indicateurs majeurs de la satisfaction liée à l'accouchement. Nous considérons donc qu'il est primordial que d'autres études évaluent ces aspects de manière qualitative et ce, afin d'évaluer les interactions possibles existant entre intervention médicale et fonction contenante.

Au niveau des résultats obtenus lors de l'étude de H2, nous avons noté que 2 jours après l'accouchement, l'épisiotomie n'était pas significativement liée à une diminution de la satisfaction maternelle liée à l'accouchement. Tout d'abord, nous devons rappeler que la petite taille de notre échantillon n'a vraisemblablement pas favorisé l'émergence de résultats significatifs. A cette période, nous avons toutefois observé une tendance à l'insatisfaction plus élevée concernant l'épisiotomie et la césarienne. Nous pensons que ces aspects devraient être réévalués au sein d'une population plus importante intégrant également une évaluation qualitative 2 jours après l'accouchement.

Il est possible qu'un autre facteur ait influencé les résultats que nous avons obtenu. En effet, de nombreux travaux montrent que l'émergence de l'insatisfaction peut être entravée lorsque la passation d'un questionnaire est réalisée quelques jours après l'accouchement (Waldenström, 2004). Au cours de cette période, l'expression de la satisfaction est bien souvent colorée par le soulagement apporté par la fin de l'épreuve de l'accouchement mais aussi la joie d'avoir enfin son enfant dans les bras après 9 mois d'attente (*ibid.*). Ces aspects peuvent donc influencer les productions des participantes. Il semblerait d'ailleurs que le corps médical s'appuie sur ces ressentis afin de réduire le vécu difficile lié à certaines interventions suivant l'accouchement comme la suture :

« Jusqu'à là il s'occupe pas du tout de l'épisiotomie et c'est quand le bébé est sur le ventre dans tous les cas il faut rester une heure avec le bébé sur le ventre et il me dit bon ben on va en profiter je vous recouds en même temps et en fin de compte euh ... c'est plutôt c'est plutôt pas mal parce que moi je m'occupais vraiment euh d'essayer de le réchauffer et lui il était en train de me recoudre » (Pâquerette, 3 mois après l'accouchement).

« Si y'a eu des déchirures, mais bon après j'avais ma fille dans les bras... pff on était en train de me recoudre, euh j'y pensais même pas quoi... » (Hibiscus, 3 mois après l'accouchement).

Dans un second temps, nous avons pu montrer que l'épisiotomie comme la déchirure étaient 2 mois après l'accouchement préférentiellement considérées comme des facteurs

d'insatisfaction. Ici, nous pouvons constater que les positionnement exprimés deux jours après l'accouchement avaient évolué. Les femmes ayant eu une césarienne semblent moins insatisfaites par leur accouchement. En revanche, c'est tout à fait le contraire pour les femmes ayant eu une déchirure. En revanche, les femmes ayant eu une épisiotomie affichaient toujours avec constance le taux d'insatisfaction le plus élevé. Ici, il est possible que la persistance de la douleur ou la présence de comorbidités associées à la survenue d'une déchirure ou d'une épisiotomie ait coloré l'évaluation de ces femmes. Nous préconisons alors la réalisation d'une étude explicative et qualitative portant sur la satisfaction liée à l'expérience de l'accouchement 2 mois après la naissance de l'enfant. Cette étude pourrait permettre d'aborder plus précisément l'effet de l'épisiotomie que nous avons observé. En outre, elle permettrait de mettre en évidence d'éventuels facteurs supplémentaires ayant une incidence sur la satisfaction (ou l'insatisfaction éprouvée).

Enfin, nous souhaitons évoquer ici un point spécifique. Deux mois après l'accouchement, nous avons remarqué que l'épisiotomie et la survenue d'une déchirures d'incidence équivalente provoquent le même taux d'insatisfaction. Ce constat est assez surprenant. Effectivement, avant les RPC de 2005, un des arguments utilisé en faveur de l'épisiotomie s'appuyait sur l'idée qu'une coupure permettait une meilleure cicatrisation, préservait le plancher pelvien, mais surtout permettait aux patientes de ne pas vivre les conséquences physiques et psychologiques difficiles liées à la survenue d'une déchirure. Pourtant, les résultats obtenus à cette hypothèse montrent ici que le taux de satisfaction est similaire entre le groupe épisiotomie et déchirure. Il semblerait que la satisfaction maternelle liée à l'expérience de l'accouchement ne soit pas plus impactée en cas de déchirure qu'en cas d'épisiotomie. En conséquence, il n'est pas possible de considérer que les femmes sont plus satisfaites de la réalisation d'une épisiotomie en suite de couche par rapport à la survenue d'une déchirure.

Pour finir, nous n'avons pas relevé d'effet spécifique liant le mode d'accouchement et l'expression de la satisfaction liée à l'accouchement 3 mois après la naissance de l'enfant. Nous avons toutefois remarqué que le discours conscient des femmes portant sur l'accouchement est bien souvent associé avec de nombreuses rationalisations et formations réactionnelles et parfois à l'emploi de pensée magique :

« Moi je suis assez sur les faits, c'est bon. Ils m'ont coupé, ils m'ont recousu, apparemment les sutures sont bien, tout va bien. Le ressenti ben y'a quand même la rééducation qui va aider donc tout va aller pour le mieux après » (Iris, 3 mois après l'accouchement).

Dans ce cas, il nous a semblé difficile d'aborder la notion de satisfaction uniquement par le biais de l'entretien et ce, sans procéder à une investigation plus poussée. Dans le cadre de notre recherche exploratoire, ce "faire" nous aurait fait quitter notre positionnement exploratoire ayant pour but de favoriser le discours général des parturientes sans les orienter spécifiquement sur les conséquences du mode d'accouchement. Aussi, nous préconisons la mise en place d'études psychodynamiques portant sur les mécanismes inconscients potentiellement associés aux discours portant sur la pratique de l'épisiotomie.

1.3. Analyse de l'hypothèse numéro 3

Au sein de notre étude, l'hypothèse 3 est divisée en trois sous-hypothèses intitulées de la manière suivante :

H3a : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie, engendrerait préférentiellement l'apparition de douleurs au cours de l'année suivant l'accouchement.

H3b : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dyspareunies au cours de l'année suivant l'accouchement.

H3c : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dysfonctionnements sexuels au cours de l'année suivant l'accouchement.

Pour répondre à ces trois hypothèses, nous nous sommes basé sur une analyse qualitative du discours des patientes que nous avons ensuite traitée quantitativement par le biais d'une analyse statistique spécifique. Nous présentons donc dans un premier temps le processus d'analyse qui a été réalisé en décrivant chaque étape employée pour chacune des sous-hypothèses. Ensuite, nous proposons une conclusions générale portant sur H3 et enfin, nous proposons une interprétation des résultats observés.

1.3.1 Reprise de la sexualité et analyse descriptive :

Avant de débiter notre travail d'analyse, nous souhaitons ajouter une dimension régulièrement évaluée dans les publications scientifiques : “*le délai de reprise de la sexualité*”. Pour ce faire, nous avons comparé les moyennes de la catégorie “*délai de reprise de la sexualité*” en fonction “*du mode d'accouchement*”. Puis nous avons réalisé une ANOVA permettant d'étudier la significativité des tendances observées.

Descriptives								
Reprise de la sexualité (en semaine)								
	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
VBS	9	5,111	5,6997	1,8999	,730	9,492	1,5	16,0
Déchirure	9	10,222	12,3164	4,1055	,755	19,689	1,0	42,0
Episiotomie	15	9,267	6,0293	1,5568	5,928	12,606	2,0	24,0
Césarienne	5	8,400	3,5777	1,6000	3,958	12,842	6,0	14,0
Total	38	8,395	7,6619	1,2429	5,876	10,913	1,0	42,0

Tableau n° 39 : Reprise de la sexualité en semaine

Dans ce premier tableau, nous constatons tout d'abord une très forte variance pour le groupe déchirure (σ 12.31). Par ailleurs, celle-ci est supérieure au nombre de femmes évaluées.

Aussi, nous avons dû exclure une patiente de notre analyse afin de pouvoir appréhender des données uniformes et dont la distribution suivait une loi normale. Nous avons donc obtenu les tableaux suivants :

Descriptives

Reprise de la sexualité (en semaine)

	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
VBS	9	5,11	5,700	1,900	,73	9,49	2	16
Déchirure	8	6,25	3,327	1,176	3,47	9,03	1	12
Épisiotomie	15	9,27	6,029	1,557	5,93	12,61	2	24
Césarienne	5	8,40	3,578	1,600	3,96	12,84	6	14
Total	37	7,49	5,303	,872	5,72	9,25	1	24

Tableau n° 40 : Reprise de la sexualité en semaine

ANOVA

Reprise de la sexualité (en semaine)

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	114,721	3	38,240	1,406	,258
Intragroupes	897,522	33	27,198		
Total	1012,243	36			

Tableau n° 41 : Variation intergroupe en fonction de la reprise de la sexualité en semaine

À la lecture de ce deuxième tableau descriptif, nous pouvons remarquer que le délai moyen de reprise de la sexualité est de sept semaines et demie. Ce délai est par ailleurs congruent avec les données de la littérature. La différence intergroupe n'est certes pas significative ($F=1.406$ et $\sigma .258$). Néanmoins il nous semble judicieux de présenter certaines tendances spécifiques dont la prévalence pourrait s'avérer significative au sein d'une étude d'incidence plus large.

Tout d'abord, nous pouvons remarquer que les femmes ayant accouché par voie basse reprennent la sexualité assez tôt ; environ 5 semaines après l'accouchement ($\bar{X}=5.1$ et $\sigma 5.7$). Elles sont suivies par les femmes ayant eu une déchirure. Ces dernières reprennent en moyenne l'activité intime 6 semaines après l'accouchement ($\bar{X}=6.2$ et $\sigma 3.3$). Ensuite, les femmes ayant vécu une césarienne attendent en général 2 mois après l'accouchement ($\bar{X}=8.4$ et $\sigma 3.5$). Enfin, les femmes ayant reçu une épisiotomie sont celles reprenant la sexualité le plus tardivement, soit 9 semaines après l'accouchement ($\bar{X}=9.3$ et $\sigma 6$).

Face à ces données, nous pouvons constater que les femmes ayant vécu une opération chirurgicale (GE, GC) reprennent la sexualité bien plus tard et ce, indépendamment du lieu de

la chirurgie. Dans un second temps, sachant que le groupe épisiotomie et le groupe déchirure sont tous deux composés d'atteintes corporelles équivalentes, nous pouvons supposer que l'épisiotomie impacte beaucoup plus la sexualité des femmes en suite de couche qu'une déchirure. Effectivement, nous avons entendu au cours de nos entretiens de nombreuses craintes et angoisses liées aux conséquences corporelles de l'épisiotomie. Aussi, afin d'étudier les raisons inhérentes à cette différence, nous allons explorer une partie de cette dimension par le biais de l'analyse de H3 (mais aussi ultérieurement par le biais de H4).

1.3.2. Analyse descriptive de H3a, H3b et H3c :

Comme nous l'avons spécifié dans la partie opérationnalisation, nous ne présentons pas dans ce point les données descriptives numériques inhérentes à chacune des hypothèses étudiées. En effet, nous avons plutôt choisi de représenter graphiquement l'évolution prise par la douleur, la dyspareunie et les dysfonctionnements sexuels en fonction du mode d'accouchement à chaque temps d'évaluation (1= T₁ ; 2=T₂ et 3=T₃).

La représentation graphique correspondant à l'évolution des ressentis douloureux au cours de l'année suivant l'accouchement est présentée ci-dessous :

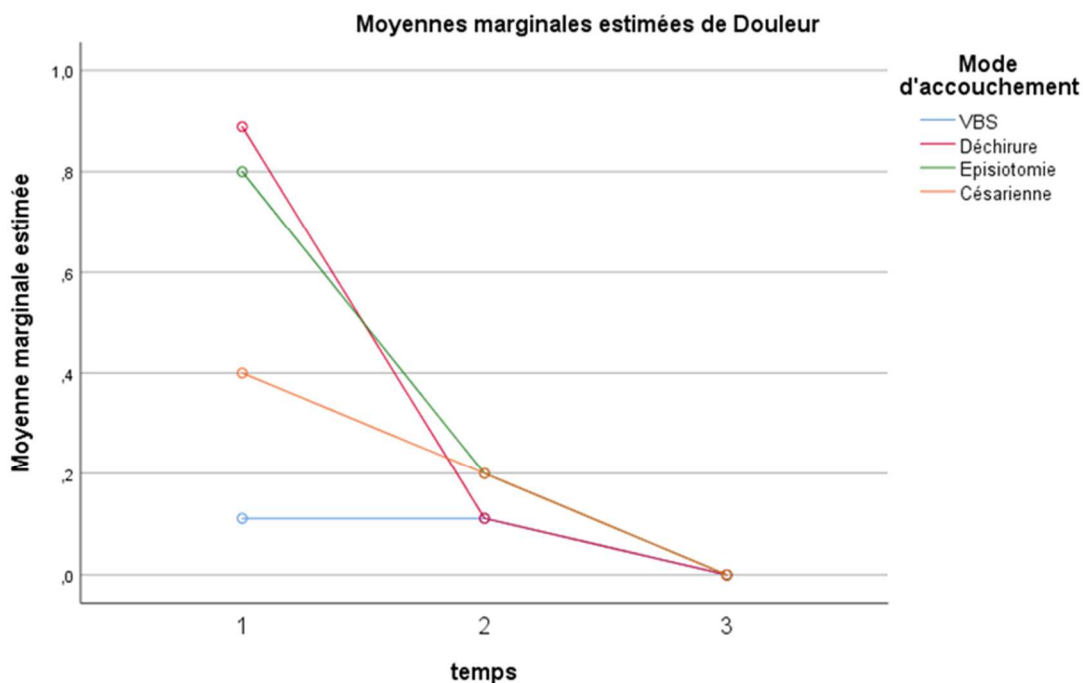


Tableau n° 42 : Evolution du vécu douloureux à T1, T2 et T3

La lecture de ce graphique nous permet de saisir certaines tendances générales concernant le vécu périnéal douloureux successif à l'accouchement. Tout d'abord, nous

pouvons remarquer qu'à l'exception du vécu douloureux évalué 3 mois avant l'accouchement, une atténuation très importante de la douleur semble se produire au cours de la période comprise entre 3 et 9 mois après l'accouchement. De même, 1 an après l'accouchement plus aucune femme ne ressent de douleurs périnéales. Outre ces tendances générales, nous pouvons remarquer la présence d'une grande disparité existant entre les différents modes d'accouchement. Aussi, il est possible de remarquer que 3 mois après l'accouchement les femmes ayant eu une déchirure ou une épisiotomie semblent ressentir plus de douleur que celles ayant accouché par voie basse. En outre, il semblerait que les femmes ayant reçu une épisiotomie semblent être celles ayant ressenti le plus de douleur. Enfin, les femmes ayant eu une césarienne se situent dans une position intermédiaire. Nous vérifierons donc ces tendances par le biais d'une analyse de variance.

Nous pouvons maintenant appréhender la représentation graphique correspondant à l'évolution des taux de dyspareunie au cours de l'année suivant l'accouchement :

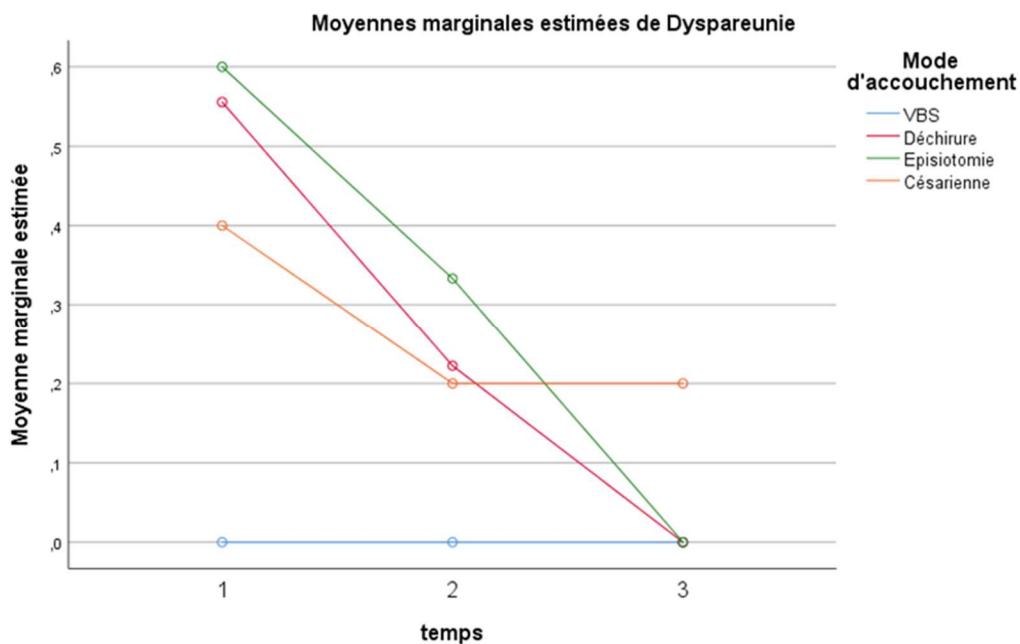


Tableau n° 43 : Evolution du vécu dyspareuniqué à T1, T2 et T3

Comme nous pouvons le constater, une grande différence s'exprime dans ce tableau. Effectivement, aucune des femmes ayant accouché par voie basse et ayant un périnée intact ou pseudo intact n'a présenté de dyspareunie en suite de couche. En revanche, nous remarquons une grande homogénéité des résultats concernant les femmes qui ont eu une épisiotomie, une déchirure et une césarienne. Ces trois sous-groupes présentent une forte incidence de la dyspareunie à 3 mois. Cette dernière semble diminuer progressivement au fil du temps pour

être nulle dans les groupes épisiotomie et déchirure et se maintenir pour les femmes ayant vécu une césarienne. Nous appréhenderons donc la significativité de nos observations dans une partie ultérieure.

Concernant la représentation graphique correspondant à l'évolution des taux de dysfonctionnements sexuels au cours de l'année suivant l'accouchement, nous pouvons étayer nos observations sur le graphique suivant :

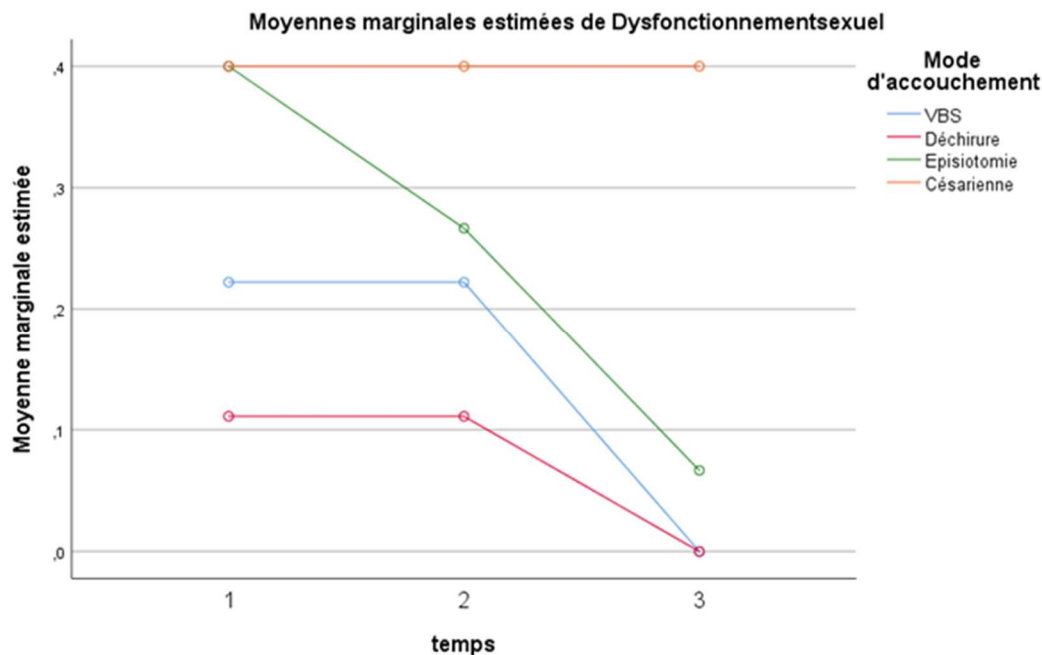


Tableau n° 44 : Evolution du nombre de la présence de dysfonctionnements sexuels à T1, T2 et T3

La lecture de ce graphique nous montre deuxièmement que parmi les femmes ayant vécu une césarienne, une part non négligeable d'entre elles a vécu un dysfonctionnement sexuel. De plus, nous pouvons noter que les femmes ayant vécu une épisiotomie affichent avec celles ayant reçu une césarienne le taux le plus élevé de dysfonctionnements sexuels (environ 40% à 3 mois). En revanche, cette proportion diminue progressivement avec le temps, et ce, pour être relativement restreinte 1 an après l'accouchement. Il semble donc pertinent d'étudier la significativité des tendances observées par le biais d'une analyse de variance.

1.3.3. Analyse de la variance à T₀ et détermination du modèle d'étude employé :

Afin de déterminer le modèle d'analyse que nous devons utiliser pour évaluer l'hypothèse H3, nous avons réalisé une ANOVA univariée visant à évaluer la présence de différences initiales à T₀ existant entre nos sous-groupes et concernant le domaine sexuel.

Effectivement, si tel était le cas, il aurait été nécessaire d'intégrer cette variable à notre plan d'étude. Nous avons donc évalué l'incidence de la variable "*mode d'accouchement*" sur la variable "*sexualité vécue comme satisfaisante*" (évaluée avant l'accouchement). Les données obtenues sont présentées dans le tableau suivant :

ANOVA

Sexualité vécue comme satisfaisante

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	,526	3	,175	,893	,453
Intragroupes	7,660	39	,196		
Total	8,186	42			

Tableau n° 45 : Evaluation de l'incidence de troubles sexuels en fonction du mode d'accouchement à T0

Comme nous pouvons le remarquer, il n'existe pas de variance intergroupe significative ($F=.893$ et $p .453$). L'hypothèse H_0 considérant qu'il n'existe pas de différence entre les groupes discriminés par le mode d'accouchement à T_0 est validée. Autrement dit, il n'est pas nécessaire de prendre en compte la présence ou l'absence d'un dysfonctionnement sexuel initial car il ne s'agit pas d'une variable parasite. Bien malheureusement, nous n'avons pas évalué en anténatal cette donnée concernant les douleurs périnéales. Néanmoins, contrairement à la dyspareunie ou aux dysfonctionnements sexuels, la littérature n'a jamais commenté la présence d'un lien factoriel entre incidence prénatale et postnatale de la douleur. Nous n'avons donc pas évalué cet aspect en considérant que le représentativité de notre échantillon nous assurait une certaine sécurité sur ce point. Cette dimensions vérifiée nous pouvons maintenant réaliser l'ANOVA à mesure répétée.

1.3.4. ANOVA à mesure répétée : influence durable du mode d'accouchement sur les douleurs, la dyspareunie et les dysfonctionnements sexuels.

Comme nous avons pu vérifier qu'il n'existait pas de différence initiales à T_0 , nous avons construit un modèle d'analyse répétée basé sur le plan d'étude suivant ; (mode)*(temps)*(douleur/dyspareunie/dysfonctionnement). Tel que précisé dans la partie opérationnalisation, nous ne découlerons pas l'ensemble des H_0 inhérentes à cette analyse. Nous précisons toutefois que nous étudions d'une part l'impact durable de la variable "*temps*" sur "*les douleurs*", "*les dyspareunies*" et "*les dysfonctionnements sexuels*" pendant la période comprise entre l'avant accouchement et un an après la naissance sur. D'autre part, nous étudions également l'impact durable de la variable "*temps*" associée au "*mode d'accouchement*" sur les mêmes VD et ce, sur la période comprise entre l'avant accouchement et un an après la naissance de l'enfant.

L'ensemble des éléments résultant de la comparaison résultat de l'ANOVA à mesure répétée est décrit dans le tableau suivant :

		Tests univariés						
Source	Mesure		Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
temps	douleurs	Hypothèse de sphéricité	5,261	2	2,631	32,901	,000	,492
		Greenhouse-Geisser	5,261	1,978	2,659	32,901	,000	,492
		Huynh-Feldt	5,261	2,000	2,631	32,901	,000	,492
		Borne inférieure	5,261	1,000	5,261	32,901	,000	,492
	dyspareunies	Hypothèse de sphéricité	1,900	2	,950	11,236	,000	,248
		Greenhouse-Geisser	1,900	1,941	,979	11,236	,000	,248
		Huynh-Feldt	1,900	2,000	,950	11,236	,000	,248
		Borne inférieure	1,900	1,000	1,900	11,236	,002	,248
	dysfonctionnementssexuels	Hypothèse de sphéricité	,509	2	,255	4,203	,019	,110
		Greenhouse-Geisser	,509	1,479	,344	4,203	,031	,110
		Huynh-Feldt	,509	1,666	,306	4,203	,026	,110
		Borne inférieure	,509	1,000	,509	4,203	,048	,110
temps * modeacc	douleurs	Hypothèse de sphéricité	2,405	6	,401	5,013	,000	,307
		Greenhouse-Geisser	2,405	5,935	,405	5,013	,000	,307
		Huynh-Feldt	2,405	6,000	,401	5,013	,000	,307
		Borne inférieure	2,405	3,000	,802	5,013	,006	,307
	dyspareunies	Hypothèse de sphéricité	1,287	6	,214	2,537	,028	,183
		Greenhouse-Geisser	1,287	5,823	,221	2,537	,030	,183
		Huynh-Feldt	1,287	6,000	,214	2,537	,028	,183
		Borne inférieure	1,287	3,000	,429	2,537	,073	,183
	dysfonctionnementssexuels	Hypothèse de sphéricité	,303	6	,050	,833	,549	,068
		Greenhouse-Geisser	,303	4,436	,068	,833	,521	,068
		Huynh-Feldt	,303	4,999	,061	,833	,532	,068
		Borne inférieure	,303	3,000	,101	,833	,485	,068

Tableau n° 46 : Effet du temps, et du mode d'accouchement associé au temps, sur la douleur, la dyspareunie et les dysfonctionnements sexuels

Après vérification des conditions, nous avons noté que la condition de sphéricité est ici respectée pour les variables douleurs et dyspareunies, alors que pour la variable dysfonctionnement sexuel il est nécessaire de s'appuyer sur la correction de Huynh-Feldt car $\epsilon > 0.75$. Tout d'abord, nous pouvons remarquer que le temps induit une variation au niveau des trois variables étudiées. Autrement dit, les douleurs, les dyspareunies et les dysfonctionnements sexuels varient en fonction du temps au cours de l'année suivant l'accouchement. La diminution de l'incidence de ces symptômes au cours du temps est une interprétation possible. Ensuite, nous pouvons remarquer que le mode d'accouchement a un impact durable sur la présence de douleurs ($F=5.013$ et $p . 000$). Cette information signifie qu'une différence durable est induite par le mode d'accouchement sur le ressenti douloureux. Il sera donc nécessaire de préciser cette information pour découvrir si l'épisiotomie est spécifiquement concernée. De même, nous pouvons remarquer que le mode d'accouchement a également un impact durable sur la présence de dyspareunies du post-partum ($F=2.537$ $p . 028$). A l'instar de la variable dépendante douleur, nous préciserons également le rôle potentiel et spécifique de la modalité épisiotomie sur ce point.

Enfin, nous pouvons remarquer que la variable mode d'accouchement n'a pas d'effet durable sur la présence de dysfonctionnements sexuels. Cette affirmation nous permet de répondre à l'hypothèse H3c1. Effectivement, si le mode d'accouchement n'a pas d'effet durable sur les dysfonctionnements sexuels, alors nous pouvons considérer que **H3c1 est rejetée**. **L'épisiotomie n'induit donc pas l'apparition de dysfonctionnements sexuels durablement ressentis au cours de l'année suivant l'accouchement.**

1.3.5. Comparaison des moyennes obtenus à l'ANOVA à mesure répétée

Afin de pouvoir préciser les informations obtenues par le biais de l'ANOVA à mesure répétée, nous avons réalisé un test de Bonferroni permettant une comparaison des moyennes deux à deux. Son utilité est de montrer l'influence durable de chaque modalité de la variable "mode d'accouchement" (épisiotomie, déchirure, césarienne, voie basse simple) sur nos variables dépendantes significatives étudiées ("douleurs" et "dyspareunie"). Ces informations sont donc disponibles dans le tableau suivant :

Comparaisons multiples :

Bonferroni

Mesure	(I) Mode d'accouchement	(J) Mode d'accouchement	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Signification
douleurs	VBS	Déchirure	-,26	,104	,103
		Episiotomie	-,26	,093	,050
		Césarienne	-,13	,122	1,000
	Déchirure	VBS	,26	,104	,103
		Episiotomie	,00	,093	1,000
		Césarienne	,13	,122	1,000
	Episiotomie	VBS	,26	,093	,050
		Déchirure	,00	,093	1,000
		Césarienne	,13	,113	1,000
	Césarienne	VBS	,13	,122	1,000
		Déchirure	-,13	,122	1,000
		Episiotomie	-,13	,113	1,000
dyspareunies	VBS	Déchirure	-,26	,130	,326
		Episiotomie	-,31	,116	,069
		Césarienne	-,27	,154	,553
	Déchirure	VBS	,26	,130	,326
		Episiotomie	-,05	,116	1,000
		Césarienne	-,01	,154	1,000
	Episiotomie	VBS	,31	,116	,069
		Déchirure	,05	,116	1,000
		Césarienne	,04	,142	1,000
	Césarienne	VBS	,27	,154	,553
		Déchirure	,01	,154	1,000
		Episiotomie	-,04	,142	1,000
dysfonctionnementssexuels	VBS	Déchirure	,07	,161	1,000
		Episiotomie	-,10	,144	1,000
		Césarienne	-,25	,190	1,000
	Déchirure	VBS	-,07	,161	1,000
		Episiotomie	-,17	,144	1,000
		Césarienne	-,33	,190	,572
	Episiotomie	VBS	,10	,144	1,000
		Déchirure	,17	,144	1,000
		Césarienne	-,16	,176	1,000
	Césarienne	VBS	,25	,190	1,000
		Déchirure	,33	,190	,572
		Episiotomie	,16	,176	1,000

Tableau n° 47 : Effets comparés des modalités de la variable mode d'accouchement sur la douleur et la dyspareunie.

Le test de comparaisons multiples nous permet d'explorer plus finement l'effet du mode d'accouchement en fonction de chacune de ses modalités. Ainsi, nous pouvons remarquer que comparées aux naissances du groupe VBS, l'épisiotomie induit significativement plus de douleurs sur la période d'un an suivant l'accouchement ($p .05$). **Nous pouvons donc valider l'hypothèse H3a1. Autrement dit, comparé à la survenue d'une déchirure ou encore d'une césarienne, l'épisiotomie est le seul mode d'accouchement retenu comme induisant significativement et de manière durable plus de douleur par rapport à une naissance par voie basse et ce, sur l'année suivant l'accouchement.**

Deuxièmement, nous pouvons remarquer que comparé aux naissances du groupe VBS (dans lequel il n'y avait aucun symptôme dyspareunique de relevé), l'épisiotomie a tendance à induire durablement plus de dyspareunie que l'ensemble des autres modalités d'accouchement (déchirure, césarienne) et ce, sur l'année suivant la naissance de l'enfant. Il s'agit ici d'une tendance à la significativité très élevée car sa valeur est de $p .069$. **Comme ce taux n'est pas significatif, nous ne devons pas considérer l'hypothèse H3b1 comme validée. Toutefois, nous pouvons considérer que comparé à la survenue d'une césarienne ou d'une déchirure équivalente, l'épisiotomie engendre plus de dyspareunie dont l'effet est observable sur l'ensemble de l'année suivant l'accouchement et ce, en rappelant que dans notre étude cet effet n'est pas spécifiquement significatif.**

Aussi, après avoir appréhendé l'effet induit par l'association de la variable temps et la variable épisiotomie, il nous est encore nécessaire d'appréhender la présence d'éventuels effets spécifiques à une période d'évaluation spécifique (T_1 , T_2 et T_3) pour ce faire, nous avons utilisé une analyse multivariée simple. Ce procédé a ensuite été réalisé en présence de plusieurs facteurs supplémentaires.

1.3.6. Analyse transversale multivariée concernant l'effet du mode d'accouchement sur la douleur, la dyspareunie et les dysfonctionnements sexuels.

Dans cette partie, nous présentons la réalisation d'une analyse multivariée étudiant uniquement l'impact du facteur "*mode d'accouchement*" (VI) sur la présence conjointe de la "*douleur*", la "*dyspareunie*" ou encore le "*dysfonctionnement sexuel*" (VD). En rappelant qu'il n'existait pas de différence initiale entre les sous-groupes, chaque temps d'étude a été sectionné de manière à ne pas évaluer de co-influences aberrantes (ex : l'influence de la présence de douleur 3 mois après l'accouchement sur la présence de dyspareunies 9 mois après l'accouchement). Nous présentons donc les résultats obtenus en trois temps spécifiques :

Les données obtenues 3 mois après l'accouchement se situent dans le tableau suivant :

Tests des effets intersujets

Source	Variable dépendante	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification
modeacc	Douleur 0-3 mois	3,458	3	1,153	6,749	,001
	Dyspareunie 0-3 mois	2,076	3	,692	3,291	,032
	Dysfonctionnement sexuel 0-3 mois	,726	3	,242	1,117	,355

Tableau n° 48 : Effets du mode d'accouchement 3 mois après l'accouchement sur la douleur, la dyspareunie et les dysfonction sexuelles

Comme nous pouvons le remarquer, notre analyse transversale nous permet de remarquer que **le mode d'accouchement a un effet significatif sur la présence de douleurs (F=6.749 et p. .001)** 3 mois après la naissance de l'enfant. De même, **le mode d'accouchement est également retenu comme une variable déterminante de l'apparition des dyspareunies 3 mois après l'accouchement (F=3.291 et p .032)**. En revanche, il n'est pas retenu comme une variable déterminante de la présence de dysfonctionnements sexuels.

En conséquence, comme le mode d'accouchement n'est pas retenu comme une variable ayant un effet sur la présence de dysfonctionnements trois mois après l'accouchement, **nous pouvons donc rejeter H3c2 et préciser que l'épisiotomie n'entraîne pas préférentiellement l'apparition de dysfonctionnements sexuels 3 mois après l'accouchement.**

En revanche, il nous est encore nécessaire d'évaluer l'éventuel impact de l'épisiotomie sur les douleurs et la dyspareunie 3 mois après l'accouchement. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur le test de Bonferroni :

Comparaisons multiples :

Bonferroni

Variable dépendante	(I) Mode d'accouchement	(J) Mode d'accouchement	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95 %	
						Borne inférieure	Borne supérieure
Douleur 0-3 mois	VBS	Déchirure	-.78	,195	,002	-1,32	-,23
		Episiotomie	-.64	,172	,004	-1,12	-,16
		Césarienne	-.29	,231	1,000	-,93	,36
	Déchirure	VBS	,78	,195	,002	,23	1,32
		Episiotomie	,14	,172	1,000	-,34	,62
		Césarienne	,49	,231	,247	-,16	1,13
	Episiotomie	VBS	,64	,172	,004	,16	1,12
		Déchirure	-,14	,172	1,000	-,62	,34
		Césarienne	,35	,212	,644	-,24	,94
	Césarienne	VBS	,29	,231	1,000	-,36	,93
		Déchirure	-,49	,231	,247	-1,13	,16
		Episiotomie	-,35	,212	,644	-,94	,24
Dyspareunie 0-3 mois	VBS	Déchirure	-.56	,216	,088	-1,16	,05
		Episiotomie	-.56	,191	,034	-1,10	-,03
		Césarienne	-.40	,256	,761	-1,12	,32
	Déchirure	VBS	,56	,216	,088	-,05	1,16
		Episiotomie	-.01	,191	1,000	-,54	,53
		Césarienne	,16	,256	1,000	-,56	,87
	Episiotomie	VBS	,56	,191	,034	,03	1,10
		Déchirure	,01	,191	1,000	-,53	,54
		Césarienne	,16	,235	1,000	-,49	,82
	Césarienne	VBS	,40	,256	,761	-,32	1,12
		Déchirure	-,16	,256	1,000	-,87	,56
		Episiotomie	-,16	,235	1,000	-,82	,49

Tableau n° 49 : Comparaison des effets des modalités du mode d'accouchement 3 mois après la naissance

L'ensemble des données obtenues nous montre tout d'abord que, comparée aux naissances par voie basse simples, la survenue d'une épisiotomie ($p .004$) ou d'une déchirure ($p .002$) entraîne plus de douleur 3 mois après l'accouchement. Ces résultats très significatifs montrent bien ici la prévalence du lien unissant ces deux modes d'accouchement au vécu douloureux. Cet aspect n'est d'ailleurs pas retrouvé en cas de césarienne.

En conséquence, nous pouvons répondre partiellement à notre hypothèse de travail en considérant que **H3a2 est validée partiellement. L'épisiotomie entraîne effectivement préférentiellement l'apparition d'un vécu douloureux 3 mois après l'accouchement. Toutefois cette conséquence est tout aussi importante en cas de déchirure.**

Concernant l'apparition de dyspareunie, nous pouvons remarquer que l'épisiotomie est le seul mode d'accouchement induisant préférentiellement l'apparition de dyspareunies 3 mois après l'accouchement¹¹⁹ ($p .034$). Cela, lorsqu'il est comparé aux naissances par voie basse simple. **Nous pouvons donc valider l'hypothèse H3b2. Autrement dit, nous pouvons considérer que l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de dyspareunies 3 mois après l'accouchement.**

Nous pouvons maintenant aborder l'effet du mode d'accouchement 9 mois après la naissance de l'enfant :

Tests des effets intersujets

Source	Variable dépendante	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification
modeacc	Douleur 3-9 mois	,075	3	,025	,170	,916
	Dyspareunie 3-9 mois	,627	3	,209	1,249	,307
	Dysfonctionnement sexuel 3-9 mois	,291	3	,097	,501	,684

Tableau n° 50 : Effets du mode d'accouchement 9 mois après l'accouchement sur la douleur, la dyspareunie et les dysfonctions sexuelles

Comme nous pouvons le constater, le mode d'accouchement n'est pas retenu comme une variable ayant une influence significative sur la présence de douleurs, de dyspareunies ou encore de dysfonctionnements sexuels 9 mois après l'accouchement.

Comme le mode d'accouchement n'est pas une variable influant à 9 mois le vécu douloureux, la présence de dyspareunie ou encore, la présence de dysfonctionnements sexuels, nous pouvons nous positionner au sujet de nos hypothèses de travail. **Ainsi, les hypothèses**

¹¹⁹ Une tendance à la significativité est toutefois observable pour la modalité déchirure.

H3a3, H3b3 et H3c3 sont toutes trois rejetées. En d'autres termes, l'épisiotomie (ni aucun autre mode d'accouchement) n'est pas préférentiellement liée à la maintenance ou la survenue de douleurs, de dyspareunies ou encore de dysfonctionnements sexuels 9 mois après l'accouchement.

Nous pouvons enfin aborder l'effet du mode d'accouchement sur nos trois variables dépendantes un an après l'accouchement :

Tests des effets intersujets

Source	Variable dépendante	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification
modeacc	Douleur 9m-1 an	,000	3	,000	.	.
	Dyspareunie 9m-1 an	,174	3	,058	2,461	,079
	Dysfonctionnement sexuel 9m-1 an	,630	3	,210	3,346	,030

Tableau n° 51 : Effets du mode d'accouchement 1 an après l'accouchement sur la douleur, la dyspareunie et les dysfonctions sexuelles

La lecture du tableau nous montre tout d'abord l'absence de variance de la variable douleur correspondant au fait que plus aucune femme ne ressentait de douleurs périnéales 1 an après l'accouchement.

Nous pouvons donc de fait rejeter l'hypothèse H3a4. L'épisiotomie n'entraîne préférentiellement pas l'apparition de douleurs 1 an après l'accouchement.

En revanche, nous pouvons remarquer que le mode d'accouchement induit potentiellement l'apparition de dyspareunies. Néanmoins, il ne s'agit ici que d'une tendance à la significativité (p. 079). Nous ne pouvons donc pas retenir cette variable. Il serait alors utile de pouvoir étudier cette variable dans un contexte populationnel plus large afin de requestionner la significativité de cette tendance observée. Par ailleurs, la variabilité intergroupes étudiée au test de Bonferroni n'étant pas probante, nous pouvons nous positionner sur l'hypothèse H3b4. Le mode d'accouchement n'induisant pas significativement de variations au niveau de la présence de dyspareunies 1 an après la naissance de l'enfant, **nous pouvons rejeter H3b4. De fait, nous pouvons considérer que l'épisiotomie n'entraîne préférentiellement pas l'apparition de dyspareunies 1an après l'accouchement.**

Enfin, nous pouvons remarquer que le mode d'accouchement a une influence sur la persistance de dysfonctionnements sexuels un an après l'accouchement (F=3.346 et p .030).

Face à ce constat, nous avons réalisé un test de Bonferroni pour vérifier l'influence potentielle de l'épisiotomie sur la présence de dysfonctionnements sexuels un an après l'accouchement :

Comparaisons multiples :

Bonferroni

Variable dépendante	(I) Mode d'accouchement	(J) Mode d'accouchement	Différence moyenné (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95 %	
						Borne inférieure	Borne supérieure
Dysfonctionnement sexuel 9m-1 an	VBS	Déchirure	,00	,118	1,000	-,33	,33
		Épisiotomie	-,07	,106	1,000	-,36	,23
		Césarienne	-,40	,140	,043	-,79	-,01
	Déchirure	VBS	,00	,118	1,000	-,33	,33
		Épisiotomie	-,07	,106	1,000	-,36	,23
		Césarienne	-,40	,140	,043	-,79	-,01
	Épisiotomie	VBS	,07	,106	1,000	-,23	,36
		Déchirure	,07	,106	1,000	-,23	,36
		Césarienne	-,33	,129	,087	-,70	,03
	Césarienne	VBS	,40	,140	,043	,01	,79
		Déchirure	,40	,140	,043	,01	,79
		Épisiotomie	,33	,129	,087	-,03	,70

Tableau n° 52 : Comparaison des effets des modalités du mode d'accouchement 1 an après la naissance

La lecture de ce tableau nous enseigne que dans le cas de notre étude, les femmes qui avaient eu une naissance par voie basse simple ($p .043$) ou une déchirure ($p .043$) ont été les moins concernées par la présence de dysfonctionnements sexuels 1 an après l'accouchement. Ce constat semble similaire pour les femmes ayant reçu une épisiotomie malgré une simple tendance à la significativité ($p .087$). Autrement dit, l'opération césarienne, lorsqu'elle est comparée aux autres modes d'accouchement, est significativement liée avec une présence plus importante de dysfonctionnements sexuels 1 an après l'accouchement. A notre sens, ce constat semble lié aux vécus des femmes ayant vécu une césarienne non programmée et pour qui l'expérience de l'accouchement a été vécue comme un traumatisme induisant alors de nombreux effets délétères à long terme.

L'ensemble de ces informations nous permet toutefois de nous positionner concernant l'hypothèse H3c4. Au vu des informations que nous avons présentées, **H3c4 est rejetée. L'épisiotomie n'entraîne préférentiellement pas l'apparition de dysfonctionnements sexuels un an après l'accouchement.**

1.3.7. Analyse multivariée et multifactorielle de H3 :

Afin d'affiner les résultats obtenus lors de l'analyse multivariée simple, nous avons ajouté des variables supplémentaires à notre modèle statistique. Cela, afin d'approcher au mieux les conditions réelles dans lesquelles se déroule l'expérience du sujet. Pour ce faire, nous avons inclus 4 variables supplémentaires potentiellement impliquées dans les variations de nos trois variables dépendantes. Cette sélection s'est à la fois faite à partir de l'intuition clinique du chercheur mais aussi à partir des données courantes de la littérature sur ce point. Les variables supplémentaires sélectionnées sont : "*antécédent de viol*" (codée en oui/non) ; "*présence d'affects dépressifs*" (codée en oui/non) ; "*activité sexuelle vécue comme satisfaisante*" (codée en oui/non) et "*incontinence*" (codée en oui/non). L'ensemble des données ayant été saisies, nous obtenons le tableau présent à la page suivante (tableau n° 53) :

Liste variables	Douleur			Dyspareunie			Dysfonctionnements sexuels		
	0-3 mois	3-9mois	9m-1an	0-3mois	3-9mois	9m-1an	0-3mois	3-9mois	9m-1an
Mode d'accouchement	Significatif F=4.23 p .014 d=.320	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	Significatif F=7.74 p .022 d=. 286
Viol	Tendance à la significativité F=2.97 p .096	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Traumatisme passé	NS	NS	-	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Expression traumatique liée à l'accouchement	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Allaitement	NS	NS	-	NS	Significatif F=9.17 p .005 d= .254	NS	Tendance à la significativité F=3.29 p .081	NS	NS
Affects dépressifs	NS	NS	-	NS	NS	NS	NS	Significatif F=6.86 p .014 d=.203	NS
Stress et anxiété	NS	NS	-	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Activité sexuelle	NS	Significatif F=7.3 p .012 d= .213	-	NS	Significatif F=7.47 p.011 d=.217	-	Significatif F=12.9 p.001 d=.324	Significatif F=5.62 p.025 d= .173	-
Incontinence	NS	-	-	Significatif F=5.62 p.033 d= .157	-	-	Significatif F=8.72 p.006 d= .244	-	-

Tableau n° **xx** : Analyse multivariée des facteurs influençant l'apparition de douleurs, dyspareunie ou dysfonctionnements sexuels en suite de couche

Tout d'abord, la lecture de ce tableau nous enseigne qu'en ajoutant de nombreux facteurs supplémentaires le mode d'accouchement est toujours perçu comme une variable influençant significativement la survenue de douleurs ($F=4.23$ $p .014$ $d=.320$). **L'analyse multivariée incluant l'incidence d'autres facteurs corrélés nous permet de valider à nouveau l'hypothèse H3a2. L'épisiotomie comme la survenue d'une déchirure entraîne donc préférentiellement l'apparition de douleurs 3 mois après l'accouchement comparé aux naissances par voie basse.**

L'influence du mode d'accouchement (et notamment de l'épisiotomie) sur la survenue d'une dyspareunie n'apparaît plus ici comme une variable significative. Il nous semble nécessaire de préciser que la faiblesse de notre échantillon est vraisemblablement à l'origine de cet effet. Nous ne considérons en revanche pas que l'observation effectuée est invalidée par cette analyse. Effectivement, l'analyse réalisée ici implique de nombreux facteurs ce qui complexifie le modèle d'étude et augmente exponentiellement la possibilité d'exclure des variables significatives. Nous n'excluons donc pas la validité de H3b2.

Ensuite, nous pouvons remarquer qu'un an après la naissance de l'enfant, le mode d'accouchement est toujours considéré comme une variable influençant significativement l'apparition ou la maintenance de dysfonctionnement sexuels ($F=7.74$ $p .022$ $d=.286$). L'impact délétère de l'opération césarienne sur certaines femmes ayant engendré des troubles psychiques sur le long terme a probablement été perçu par le modèle statistique.

Parmi les autres variables significatives nous pouvons tout d'abord relever le fait que 3 mois après l'accouchement l'incontinence a une influence significative sur la variable dyspareunie ($F=5.62$ $p.033$ $d=.157$), mais aussi sur la variable dysfonctionnements sexuels ($F=8.72$ $p.006$ $d=.244$). Il est alors probable que ces symptômes soient relativement corrélés entre eux dans certaines situations où le périnée aurait pu être impacté par l'accouchement.

Enfin, nous pouvons remarquer d'un point de vue global que l'activité sexuelle est quant à elle influencée 9 mois après l'accouchement par la présence de dyspareunies ($F=7.47$ $p.011$ $d=.217$), par la présence de douleurs ($F=7.3$ $p .012$ $d=.213$) ou encore celle des dysfonctionnements sexuels ($F=5.62$ $p.025$ $d=.173$). Cela nous permet de rappeler que la sexualité des femmes ayant une dyspareunie ou un dysfonctionnement sexuel est impactée par ces troubles. A notre sens, la présence de ces corrélations souligne la congruence clinique des observations statistiques que nous avons réalisées. Outre leur pertinence la présentation de ces

données permet d'apporter une certaine validité externe aux résultats apportés par notre étude sur les conséquences sexuelles et physiques de l'épisiotomie.

1.3.8. Conclusions générales de l'hypothèse H3 :

✓ Résumé des résultats obtenus à l'analyse de l'hypothèse n°3

Le processus d'analyse que nous avons réalisé s'est appuyé sur un processus continu engendrant une succession d'analyses imbriquées. Tout d'abord, pour chaque mode d'accouchement nous avons comparé les dates moyennes de reprise de la sexualité. Cette entreprise nous a permis de montrer que les femmes ayant eu une épisiotomie sont celles reprenant plus tardivement la sexualité (environ aux alentours de 9 semaines). Cela, alors que les femmes ayant eu un périnée intact ou pseudo-intact ont repris en général la sexualité environ 5 semaines après l'accouchement. De même, celles ayant eu une déchirure d'une incidence équivalente à l'épisiotomie reprenaient la sexualité 6 semaines après l'accouchement. L'évaluation de la différence intergroupe n'a pas considéré cette différence comme significative. Toutefois, il est possible que l'inclusion de l'opération césarienne (reprenant la sexualité 8 semaines après l'accouchement) et notre faible taille d'échantillon ait eu une influence. Considérant toutefois l'écart important existant avec les autres sous-groupes ayant accouché par voie basse, nous pensons toutefois pouvoir proposer deux affirmations subsidiaires à notre étude :

- ✓ **L'épisiotomie entraîne une reprise plus tardive de la sexualité comparée aux autres mode d'accouchement.**
- ✓ **A degré d'incidence égale, l'épisiotomie entraîne une reprise de la sexualité plus tardive que la survenue d'une déchirure.**

Nous nous sommes donc interrogé sur les éventuels facteurs ayant pu provoquer une telle différence. Pour ce faire, nous avons procédé à l'analyse de H3 et nous avons réalisé un commentaire des données descriptives obtenues montrant l'évolution des variables "*douleur*", "*dyspareunie*" et "*dysfonctionnement sexuel*". Concernant la variable douleur, nous avons pu constater que 3 mois après l'accouchement il existe une grande disparité entre les différents mode d'accouchement. Ainsi, les femmes ayant eu une déchirure ou une épisiotomie semblent être celles ayant le plus expérimenté de douleur. Cette disparité semblait toutefois s'estomper à 9 mois et 1 an. Ces deux périodes sont par ailleurs toutes deux marquées par une forte diminution de l'incidence du vécu douloureux. L'analyse descriptive nous a également permis

de mettre en évidence une grande homogénéité des résultats concernant le vécu dyspareuniqué. Une différence notable a toutefois été observée 3 mois après l'accouchement. A cette période les femmes ayant gardé un périnée intact ou pseudo-intact suite à leur accouchement semblaient se différencier des trois autres sous-groupes en étant très peu concernées par la dyspareunie. Enfin, une certaine disparité des données concernant la variable "dysfonctionnement sexuel" a été observée ; en dépit d'une diminution de son incidence au cours du temps. Nous avons toutefois noté que 3 mois après l'accouchement les femmes ayant accouché par césarienne ou à l'aide d'une épisiotomie semblaient expérimenter plus de dysfonctionnements sexuels que les femmes ayant eu une déchirure ou un périnée intact ou pseudo-intact. Ces tendances ont ensuite été évaluées statistiquement afin de vérifier leur significativité.

L'ANOVA à mesure répétée nous a permis d'évaluer d'une part l'impact de la variable temps et d'autre part l'impact de la variable temps associée conjointement à la variable mode d'accouchement. Ces deux modalités d'étude ont été appliquées sur le vécu douloureux, la présence de dyspareunie et la présence de dysfonctionnements sexuels. Tout d'abord, nous avons montré que le mode d'accouchement n'influait pas durablement la survenue de dysfonctionnements sexuels au cours de l'année. Ce faisant nous avons pu rejeter H3c1 en précisant que l'épisiotomie n'a pas d'effet durable sur la présence de dysfonctionnements sexuels. En revanche, nous avons pu montrer que le mode d'accouchement avait un impact durable sur la survenue de douleurs mais aussi de dyspareunies. En approfondissant ces différences comparatives par le biais du test de Bonferroni nous avons pu révéler que comparée à la survenue d'une déchirure ou d'une césarienne, l'épisiotomie entraîne plus de douleur lorsqu'elle est comparée à une naissance par voie basse dite "simple". Nous avons donc validé l'hypothèse H3a1. En revanche nous n'avons pas pu valider H3b1. Cela, malgré une forte tendance à la significativité montrant que l'épisiotomie induisait préférentiellement l'apparition de dyspareunies au cours de l'année suivant l'accouchement et ce, lorsqu'elle est comparée à une naissance par voie basse simple.

Ensuite, nous avons étudié la variable mode d'accouchement de manière transversale. Au cours de cette analyse, nous avons divisé chaque temps d'étude en fonction des temps d'évaluation. Ainsi 3 mois après l'accouchement, nous avons pu remarquer que le mode d'accouchement avait une influence sur la survenue de douleurs mais aussi de dyspareunies. En revanche, il n'avait pas d'influence sur la présence de dysfonctionnements sexuels. Aussi, nous avons rejeté H3c2 en considérant que l'épisiotomie n'avait pas d'influence spécifique sur la survenue de dysfonctionnements sexuels. En revanche, concernant les douleurs, la comparaison

des moyennes nous a permis de montrer qu'une épisiotomie ou une déchirure équivalente entraînait plus de douleur qu'une naissance avec un périnée intact ou pseudo-intact. Cette propension était égale entre ces deux modes d'accouchement. Nous avons donc de fait validé H3a2. Cette hypothèse a par ailleurs été confirmée par notre modèle intégrant plusieurs facteurs supplémentaires confirmant sa robustesse et sa très forte significativité. Le même procédé a ensuite été réalisé pour les dyspareunies. Comparé aux naissances avec déchirure ou césarienne, seule l'épisiotomie était considérée comme une variable ayant une influence significative sur le taux de dyspareunie et ce, lorsque son incidence était comparée à celles survenant en cas de naissance par voie basse dite "simple". Nous avons donc validé H3b2. Sa significativité n'a en revanche pas été relevé à l'analyse multifactorielle. La finesse de ce modèle et notre petit échantillon nous a toutefois conduit à maintenir H3b2 comme validée en rappelant la nécessité de reproduire ce type d'étude à plus grande échelle.

L'étude que nous avons réalisée a permis ensuite de remarquer que le mode d'accouchement n'avait pas d'impact significatif sur la présence de douleur dyspareunies et dysfonctionnements sexuels 9 mois après la naissance. Nous avons alors rejeté H3a3, H3b3 et H3c3 considérant alors que l'épisiotomie n'avait pas d'impact spécifique sur la survenue de douleurs, dyspareunies et dysfonctionnements sexuels 9 mois après l'accouchement.

Enfin, nous avons remarqué qu'un an après la naissance de l'enfant seuls les dysfonctionnements sexuels semblent être influencés par le mode d'accouchement. Nous avons premièrement rejeté H3a4 et H3b4 en considérant que l'épisiotomie n'avait pas d'impact préférentiel sur la persistance de douleurs ou de dyspareunies un an après l'accouchement. Pour finir, l'analyse complémentaire de comparaison de moyennes a finalement permis de mettre en évidence l'important effet de l'opération césarienne sur la persistance des dysfonctionnements sexuels un an après l'accouchement. L'épisiotomie n'étant pas concernée nous avons pu rejeter H3c4 et considérer que l'épisiotomie n'entraînait pas préférentiellement la persistance de dysfonctionnements sexuels un an après l'accouchement.

Nous avons enfin terminé notre analyse en isolant des facteurs complémentaires potentiellement corrélés avec la présence de douleurs, dyspareunies et dysfonctionnements sexuels. Parmi les principaux facteurs significatifs relevés, nous avons alors pu remarquer que l'incontinence était fortement corrélée à la présence de dyspareunies et dysfonctionnements sexuels. De même, l'activité sexuelle des femmes en suite de couche était significativement corrélée à la présence de dyspareunies et dysfonctionnement sexuels. Outre leur intérêt clinique,

la présence de ces corrélations significatives nous a permis de questionner positivement la validité externe de notre modèle statistique.

Au travers de l'ensemble de cette analyse nous avons donc pu nous positionner vis-à-vis de l'ensemble de nos hypothèses de travail. Nous allons synthétiquement reprendre chacune d'entre-elles en les catégorisant par hypothèse théorique:

Hypothèse n°3 : Épisiotomie et douleur

H3a1 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie, engendrerait préférentiellement l'apparition de douleurs durablement ressenties au cours de l'année suivant l'accouchement.

L'hypothèse est validée. Lorsqu'elle est comparée à une naissance laissant le périnée intact ou pseudo-intact, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de douleurs au cours de l'année suivant l'accouchement.

H3a2 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie, engendrerait préférentiellement l'apparition de douleurs 3 mois après l'accouchement.

L'hypothèse est partiellement validée. L'épisiotomie comme la survenue d'une déchirure d'incidence équivalente entraîne préférentiellement l'apparition de douleurs 3 mois après l'accouchement.

H3a3 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie, engendrerait préférentiellement l'apparition de douleurs 9 mois après l'accouchement.

L'hypothèse est rejetée.

H3a4 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie, engendrerait préférentiellement l'apparition de douleurs 1 an après l'accouchement.

L'hypothèse est rejetée.

Face à ce constat nous pouvons donc nous positionner sur l'hypothèse H3a :

H3a : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie, engendrerait préférentiellement l'apparition de douleurs au cours de l'année suivant l'accouchement.

L'hypothèse H3 est validée partiellement. L'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de douleurs en suite de couche. Toutefois, la prévalence des douleurs ressenties semble s'exprimer majoritairement au cours du post-partum immédiat et notamment 3 mois après l'accouchement.

Concernant l'hypothèse portant sur la dyspareunie :

H3b1 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dyspareunies durablement ressenties au cours de l'année suivant l'accouchement.

Malgré une forte tendance à la significativité, l'hypothèse H3b1 est rejetée.

H3b2 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dyspareunies 3 mois après l'accouchement.

L'hypothèse est validée. L'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de dyspareunies trois mois après l'accouchement comparé aux autres modes d'accouchement et ce, lorsqu'elle est comparée aux naissances par voie basse.

H3b3 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dyspareunies 9 mois après l'accouchement.

L'hypothèse est rejetée.

H3b4 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dyspareunies 1 an après l'accouchement.

L'hypothèse est rejetée.

Nous pouvons en conséquence nous positionner concernant H3b :

H3b : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dyspareunies au cours de l'année suivant l'accouchement.

L'hypothèse H3b est partiellement validée. L'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de dyspareunie mais cette tendance ne s'observe uniquement que trois mois après l'accouchement.

Concernant l'hypothèse portant sur les dysfonctionnements sexuels :

H3c1 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dysfonctionnements sexuels durablement ressentis au cours de l'année suivant l'accouchement.

H3c2 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dysfonctionnements sexuels 3 mois après l'accouchement.

H3c3 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dysfonctionnements sexuels 9 mois après l'accouchement.

H3c4 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dysfonctionnements sexuels 1 an après l'accouchement.

Toutes ces hypothèses sont rejetées. Nous pouvons dès lors nous positionner concernant l'hypothèse théorique H3c :

H3c : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie engendrerait préférentiellement l'apparition de dysfonctionnements sexuels au cours de l'année suivant l'accouchement.

L'hypothèse H3c est rejetée. L'épisiotomie n'entraîne pas préférentiellement l'apparition de dysfonctionnements sexuels au cours de l'année suivant l'accouchement.

✓ Interprétation des résultats obtenus à H3

L'étude de l'hypothèse H3 a montré que l'épisiotomie avait tendance à induire l'apparition de douleurs au cours du post-partum et surtout, que cette tendance s'exprimait particulièrement 3 mois après l'accouchement. De même, nous avons montré que l'épisiotomie engendrait préférentiellement l'apparition de dyspareunies 3 mois après l'accouchement. En revanche, l'épisiotomie n'engendrait pas spécifiquement l'apparition de dysfonctionnements sexuels au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.

A la lecture de ces résultats, nous pouvons remarquer que les tendances observées semblent en accord avec celles esquissées par la littérature scientifique. Tout d'abord, ces résultats nous permettent de préciser que la présence de douleurs au niveau du plancher pelvien entraîne l'apparition de nombreuses difficultés quotidiennes pour les femmes :

« La douleur d'épissio ... ouais ... je me sentais mal ... j'avais très mal et je voulais pas aller aux toilettes vu que ça faisait mal après » (Camomille, 3 mois après l'accouchement).

« Voilà t'es dans ta bulle euh tout va bien. Et après elles te mettent en chambre, donc tu dois descendre de la table. Et te mettre dans le fauteuil. Et tu découvres à quel point c'est difficile de se mouvoir avec des points à cet endroit-là » (Pivoine, 3 mois après l'accouchement).

Beaucoup de ces difficultés entravent par ailleurs les femmes dans la réalisation des actes quotidiens :

« En tout cas moi c'était plus comme des pics mais euh après. Jusqu'à à peu près 2 mois. A deux mois j'étais bien. Je sais qu'après l'accouchement je n'ai pas pu marcher pendant au moins une bonne quinzaine de jours » (Jasmin, 3 mois après l'accouchement).

« Ben j'avais un hématome apparemment après la la suture me faisait un petit peu mal mais euh ... mais c'est vrai que c'était gênant pour m'asseoir » (Géranium, 3 mois après l'accouchement).

De même, la présence de douleurs peut créer un climat d'insécurité par rapport au corps, l'apparition d'inquiétudes spécifiques :

« Des fois j'ai encore un petit peu mal à l'approche de mes règles ou ce genre de choses. Ça fait comme un gros tiraillement à l'intérieur mais ça dure peut-être des fois une demi-heure trois quarts d'heure mais on s'habitue à force. La première fois on s'inquiète mais après c'est bon » (Jonquille, 9 mois après l'accouchement) ».

L'entrave entraînée par la sensation de douleur est souvent exprimée à mi-mot. Elle est aussi bien souvent minimisée, surtout dans le cas où cette douleur est caractérisée au niveau de l'intimité (induisant alors la présence d'une dyspareunie) :

« Par rapport à l'épisiotomie. J'ai toujours des douleurs. C'est comme des picotements, une gêne. Ou des fois ça va être comme une vive ... comme si on me piquait vivement. Ça dure juste un tout petit instant » (Anémone, 3 mois après l'accouchement).

« En plus moi j'ai la cicatrice de l'épisis donc forcément c'était pas génial [...] C'est sensible ça été boursoufflé et c'est sensible. [...] C'est un léger picotement c'est vraiment rien mais on le sent quoi » (Pétunia, 3 mois après l'accouchement).

La présence de dyspareunie peut également entraver la reprise de la sexualité :

« On a réessayé quand il est rentré de Pologne. Donc là ça faisait deux mois. Euh c'était toujours euh bah, moins, mais il essayait de rentrer, il rentrait le bout on va dire. Il rentrait à peine et ça me faisait mal. Au début bah je me suis dit c'est peut-être parce que je m'inquiète, que j'ai peur d'avoir mal. Donc on a essayé plusieurs fois et je lui ai dit « bah écoute insiste ». Et au bout d'un moment ça me faisait vraiment trop mal, donc je lui ai dit « non c'est pas la peine ». Et puis même ça me brûlait après alors qu'au final y avait quasiment pas eu pénétration. Et euh, et puis un jour, on a vraiment réessayé et ou voilà euh. On avait mis un préservatif, donc c'était lubrifié euh. Et donc là ça été et effectivement, il faut que ça se crée un peu son passage je pense. Parce que les deux trois premières fois, c'était agréable mais il y avait aussi un petit côté désagréable » (Pivoine, 3 mois après l'accouchement).

De plus, la présence de douleur est tout de même associée à des dysfonctionnements sexuels. Pour rappel ce trouble somatopsychique n'a pas été retenu comme préférentiellement lié à l'utilisation de l'épisiotomie. Néanmoins, il est important de préciser que notre catégorie d'analyse avait associé la présence de trouble du désir, l'anorgasmie etc etc. Seulement, il existe

une difficulté spécifique et conséquente à l'épisiotomie peu commentée par la littérature mais très souvent évoquée dans les entretiens que nous avons menés auprès des femmes rencontrées : la rugosité de la cicatrice et les difficultés de lubrification associées.

« Oui ça manque du coup ... alors je sais pas, je me dis du coup la libido prend une claque, y'a la cicatrice, tout est là finalement pour que ça se passe pas bien et qu'il y ait peut-être pas ces sécrétions là ou que ce soit asséché » (Alyssée, 3 mois après l'accouchement).

« Une douleur. J'avais l'impression que ça s'était limite entièrement refermé et que lui devait se créer son passage. C'était vraiment particulier comme effet je trouve et ... oui ça se sent que ça ne passera pas, que c'est sec euh. Voilà, que ce n'est pas pour tout de suite quoi » (Pivoine, 3 mois après l'accouchement).

« Je vois pas euh ... y a ... y a ... y a un petit changement oui. Même plusieurs je dirais. Physique euh ... un tout petit peu. Mais surtout oui effectivement au niveau de la lubrification c'est pas pareil. C'est ... bah ... de toute façon vous voyez mes lèvres hein ... je suis toute sèche » (Anémone, 3 mois après l'accouchement).

Ainsi, malgré la non significativité de nos hypothèse, une réflexion qualitative portant sur la dynamique des entretiens que nous avons menés montre ici la présence d'une difficulté traversée par une proportion importante de femmes ayant eu une épisiotomie. La présence de ces troubles peut aussi freiner la reprise de la sexualité, créer un climat d'inquiétude portant sur le ressenti du corps et retarder la reprise de l'intimité du couple :

« Alors les trois points ce qui a joué c'est que du coup j'avais peur. [...] Ouais de reprendre contact avec mon intimité, ouais ça m'a fait flipper. Parce que je me suis dit j'étais tellement sensible, j'avais tellement eu mal par rapport à ça que je me suis dit mince comment je vais pouvoir refaire les choses comme elles étaient faites avant » (Tulipe, 3 mois après l'accouchement).

« Hum hum c'est pas tellement l'aspect physique on va dire c'est vraiment la peur déjà la peur d'avoir... la peur que ça me plaise pas et toutes ces choses-là en fait » (Lilas, 3 mois après l'accouchement).

Enfin, il faut également noter que l'expression de ces ressenti est généralement soumise à un processus de refoulement ce qui ne facilite pas sa médiatisation (déjà difficile car la question de l'intime est souvent peu abordée dans la relation soignante).

« Parce que malgré que euh j'en ai un peu chié au début, tout s'est tellement bien déroulé par la suite. La petite allait bien euh voilà. C'est resté dans mes souvenirs. Après c'est vrai qu'il y a des moments que j'ai un peu oublié. Je pense que la douleur, la fatigue fait qu'y a des moments que tu occultes un petit peu. Que [prénom du compagnon] me rappelle, « mais non tu vois ça c'était comme ça » (Pivoine, 9 mois après l'accouchement)

En somme, l'ensemble des aspects que nous avons commenté montre que la prévalence de la douleur comme de la dyspareunie est le témoin de nombreuses autres difficultés peu abordées par les thématiques de recherche. Ces deux symptômes amènent les femmes à questionner le sentiment de compétence maternelle et parfois, ils peuvent entraver la mise en lien avec l'enfant ou encore la reprise de la conjugalité. De même, nous avons montré que l'étude de notre hypothèse portant sur les dysfonctionnements sexuels ne pouvait être uniquement appréhendée sous un angle statistique comparatif. Effectivement, certains dysfonctionnements sexuels semblent être caractéristiques de l'épisiotomie. Il est donc possible que des études plus spécifiques, nourries de ces réflexions qualitatives mettent en évidence la présence de ces dysfonctionnements sexuels et leur impact subjectif.

Sur ce point, nous préconisons la mise en place d'études randomisées pour permettre de faire émerger des réflexions nouvelles et favoriser le discours scientifique portant d'une part sur les conséquences somatopsychiques de l'épisiotomie (douleur) mais surtout sur les conséquences intimes de l'épisiotomie (dyspareunie, troubles de la lubrification, sensation altérées...). Cela, sans négliger leurs effets psychiques. Les éléments apportés par notre étude exploratoire pourraient permettre de favoriser la construction du design de ce type d'étude.

1.4. Analyse de l'hypothèse numéro 4

L'hypothèse numéro 4 porte sur deux dimensions connexes : l'image du corps et l'émergence d'angoisses spécifiquement liées au vécu corporel. Aussi, nous avons divisé notre travail en deux temps distincts. Le premier temps porte spécifiquement sur l'étude de l'image du corps et le second sur la présence d'angoisses liées au vécu corporel.

1.4.1. Hypothèse théorique H4a : Angoisses somatopsychiques et épisiotomie

L'intitulé de l'hypothèse H4b est : **“Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement l'apparition de modification de l'image du corps au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant”**.

Cette hypothèse s'est appuyée sur un processus évaluant à la fois des données provenant des entretiens, mais aussi sur des indicateurs provenant du test de Rorschach. A partir de ces données considérées comme variables dépendantes, nous étudierons l'impact du mode d'accouchement sur la durée, mais aussi de manière transversale. Les deux plans d'étude que nous présentons sont : (mode)*(temps)*(variable dépendante étudiée) et (mode)*(variable dépendante évaluée à un instant “t” spécifique). Ces précisions nous permettent d'aborder l'analyse descriptive de nos données.

✓ Analyse descriptive de H4a

Les données descriptives que nous présentons ne proviennent que de la dynamique des entretiens que nous avons mené. Effectivement, les données du Rorschach nécessitent d'être appréhendées de manière associées. Elles ne peuvent donc pas être traitées de facto sans une réflexion qualitative supplémentaire. De plus, le test de Rorschach ayant été réalisé en test-retest, il ne peut pas être étudié en fonction de cette dynamique spécifique. Nous ne l'avons donc pas commenté au sein de cette partie.

Aussi, seules les données obtenues à l'item “*angoisse liées au conséquences de l'accouchement*” (ALCA). Cette variable est aussi appelée dans notre présentation ALCMA : angoisse liées au conséquences du mode d'accouchement. Nous présentons donc l'évolution des résultats obtenus à $T_1 \rightarrow 1$, $T_2 \rightarrow 2$ et $T_3 \rightarrow 3$ au sein d'une représentation graphique disponible page suivante et permettant d'appréhender nos données descriptives de manière figurée :

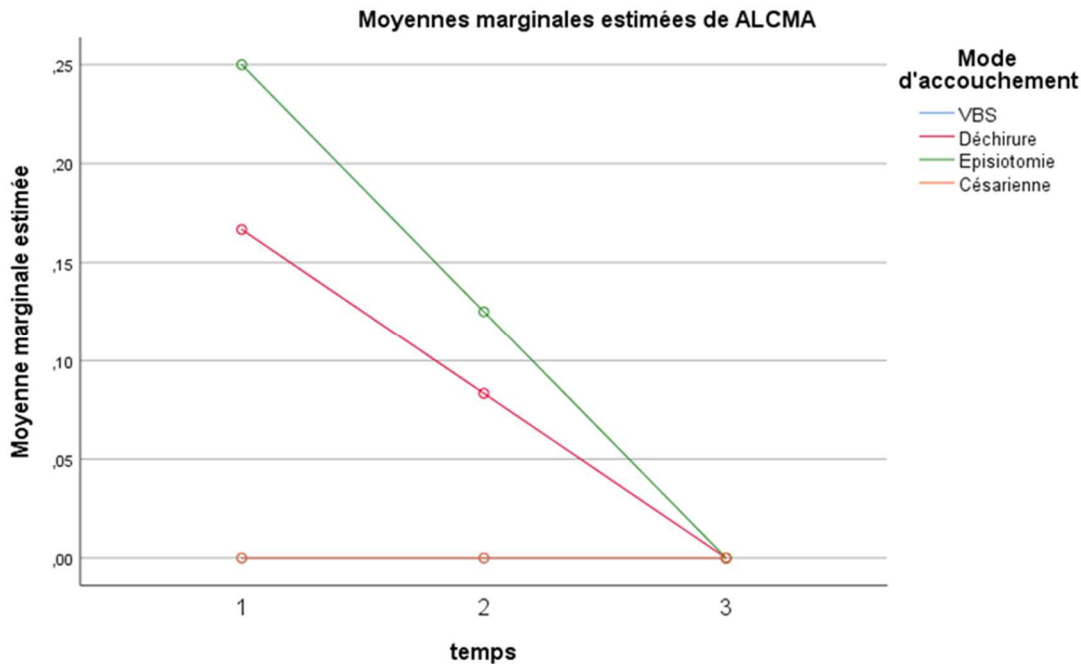


Tableau n° 54 : Evolution de l'indicateur "angoisses liées aux conséquences du mode d'accouchement en fonction du temps"

Les résultats obtenus montrent tout d'abord une nette différence entre le vécu angoissant lié aux conséquences du mode d'accouchement pour les femmes faisant partie des groupes déchirure et épisiotomie lorsqu'elles sont comparées aux femmes des groupes VBS et césarienne. Il est toutefois utile de se référer à l'échelle du graphique pour remarquer que cette proportion reste faible numériquement. Etant sur une moyenne comprise entre 0 et 1, nous pouvons néanmoins souligner que 25% des femmes ayant eu une épisiotomie et 16.6% des femmes ayant eu une déchirure ont expérimenté des angoisses liées à ce mode d'accouchement. Cela alors qu'aucune femme ayant accouché par césarienne et Voie basse dite "simple" n'a exprimé un tel vécu. Une tendance certaine montre donc ici une présence majorée d'angoisses concernant le groupe épisiotomie et déchirures. Enfin, la prévalence de ces angoisses semble s'estomper légèrement 9 mois après l'accouchement. Elle reste toutefois présente dans les mêmes proportions. Pour finir, un an après l'accouchement plus aucune femme n'exprime de vécu angoissant lié au mode d'accouchement.

Il semble alors pertinent d'évaluer la significativité des tendances que nous avons présentées par le biais de notre analyse statistique :

✓ Analyse de la variance à T0 et détermination des plans d'étude

Afin d'étudier la présence éventuelles de différences initiales pouvant influencer l'étude des variables étudiées nous avons réalisé une ANOVA à T₀ sur chaque type de variable

dépendante que nous avons employée dans notre analyse. Comme il aurait été anachronique d'évaluer la présence d'angoisses liées au mode d'accouchement avant leur survenue, ce temps d'analyse ne porte donc que sur les indicateurs du Rorschach. Les résultats obtenus sont présents dans les tableaux suivants :

		ANOVA				
		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
IA% avant accouchement	Intergruppes	907,352	3	302,451	2,945	,045
	Intragruppes	4005,160	39	102,696		
	Total	4912,512	42			
Nombre Réponses Choc avant accouchement	Intergruppes	4,181	3	1,394	,455	,715
	Intragruppes	119,493	39	3,064		
	Total	123,674	42			
Nombre Refus avant accouchement	Intergruppes	,712	3	,237	,709	,553
	Intragruppes	13,056	39	,335		
	Total	13,767	42			

Tableau n° 55 : Analyse des variances des indicateurs de l'angoisse au Rorschach en fonction du mode d'accouchement

Les deux indicateurs “*nombre de réponses choc*” et “*nombre de refus*” ne sont pas concernés par la présence de différence intergruppes à T₀. En revanche, nous pouvons remarquer que l'IA% avant l'accouchement était sujet à une variabilité significative. Autrement dit, il existait pour cet indicateur au sein des sous-groupes mode d'accouchement une différence préexistante à T₀¹²⁰. Cette différence pouvant influencer les évaluations ultérieures, nous ne pourrions pas réaliser d'analyse multivariée transversale sur cet indicateur. Toutefois, comme le Rorschach a été uniquement réalisé en test-retest, il n'est pas nécessaire de construire un plan d'étude spécifique et nous pourrions étudier l'évolution de cette variable par le biais de l'analyse à mesure répétée.

- ✓ Analyse à mesure répétée : données obtenues au test de Rorschach et en entretien

L'analyse à mesure répétée (ANOVA à mesure répétée) que nous avons réalisée ici a été réalisée à la fois sur l'item de l'entretien (ALCMA) et sur les indicateurs du Rorschach. Au sein de cette analyse, la variabilité initiale est intégrée. Aussi, nous ne sommes pas obligés d'introduire un correctif nécessitant de prendre en compte la variabilité initiale entre les sous-

¹²⁰ C'est en partie sur la base de ce constat que nous n'avons pas présenté d'analyse descriptive des données du Rorschach et notamment de cet indicateur.

groupes pour l'IA%. Nous obtenons donc le tableau suivant portant sur les éléments observés en entretien :

Tests des effets intrasujets

Mesure: ALCMA

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
temps	Hypothèse de sphéricité	,205	2	,102	1,998	,142	,049
	Greenhouse-Geisser	,205	1,800	,114	1,998	,148	,049
	Huynh-Feldt	,205	2,000	,102	1,998	,142	,049
	Borne inférieure	,205	1,000	,205	1,998	,165	,049
temps * modeacc	Hypothèse de sphéricité	,248	6	,041	,806	,568	,058
	Greenhouse-Geisser	,248	5,400	,046	,806	,557	,058
	Huynh-Feldt	,248	6,000	,041	,806	,568	,058
	Borne inférieure	,248	3,000	,083	,806	,498	,058

Tableau n° 56 : ANOVA à mesure répétée évaluant la présence d'angoisses liées aux conséquences du mode d'accouchement en fonction du temps

La condition de sphéricité ayant été respectée pour ce test, il est nécessaire de se reporter à la première ligne du tableau. Les données obtenues montrent que ni le temps, ni l'association du temps et du mode d'accouchement n'a eu une influence sur la présence d'angoisses liées au mode d'accouchement et évaluées en entretien. Sur ce point, nous pensons que la variabilité observée au cours de notre analyse descriptive s'appuie malheureusement encore une fois sur un échantillon beaucoup trop réduit. De même, les variances nulles observées au groupe VBS et césarienne ont probablement influencées ces résultats. Malgré ces éléments explicatifs, l'analyse montre que le mode d'accouchement n'a pas d'influence durable sur l'émergence d'angoisses liées au mode d'accouchement. **Nous pouvons donc rejeter H_{a1a} ¹²¹. Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie n'entraîne préférentiellement pas l'apparition d'angoisses durables portant sur le corps ou l'unité somatopsychiques observées en entretien tout au long de l'année suivant la naissance de l'enfant.**

Nous pouvons maintenant aborder les données concernant les indicateurs relevés au sein du test de "Rorschach" :

¹²¹ ***H4a1a*** : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne l'apparition d'angoisses durables portant sur le corps ou l'unité somatopsychique observées en entretien tout au long de l'année suivant la naissance de l'enfant.

Tests univariés

Source	Mesure		Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
temps	IndiceAngoisse	Hypothèse de sphéricité	51,480	1	51,480	,665	,420	,017
		Greenhouse-Geisser	51,480	1,000	51,480	,665	,420	,017
		Huynh-Feldt	51,480	1,000	51,480	,665	,420	,017
		Borne inférieure	51,480	1,000	51,480	,665	,420	,017
	RéponseChoc	Hypothèse de sphéricité	19,882	1	19,882	7,607	,009	,163
		Greenhouse-Geisser	19,882	1,000	19,882	7,607	,009	,163
		Huynh-Feldt	19,882	1,000	19,882	7,607	,009	,163
		Borne inférieure	19,882	1,000	19,882	7,607	,009	,163
	RéponseRefus	Hypothèse de sphéricité	,753	1	,753	5,686	,022	,127
		Greenhouse-Geisser	,753	1,000	,753	5,686	,022	,127
		Huynh-Feldt	,753	1,000	,753	5,686	,022	,127
		Borne inférieure	,753	1,000	,753	5,686	,022	,127
temps * modeacc	IndiceAngoisse	Hypothèse de sphéricité	229,167	3	76,389	,986	,409	,071
		Greenhouse-Geisser	229,167	3,000	76,389	,986	,409	,071
		Huynh-Feldt	229,167	3,000	76,389	,986	,409	,071
		Borne inférieure	229,167	3,000	76,389	,986	,409	,071
	RéponseChoc	Hypothèse de sphéricité	4,026	3	1,342	,514	,675	,038
		Greenhouse-Geisser	4,026	3,000	1,342	,514	,675	,038
		Huynh-Feldt	4,026	3,000	1,342	,514	,675	,038
		Borne inférieure	4,026	3,000	1,342	,514	,675	,038
	RéponseRefus	Hypothèse de sphéricité	,093	3	,031	,233	,873	,018
		Greenhouse-Geisser	,093	3,000	,031	,233	,873	,018
		Huynh-Feldt	,093	3,000	,031	,233	,873	,018
		Borne inférieure	,093	3,000	,031	,233	,873	,018

Tableau n° 57 : ANOVA à mesure répétée évaluant l'évolution des indicateurs d'angoisse au Rorschach en fonction du temps

Pour chacun des indicateurs étudiés, aucune des conditions de sphéricité n'étant respectée et comme l'ensemble des $\epsilon > .75$, il nous est nécessaire d'employer le correctif Huynh-Feldt (situé à la troisième ligne du tableau). Tout d'abord nous pouvons remarquer que la variable temps n'a pas d'influence significative sur l'évolution des IA%. En revanche, il semblerait que la variable temps ait une influence sur l'évolution du nombre de réponses "chocs" et le nombre de réponses "refus". Ces notions pourraient présenter une utilité certaine au sein d'une étude présentant l'évolution des indicateurs pré- et postnataux au Rorschach. Dans un second temps, nous remarquons qu'aucun des indicateurs évalués au Rorschach n'est significatif lorsque la variable "temps" est associée à la variable "mode d'accouchement". Cela signifie que le mode d'accouchement associé au temps n'induit pas de variation de ces indicateurs.

A ce stade de l'analyse, nous pouvons d'emblée nous positionner au sujet de notre hypothèse H4a3b¹²². Le mode d'accouchement n'influençant pas les variations des réponses "refus", les variations des réponses "choc" ni les variations de l'IA%, **nous pouvons rejeter H4a3b. Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie n'entraîne pas**

¹²² ***Ha3b*** : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne l'apparition d'angoisses portant sur le corps ou l'unité somatopsychique observées au test de Rorschach 9 mois après l'accouchement.

préférentiellement l'apparition d'angoisses portant sur le corps ou l'unité somatopsychique observées au test de Rorschach 9 mois après l'accouchement.

✓ Analyse transversale des données obtenues à l'entretien

Afin de compléter les analyses portant initialement sur l'évolution des variables dépendantes sélectionnées au travers du temps, nous avons réalisé une analyse transversale visant à appréhender l'évolution de la présence d'angoisses liées aux conséquences du mode d'accouchement à T1 et T2. Nous n'avons toutefois pas réalisé cette analyse à T3. Effectivement, plus aucune femme n'exprimait d'angoisse liée aux conséquences de l'accouchement à cette période. **De fait, nous pouvons d'emblée rejeter H4a4¹²³. Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie n'entraîne pas préférentiellement l'apparition d'angoisses portant sur le corps ou l'unité somatopsychique observée en entretien 1 an après l'accouchement.**

Les données sélectionnées par le biais de l'entretien et obtenues trois mois après l'accouchement sont présentées dans le tableau suivant :

Tests des effets intersujets							
Source	Variable dépendante	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
Modèle corrigé	Vécu difficile et angoissant lié au corps 0-3 mois	,908 ^a	3	,303	1,291	,291	,090
	Angoisse liée au conséquence du mode d'accouchement 0/3 mois	,496 ^b	3	,165	1,382	,263	,096
Constante	Vécu difficile et angoissant lié au corps 0-3 mois	5,214	1	5,214	22,249	,000	,363
	Angoisse liée au conséquence du mode d'accouchement 0/3 mois	,410	1	,410	3,425	,072	,081
modeacc	Vécu difficile et angoissant lié au corps 0-3 mois	,908	3	,303	1,291	,291	,090
	Angoisse liée au conséquence du mode d'accouchement 0/3 mois	,496	3	,165	1,382	,263	,096

Tableau n° 58 : ANOVA évaluant la présence d'ALCMA en fonction du mode d'accouchement 3 mois après la naissance

¹²³ **H4a4 :** Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne l'apparition d'angoisses portant sur le corps ou l'unité somatopsychique observées en entretien 1 an après l'accouchement.

La lecture de ce tableau nous montre que la variable “*angoisse liée aux conséquences du mode d’accouchement*” évaluée 3 mois après la naissance de l’enfant ne varie significativement pas en fonction du mode d’accouchement. Cela, en dépit de la forte tendance observée au cours de notre analyse descriptive montrant que 3 mois après l’accouchement la présence d’angoisses liées au mode d’accouchement semblait beaucoup plus élevée dans le groupe épisiotomie et déchirure. Il est fort probable ici que la petite taille de notre échantillon n’ait pas permis d’atteindre le seuil de significativité suffisant. Aussi, nous préconisons la reproduction de ce type d’évaluation avec une population beaucoup plus importante afin de pouvoir trancher cette opposition existant entre nos observations descriptives et l’étude statistique. **Malgré ces précisions éclairant plus finement les résultats obtenus, nous devons rejeter H4a2¹²⁴. Comparée aux autres modes d’accouchement, l’épisiotomie n’entraîne pas préférentiellement l’apparition d’angoisses liées aux conséquences du mode d’accouchement évaluées en entretien 3 mois après l’accouchement.**

Nous pouvons maintenant présenter les résultats obtenus 9 mois après l’accouchement :

Tests des effets intersujets							
Source	Variable dépendante	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
Modèle corrigé	Vécu difficile et angoissant lié au corps 3-9 mois	1,924 ^a	3	,641	4,351	,010	,251
	Angoisse liée au conséquence du mode d'accouchement 3/9 mois	,124 ^b	3	,041	,605	,616	,044
Constante	Vécu difficile et angoissant lié au corps 3-9 mois	2,988	1	2,988	20,264	,000	,342
	Angoisse liée au conséquence du mode d'accouchement 3/9 mois	,102	1	,102	1,498	,228	,037
modeacc	Vécu difficile et angoissant lié au corps 3-9 mois	1,924	3	,641	4,351	,010	,251
	Angoisse liée au conséquence du mode d'accouchement 3/9 mois	,124	3	,041	,605	,616	,044

Tableau n° 59 : ANOVA évaluant la présence d’ALCMA en fonction du mode d’accouchement 9 mois après la naissance

Comme au cours de l’analyse précédente, nous pouvons remarquer que la présence d’angoisses évaluées en entretien n’est significativement pas corrélée au mode d’accouchement. En d’autres termes, malgré la tendance également observée au cours de

¹²⁴ **H4a2 :** Comparée aux autres modes d’accouchement, l’épisiotomie entraîne l’apparition d’angoisses portant sur le corps ou l’unité somatopsychique observées en entretien 3 mois après l’accouchement.

l'analyse descriptive montrant une prévalence de l'angoisse pour les femmes ayant vécu une épisiotomie ou encore une déchirure, cette dernière n'est pas considérée comme statistiquement significative. Ici encore, nous souhaitons rappeler les mêmes précautions méthodologiques sur ce résultat et nous pensons que cette non significativité est majoritairement due à notre taille d'échantillon et à l'impossibilité d'établir un rapport des cotes.

En conséquence, nous devons tout de même rejeter H4a3a¹²⁵. Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie n'entraîne pas préférentiellement l'apparition d'angoisses portant sur le corps ou l'unité somatopsychique observées en entretien 9 mois après l'accouchement.

✓ Conclusions générales portant sur l'hypothèse H4b

Pour conclure notre démarche portant sur l'hypothèse H4a, nous devons tout d'abord rappeler que nous avons évalué l'influence du mode d'accouchement sur la survenue d'angoisses en nous appuyant sur le test de Rorschach et l'entretien. L'analyse descriptive que nous avons construite a mis en évidence une grande disparité existant entre les femmes ayant eu une épisiotomie ou une déchirure et celles ayant accouché par césarienne ou ayant gardé un périnée intact ou pseudo-intact. Cette tendance montrait que les femmes ayant eu une épisiotomie étaient plus sujettes à des angoisses liées aux conséquences du mode d'accouchement. Puis, elles étaient suivies dans une proportion moins importante par les femmes ayant vécu une déchirure.

Après avoir évalué la présence de biais initiaux et trouvé une incidence pour l'IA% au Rorschach, nous avons pu montrer que les indicateurs d'angoisse au Rorschach ne variaient pas en fonction du mode d'accouchement. Nous avons donc considéré que comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie n'entraînait pas l'apparition d'angoisses portant sur le corps ou l'unité somatopsychique. Cela, uniquement lorsque ces angoisses sont évaluées par le biais du test de Rorschach 9 mois après l'accouchement.

Puis, nous avons montré au cours de cette analyse que comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie n'entraînait préférentiellement pas l'apparition d'angoisses durables portant sur le corps ou l'unité somatopsychique.

¹²⁵ **H4a3a :** Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne l'apparition d'angoisses portant sur le corps ou l'unité somatopsychique observées en entretien 9 mois après l'accouchement.

Ensuite, soucieux de pouvoir évaluer la présence d'un éventuel effet observable à un instant 't' indépendant de l'évaluation à T₀, nous avons étudié spécifiquement la période T₁ (correspondant à 3 mois après l'accouchement) et T₂ (correspondant à 9 mois après l'accouchement). Aucune de ces deux études réalisées à T₁ et T₂ n'a pu montrer que le mode d'accouchement influençait significativement la présence d'angoisse portant sur le corps et l'unité somatopsychique. Nous avons donc considéré que l'épisiotomie n'influencerait préférentiellement pas la survenue d'angoisses portant sur le corps et l'unité somatopsychique 3 mois et 9 mois après l'accouchement. Nous avons toutefois insisté sur la petite taille de notre échantillon et sur le fait que cette non significativité lui était très sûrement consécutive.

Nous pouvons donc rappeler les résultats apportés à nos hypothèses de travail :

H4a1a : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne l'apparition d'angoisses durables portant sur le corps ou l'unité somatopsychique observées en entretien tout au long de l'année suivant la naissance de l'enfant.

H4a2 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne l'apparition d'angoisses portant sur le corps ou l'unité somatopsychique observées en entretien 3 mois après l'accouchement.

H4a3a : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne l'apparition d'angoisses portant sur le corps ou l'unité somatopsychique observées en entretien 9 mois après l'accouchement.

H4a3b : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne l'apparition d'angoisses portant sur le corps ou l'unité somatopsychique observées au test de Rorschach 9 mois après l'accouchement.

H4a4 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne l'apparition d'angoisses portant sur le corps ou l'unité somatopsychique observées en entretien 1 an après l'accouchement.

Toutes ces hypothèses de travail ont été rejetées.

Nous pouvons donc nous positionner sur l'hypothèse générale H4a : **“Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement l'apparition d'angoisses portant sur le corps et l'unité somatopsychique au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant”**.

L'hypothèse H4a est rejetée. Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie évaluée dans les conditions restreintes inhérentes à notre petit échantillon n'induirait pas préférentiellement l'apparition d'angoisses portant sur le corps ou l'unité somatopsychique au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.

Il est toutefois nécessaire de formuler quelques précautions méthodologiques avant d'appréhender ce résultat. Tout d'abord, nous n'avons pas spécifiquement observé la période critique comprise entre la naissance et 2 mois après l'accouchement. De même, ce résultat est le reflet d'un petit échantillon. La significativité statistique n'est dans ce cas atteinte que très difficilement. Il est donc fort probable que d'autres résultats émergent d'études plus spécifiques. Enfin, nous n'avons pas étudié de comparaison des contrastes pour étudier cette hypothèse. Nous conseillons donc d'appréhender ce résultat comme le reflet d'une tendance portant sur les conséquences de l'épisiotomie et non comme un donnée absolue. Enfin, il est important de préciser que la non significativité des résultats ne signifie pas que les femmes sont exemptes d'angoisses portant sur le corps lorsqu'elles ont une épisiotomie. Cette hypothèse étant comparative, elle aborde la prévalence d'un mode sur les autres et non la simple survenue des phénomènes étudiés.

1.4.2. Hypothèse théorique H4b : Image du corps et épisiotomie

L'hypothèse H4b s'intitule : **“Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement l'apparition de modification de l'image du corps au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant”**.

Cette hypothèse s'est appuyée sur une analyse statistique processuelle explorant l'impact longitudinal de l'épisiotomie sur l'image du corps. Mais aussi nous avons souhaité réaliser une analyse transversale à chaque temps d'étude. Le plan de notre analyse est donc (mode)*(temps)*(variable dépendante) lorsque nous évaluons la présence d'un impact durable, et (mode)*(variable dépendante en fonction de la période évaluée) lorsque nous évaluons chaque période de manière transversale. Nous avons évalué ces dimensions en fonction de l'entretien, du QIC et du test de Rorschach. Les variables sélectionnées au sein du test de Rorschach sont : *“nombre de barrières”*, *“nombre de pénétrations”*, *“nombre de defects”*, *“nombre de chocs”*, *“nombre de représentations de soi intègres”*, *“nombre de représentations de soi atteintes”*, *“nombre de représentations de soi parcellaires”* et *“nombre de représentations de soi fragmentées”*.

✓ Analyse descriptive de H4b

La pluralité des variables étudiées dans cette hypothèse ne permet pas de présenter chacune d'entre elles sous forme de tableau représentant numériquement les statistiques descriptives étudiées. Nous avons donc décidé de présenter ces dernières sous forme de graphiques représentatifs.

Le graphique représentant l'évolution du vécu corporel difficile et angoissant à $T_0 \rightarrow 1$, $T_1 \rightarrow 2$, $T_2 \rightarrow 3$ et $T_3 \rightarrow 4$ après l'accouchement est présenté ci-dessous :

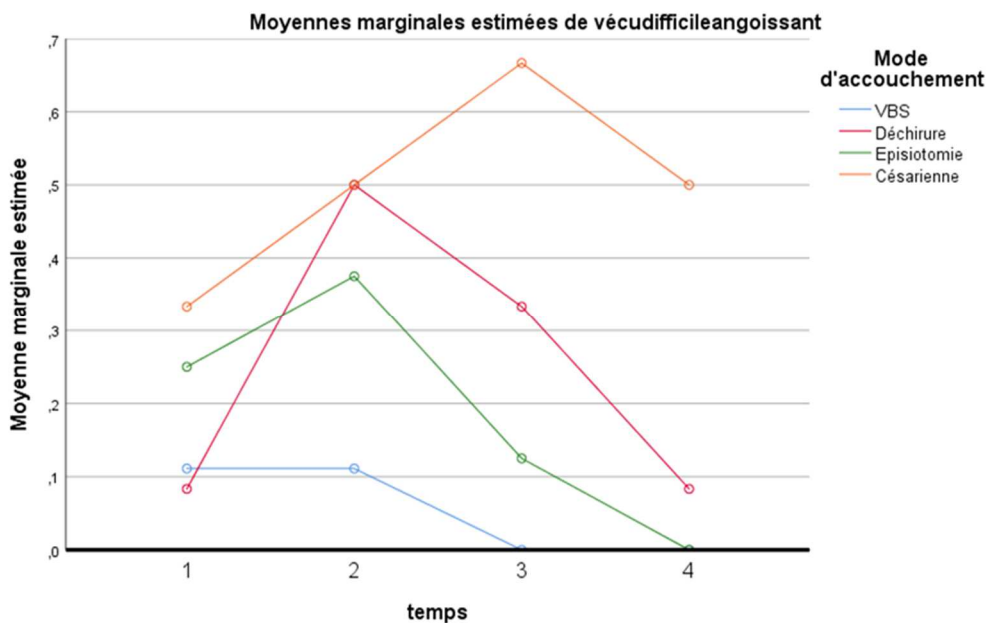


Tableau n° 60 : Vécu difficile et angoissant exprimé en fonction du mode d'accouchement et du temps

Le premier élément que nous pouvons remarquer est la présence d'une disparité entre les modes d'accouchement à T_0 . Une évaluation de ces éventuelles disparités sera donc nécessaire au cours de la période initiale. Dans un second temps, nous pouvons remarquer que 3 mois après l'accouchement, toutes les femmes à l'exception de celles ayant gardé un périnée intact ou pseudo-intact semblent ressentir plus de difficultés corporelles après la naissance. Cette augmentation semble par ailleurs très majorée en cas de déchirure. Ensuite, une diminution progressive peut être observée à partir de 9 mois après l'accouchement. Enfin, une année après l'accouchement, à l'exception des femmes ayant accouché par césarienne les femmes semblent ne plus exprimer de plainte corporelle. Ces tendances ont donc été évaluées par le biais de nos analyses ultérieures.

Après avoir commenté les données obtenues par le biais de l'entretien, nous présentons le graphique présentant l'évaluation proposée par le QIC :

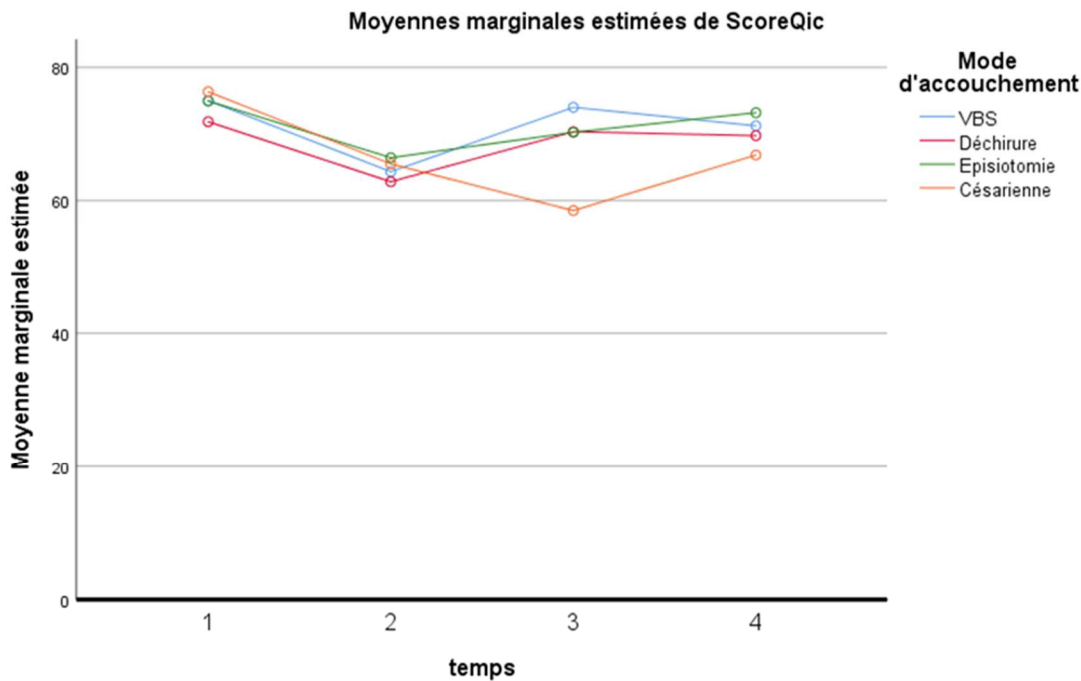


Tableau n° 61 : Score moyen obtenu au QIC exprimé en fonction du mode d'accouchement et du

L'étude de ce graphique nous montre premièrement une très grande homogénéité exprimée entre les différents scores moyens obtenus en fonction des modes d'accouchement. Les femmes semblent toutes exprimer une diminution des scores au QIC montrant que l'accouchement et les premiers mois ont une incidence sur le vécu corporel. Neuf mois après la naissance de l'enfant, à l'exception des femmes ayant reçu une césarienne, l'ensemble des femmes semble expérimenter un vécu corporel plus positif. Enfin un an après l'accouchement toutes les femmes présentent un indice d'expression concernant l'image du corps similaire. Ici, aucune tendance ne se détache pour le groupe de participantes ayant reçu une épisiotomie. Enfin, avant de conclure cette partie d'analyse descriptive, nous souhaitons préciser que nous n'avons pas présenté de données portant sur le test de Rorschach car ces données n'ont été répétées qu'une seule fois dans le temps.

✓ Analyse de la variance à T₀ et détermination du modèle utilisé :

Après avoir commenté les données descriptives de cette hypothèse, nous avons cherché à déterminer si les sous-groupe discriminés par notre analyse présentaient des différences à T₀ pouvant influencer nos résultats. Nous avons donc réalisé une succession d'ANOVA univariées sur toutes les variables dépendantes évaluées à T₀ en fonction de la VI mode d'accouchement.

L'ensemble des résultats obtenus est présenté au sein des trois tableaux suivants :

		ANOVA				
		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Nombre de réponse barrière au Rorschach avant accouchement	Intergruppes	7,295	3	2,432	,843	,479
	Intragruppes	112,472	39	2,884		
	Total	119,767	42			
Nombre de réponse pénétration au Rorschach avant accouchement	Intergruppes	22,572	3	7,524	1,197	,323
	Intragruppes	245,056	39	6,283		
	Total	267,628	42			
Représentation de soi intégrée avant accouchement	Intergruppes	4,274	3	1,425	,199	,896
	Intragruppes	278,889	39	7,151		
	Total	283,163	42			
Représentation de soi atteinte avant accouchement	Intergruppes	4,400	3	1,467	,176	,912
	Intragruppes	324,576	39	8,322		
	Total	328,977	42			
Représentation de soi parcellaire avant accouchement	Intergruppes	8,355	3	2,785	,497	,686
	Intragruppes	218,389	39	5,600		
	Total	226,744	42			
Représentation de soi fragmentée avant accouchement	Intergruppes	23,993	3	7,998	2,046	,123
	Intragruppes	152,472	39	3,910		
	Total	176,465	42			
Réponse Defect avant accouchement	Intergruppes	2,712	3	,904	,903	,449
	Intragruppes	39,056	39	1,001		
	Total	41,767	42			
Nombre Réponses Choc avant accouchement	Intergruppes	4,181	3	1,394	,455	,715
	Intragruppes	119,493	39	3,064		
	Total	123,674	42			

Tableau n° 62 : Analyse des variances des indicateurs Rorschach en fonction du mode d'accouchement à T₀

		ANOVA				
		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Vécu difficile et angoissant lié au corps avant accouchement						
Intergruppes		,373	3	,124	,789	,507
Intragruppes		6,139	39	,157		
Total		6,512	42			

Tableau n° 63 : Analyse des variances de l'item vécu corporel difficile en fonction du mode d'accouchement à T₀

		ANOVA				
		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Score QIC avant accouchement						
Intergruppes		108,714	3	36,238	,843	,479
Intragruppes		1675,937	39	42,973		
Total		1784,651	42			

Tableau n° 64 : Analyse des variances des scores au QIC en fonction du mode d'accouchement à T₀

L'ensemble des hypothèses testées montre que nous ne pouvons pas rejeter de H_0 . Autrement dit, il n'existe pas de différences induite par les modalités de la variable "mode d'accouchement" sur l'ensemble des variables dépendantes que nous allons étudier. La tendance supposant une disparité intergroupe (GC ; GE ; GD et GVBS) au niveau du vécu corporel évalué en entretien n'est donc pas confirmée. Il nous est donc possible d'évaluer à la fois l'impact du mode d'accouchement à l'aide d'une ANOVA à mesure répétée mais aussi de manière transversale. Par ailleurs, la réalisation de cette dernière ne nécessitera pas de prendre en compte l'existence d'une variation initiale parasitant les données obtenues.

✓ Analyse à mesure répétée : données obtenues en entretien et QIC

L'analyse à mesure répétée permet d'évaluer l'impact durable d'une variable dans le temps. De plus elle évalue l'influence des modalités de la VI choisie ("le mode d'accouchement"). Nous avons donc réalisé cette analyse sur nos modes d'évaluation ne nécessitant pas d'analyse qualitative supplémentaire comme le Rorschach. Nous avons donc étudié les données de l'entretien et du QIC afin d'aborder l'effet durable du mode d'accouchement sur l'image du corps. Toutes ces données sont présentées au sein des tableaux suivants :

Tests des effets intrasujets

Mesure: vécutdifficileangoissant

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification
temps	Hypothèse de sphéricité	1,121	3	,374	3,413	,020
	Greenhouse-Geisser	1,121	2,610	,429	3,413	,025
	Huynh-Feldt	1,121	3,000	,374	3,413	,020
	Borne inférieure	1,121	1,000	1,121	3,413	,072
temps * modeacc	Hypothèse de sphéricité	1,450	9	,161	1,472	,166
	Greenhouse-Geisser	1,450	7,830	,185	1,472	,178
	Huynh-Feldt	1,450	9,000	,161	1,472	,166
	Borne inférieure	1,450	3,000	,483	1,472	,237

Tableau n° 65 : ANOVA à mesure répétée évaluant l'évolution du vécu corporel évalué en entretien en fonction du temps

La condition de sphéricité étant respectée, nous pouvons nous reporter à la première ligne de ce tableau. Dès lors, nous pouvons remarquer la présence significative de fluctuations du vécu corporel en fonction du temps ($F=3.413$ et $p .0.20$). Le temps a donc une influence sur le vécu corporel. En d'autres termes, entre la période avant l'accouchement et un an après

l'accouchement, le discours des femmes exprimant des difficultés corporelles évolue au fil du temps. L'ANOVA à mesure répétée confirme donc bien la tendance que nous avons observée au cours de l'analyse descriptive. En revanche, l'association simultanée du mode d'accouchement et du temps n'est pas relevée comme une variable significative ($p .166$). Autrement dit, le mode d'accouchement n'induit pas de fluctuation spécifique durable sur le vécu corporel difficile et angoissant évalué en entretien. **Face à ce constat, nous pouvons de fait rejeter notre hypothèse de travail H4b1x. Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie n'entraîne pas de modification durable et continue de l'image du corps lorsque cette dernière est évaluée par le biais de l'entretien.**

Nous pouvons maintenant nous pencher sur les données obtenues au Questionnaire d'Image Corporelle :

Tests des effets intrasujets

Mesure: ScoreQic

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification
temps	Hypothèse de sphéricité	1874,913	3	624,971	9,970	,000
	Greenhouse-Geisser	1874,913	2,731	686,431	9,970	,000
	Huynh-Feldt	1874,913	3,000	624,971	9,970	,000
	Borne inférieure	1874,913	1,000	1874,913	9,970	,003
temps * modeacc	Hypothèse de sphéricité	861,535	9	95,726	1,527	,146
	Greenhouse-Geisser	861,535	8,194	105,140	1,527	,155
	Huynh-Feldt	861,535	9,000	95,726	1,527	,146
	Borne inférieure	861,535	3,000	287,178	1,527	,223

Tableau n° 66 : ANOVA à mesure répétée évaluant l'évolution du vécu corporel évalué au QIC en fonction du temps

En sachant que la condition de sphéricité est respectée, la lecture de ces données nous enseigne que les valeurs obtenues au Questionnaire d'Image Corporelle fluctuent en fonction du temps ($F= 9.970$ et $p .000$). Entre la grossesse et un an après l'accouchement, les fluctuations corporelles et la perception du corps évoluent donc au fil du temps. Ce constat assez peu surprenant ne se retrouve toutefois pas lorsque la variable “*temps*” est associée à la variable “*mode d'accouchement*” ($F=1.527$ et $p .146$). **Nous pouvons dès lors rejeter l'hypothèse de travail H4b1y. Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie n'entraîne donc pas de modifications durables de l'image du corps évaluée par le biais du QIC jusqu'à un an après l'accouchement.**

✓ Analyse basée sur le test de Rorschach

Nous pouvons maintenant aborder l'évolution des indicateurs spécifiques de l'image inconsciente du corps évaluée par le biais du test de Rorschach :

Tests univariés								
Source	Mesure		Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
temps	RepSoiInt	Hypothèse de sphéricité	26,709	1	26,709	5,663	,022	,127
		Greenhouse-Geisser	26,709	1,000	26,709	5,663	,022	,127
		Huynh-Feldt	26,709	1,000	26,709	5,663	,022	,127
		Borne inférieure	26,709	1,000	26,709	5,663	,022	,127
	RepSoiAtt	Hypothèse de sphéricité	6,658	1	6,658	2,401	,129	,058
		Greenhouse-Geisser	6,658	1,000	6,658	2,401	,129	,058
		Huynh-Feldt	6,658	1,000	6,658	2,401	,129	,058
		Borne inférieure	6,658	1,000	6,658	2,401	,129	,058
	RepSoiParc	Hypothèse de sphéricité	,078	1	,078	,033	,857	,001
		Greenhouse-Geisser	,078	1,000	,078	,033	,857	,001
		Huynh-Feldt	,078	1,000	,078	,033	,857	,001
		Borne inférieure	,078	1,000	,078	,033	,857	,001
temps * modeacc	RepSoiInt	Hypothèse de sphéricité	8,999	3	3,000	,636	,596	,047
		Greenhouse-Geisser	8,999	3,000	3,000	,636	,596	,047
		Huynh-Feldt	8,999	3,000	3,000	,636	,596	,047
		Borne inférieure	8,999	3,000	3,000	,636	,596	,047
	RepSoiAtt	Hypothèse de sphéricité	20,015	3	6,672	2,406	,082	,156
		Greenhouse-Geisser	20,015	3,000	6,672	2,406	,082	,156
		Huynh-Feldt	20,015	3,000	6,672	2,406	,082	,156
		Borne inférieure	20,015	3,000	6,672	2,406	,082	,156
	RepSoiParc	Hypothèse de sphéricité	19,732	3	6,577	2,768	,054	,176
		Greenhouse-Geisser	19,732	3,000	6,577	2,768	,054	,176
		Huynh-Feldt	19,732	3,000	6,577	2,768	,054	,176
		Borne inférieure	19,732	3,000	6,577	2,768	,054	,176

Tableau n° 67 : ANOVA à mesure répétée évaluant l'évolution du vécu corporel évalué au QIC en fonction du temps

Le tableau que nous présentons ici ne comprend que les données significatives. Ainsi les autres variables testées (*“nombre de barrières”*, *“nombre de pénétrations”*, *“nombre de defects”*, *“nombre de chocs”* et *“nombre de représentations de soi fragmentées”*) ne fluctuent ni avec le temps ni lorsque la variable *“temps”* est associée au *“mode d'accouchement”*. Dans un second temps, en rappelant que la condition de sphéricité n'était ici pas respectée et que $\epsilon > 0.75$ nous a enjoint à employer la correction de Huynh-Feldt, nous pouvons remarquer certains aspects significatifs. Ainsi, le nombre de représentations de soi intègre semble fluctuer avec le temps ($F=5.663$ et $p .022$). De même, le nombre de représentations de soi parcellaires semble fluctuer lorsque *“le mode d'accouchement”* est associé à la variable *“temps”* ($F=2.768$ et $p .054$). Ces indicateurs ne peuvent toutefois pas être interprétés de manière linéaire. Afin

d'apporter un éclairage représentatif, nous avons construit la représentation schématique de ces évolutions :

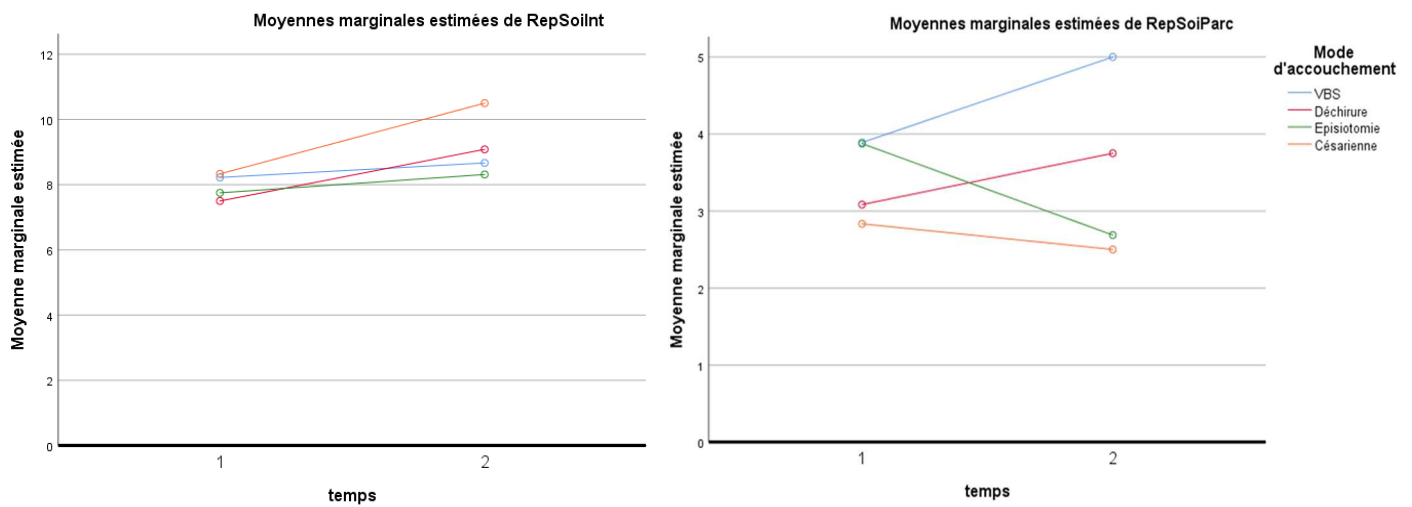
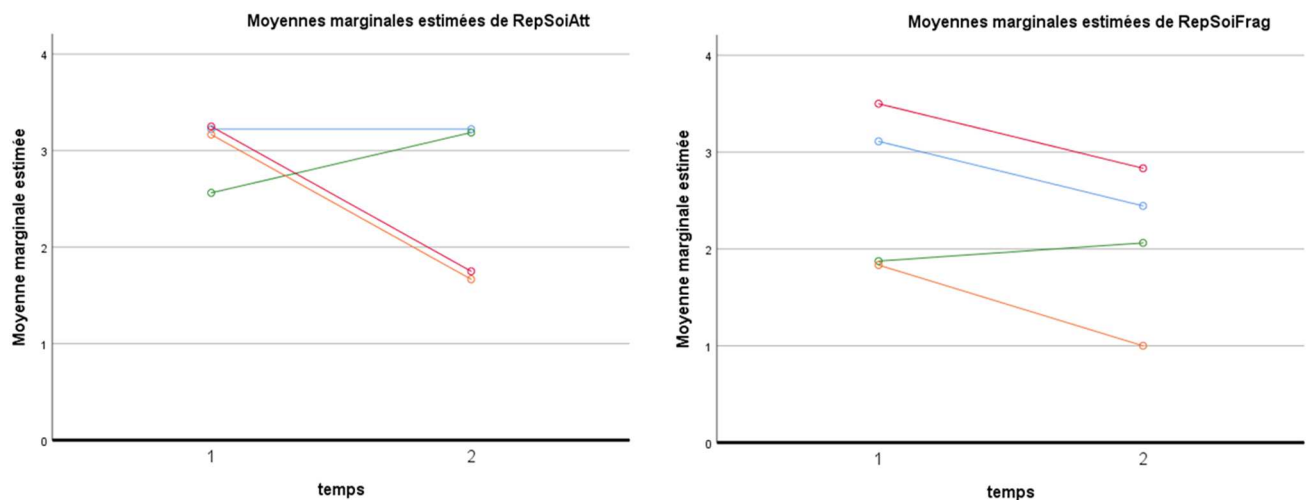


Tableau n° 67a, 67b, 67c, 67d : Evolution des indicateurs portant sur l'image du corps au Rorschach

Comme tous ces éléments sont interconnectés entre eux, nous avons par ailleurs réalisé une autre représentation portant sur les deux autres catégories de représentation de soi :



Par le biais de ces représentations nous pouvons appréhender d'un point de vue global l'ensemble des évolutions prises par les indicateurs de représentation de soi au Rorschach en fonction de chaque mode d'accouchement. Tout d'abord, nous pouvons remarquer que l'évolution induite par le temps concernant les représentations de soi intègres est une évolution méliorative et homogène. Autrement dit, les femmes expriment plus de représentations de soi intègres après l'accouchement. Cet aspect peut être aussi lié à l'augmentation des réponses. Il n'y a toutefois aucune différence induite par le mode d'accouchement. Concernant la deuxième variable, il s'agit des représentations parcellaires. Dans notre échantillon, les femmes ayant eu

une épisiotomie ont fourni moins de réponses parcellaires. Néanmoins, comme ces éléments sont interconnectés entre eux, nous ne pouvons pas apporter de réponse d'emblée. Il est donc nécessaire de réaliser une analyse qualitative sur ces tendances statistiques pour se positionner sur une éventuelle fluctuation dans le temps des indicateurs de représentation de soi au Rorschach. Pour ce faire nous présentons un tableau des évolutions test-retest pour chaque mode d'accouchement :

Mode d'accouchement	Représentation de soi avant l'accouchement	Représentation de soi après accouchement	Interprétation qualitative	Conclusion
VBS	8 Intègres 3 Atteintes 4 Parcellaires 3 Fragmentées	11 Intègres 2 Atteintes 5 Parcellaires 2 Fragmentées	L'augmentation moyenne des réponses intègres, la diminution des réponses fragmentées et atteintes compensent très largement l'augmentation moyenne de réponse parcellaire.	Amélioration de l'image du corps
Déchirures	8 Intègres 3 Atteintes 3 Parcellaires 4 Fragmentées	9 Intègres 2 Atteintes 4 Parcellaires 3 Fragmentées	Le ratio de réponses intègres et atteintes sur celui des réponses parcellaires et fragmentées reste sensiblement le même. L'augmentation moyenne d'une réponse parcellaire semble diluée par la diminution d'une réponse Frag	Il ne semble pas y avoir de fluctuation spécifique de l'image du corps
Episiotomie	8 Intègres 2 Atteintes 4 Parcellaires 2 Fragmentées	8 Intègres 3 Atteintes 3 Parcellaires 2 Fragmentées	L'augmentation de réponses atteintes est compensée par la baisse de réponse parcellaire.	Il ne semble pas y avoir de fluctuation spécifique de l'image du corps
Césarienne	8 Intègres 3 Atteintes 4 Parcellaires 3 Fragmentées	11 Intègres 2 Atteintes 5 Parcellaires 2 Fragmentées	L'augmentation de réponses intègres et la diminution du nombre moyen de réponse atteintes et fragmentées semble supplanter l'augmentation des réponses parcellaires.	Amélioration sensible de l'image du corps

Tableau n° 68 : Analyse qualitative des données quantitatives obtenues à l'ANOVA à mesure répétée sur les représentations de soi

Au travers de ce procédé certes un peu artificiel et expérimental, nous avons tenté de représenter l'évolution du profil type des patientes rencontrées en fonction du mode d'accouchement. En partant de l'hypothèse qu'un mode d'accouchement spécifique pouvait avoir un impact négatif sur l'image du corps des femmes, nous devrions observer une dégradation des ratios existant entre les réponses intègres, atteintes, parcellaires et fragmentées. De même, une amélioration devrait être également observable au travers de l'évolution de ces mêmes ratios lorsqu'un mode d'accouchement a un impact positif.

Avant de procéder à une réflexion comparative, nous devons préciser que nos observations cliniques nous ont permis de découvrir que les femmes en suite de couche produisent généralement plus de réponses qu'avant l'accouchement. De même, comparées aux réponses produites en fin de grossesse, ces dernières semblent de meilleure qualité. Aussi, en nous appuyant sur notre analyse, nous pouvons remarquer que les femmes ayant accouché par voie basse et ayant un périnée intact ou pseudo-intact semblent montrer une amélioration de l'image du corps. Dans une moindre mesure, cette amélioration est observable chez les femmes ayant vécu une césarienne. En revanche, elle ne semble pas vraiment s'exprimer pour les femmes ayant vécu une déchirure ou une épisiotomie. Concernant ces deux groupes, il ne semble pas y avoir de détérioration de l'image du corps induite par le mode d'accouchement. Toutefois l'amélioration du fonctionnement psychique et de l'image du corps généralement observable en suite de couche ne semble pas s'exprimer chez ces femmes.

Sur la base de ces constats tendanciels, il serait hasardeux de conclure ici en faveur ou en défaveur de nos hypothèses de travail. Effectivement, nous manquons aujourd'hui de normes spécifiques permettant d'étudier ces résultats de manière comparative. En outre, les variations test-retest des indicateurs "*pénétration*" et "*barrière*", comme celles des qualitatifs "*defect*" ne semblent pas exprimer une cohérence spécifique. En outre, l'analyse multivariée réalisée 9 mois après l'accouchement n'a montré aucune significativité concernant les fluctuations de l'ensemble des valeurs étudiées en fonction du mode d'accouchement.

Sur la base de ces constats nous ne pouvons apporter une réponse à nos deux hypothèses de travail H4b1z¹²⁶ et H4b3z¹²⁷. Pour chacune de ces hypothèses nous ne pouvons pas conclure en l'état actuel des connaissances. Nous pouvons toutefois attirer l'attention sur le fait que l'amélioration sensible de l'image inconsciente du corps des femmes ayant vécu une naissance par voie basse simple ou césarienne ne semble pas être retrouvée pour les femmes ayant eu une épisiotomie ou une déchirure. Nous pensons toutefois très utile de mener des recherches plus spécifiques sur l'impact de la naissance sur l'évolution des protocoles au Rorschach avant de proposer certaines réflexions conclusives sur ce point.

¹²⁶ ***H4b1z*** : L'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais du test de Rorschach au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.

¹²⁷ ***H4b3z*** : L'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais du test de Rorschach 9 mois après la naissance de l'enfant.

✓ Analyse multivariées et univariées des données obtenues au QIC et en entretien :

Afin de pouvoir poursuivre notre analyse, nous avons procédé à une analyse transversale des données obtenues à la fois en entretien et au Questionnaire d'Image Corporelle. Nous avons donc évalué à chaque période temporelle spécifique (T₁, T₂, T₃) les fluctuations potentiellement significatives induites par le mode d'accouchement¹²⁸. Au sein de trois tableaux condensés par souci de concision, nous présentons ici les aspects ayant émergés par le biais de nos analyses :

3 mois après l'accouchement

Les données que nous obtenons 3 mois après l'accouchement sont présentées au sein des deux tableaux suivants. Le premier tableau évalue par le biais d'une analyse univariée l'effet du mode d'accouchement sur les scores obtenus au QIC.

Tests des effets intersujets

Variable dépendante: Score QIC après accouchement 0-3 mois

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
Modèle corrigé	94,059 ^a	3	31,353	,239	,869	,018
Constante	158482,550	1	158482,550	1206,460	,000	,969
modeacc	94,059	3	31,353	,239	,869	,018
Erreur	5123,104	39	131,362			
Total	186113,000	43				
Total corrigé	5217,163	42				

a. R-deux = ,018 (R-deux ajusté = -,058)

Tableau n° 69 : Effet du mode d'accouchement sur le score obtenu au QIC 3 mois après l'accouchement

Les données présentés montre que le mode d'accouchement n'a pas eu d'influence significative sur les scores obtenus au Questionnaire d'Image Corporelle (p .869). **De fait, nous pouvons rejeter H4b2y¹²⁹. Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie n'entraîne pas préférentiellement de modifications de l'image du corps évaluées au QIC 3 mois après l'accouchement.**

¹²⁸ Les tableaux présentés comprennent également une évaluation de l'angoisse liée au mode d'accouchement telle qu'évaluée lors de l'analyse de H4a. Cette présence est expliquée par le fait que nous avons analysé ces aspects conjointement de manière à appréhender leurs éventuelles corrélations et co-influence dans les modèles que nous avons employés.

¹²⁹ **H4b2y :** Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais du Questionnaire d'Image Corporelle observables 3 mois après la naissance de l'enfant.

Nous pouvons maintenant aborder les éléments apportés par l'analyse multivariée des données de l'entretien :

Tests des effets intersujets							
Source	Variable dépendante	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
Modèle corrigé	Vécu difficile et angoissant lié au corps 0-3 mois	,908 ^a	3	,303	1,291	,291	,090
	Angoisse liée au conséquence du mode d'accouchement 0/3 mois	,496 ^b	3	,165	1,382	,263	,096
Constante	Vécu difficile et angoissant lié au corps 0-3 mois	5,214	1	5,214	22,249	,000	,363
	Angoisse liée au conséquence du mode d'accouchement 0/3 mois	,410	1	,410	3,425	,072	,081
modeacc	Vécu difficile et angoissant lié au corps 0-3 mois	,908	3	,303	1,291	,291	,090
	Angoisse liée au conséquence du mode d'accouchement 0/3 mois	,496	3	,165	1,382	,263	,096

Tableau n° 70 : Effet du mode d'accouchement sur l'item de l'entretien VDAC 3 mois après

A nouveau nous pouvons constater que l'image du corps évaluée en entretien 3 mois après l'accouchement n'est pas influencée par le mode d'accouchement. **Nous pouvons donc rejeter H4b2x¹³⁰. Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie n'entraîne donc pas préférentiellement de modifications de l'image du corps évaluées par le biais de l'entretien 3 mois après l'accouchement.**

9 mois après l'accouchement

Les données obtenues sont présentées dans les deux tableaux suivants :

Tests des effets intersujets						
Variable dépendante: Score QIC après accouchement 3-9 mois						
Source	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
Modèle corrigé	925,298 ^a	3	308,433	2,274	,095	,149
Constante	176044,738	1	176044,738	1298,077	,000	,971
modeacc	925,298	3	308,433	2,274	,095	,149
Erreur	5289,167	39	135,620			
Total	213429,000	43				
Total corrigé	6214,465	42				

Tableau n° 71 : Effet du mode d'accouchement sur les scores au QIC 9 mois après l'accouchement

¹³⁰ **H4b2x** : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais de l'entretien observables 3 mois après la naissance de l'enfant.

L'évaluation réalisée sur les données du QIC neuf mois après l'accouchement montre la présence d'une tendance à la significativité ($p .095$). Nous avons toutefois approfondi par le biais d'un test complémentaire et il s'avère que cette tendance est induite par une baisse des scores au QIC dans le groupe césarienne. Les femmes ayant eu une césarienne ont donc tendance à présenter un score d'image corporel moins élevé que les autres femmes 9 mois après l'accouchement. Le score moyen obtenu pour le groupe épisiotomie quant à lui ne différait ni de celui du groupe VBS ni du groupe déchirure. **Nous pouvons donc rejeter H4b3y¹³¹. Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie n'entraîne préférentiellement pas de modification de l'image du corps évaluée au QIC 9 mois après la naissance de l'enfant.**

Nous pouvons maintenant aborder l'approche de l'image du corps abordée en entretien :

Tests des effets intersujets							
Source	Variable dépendante	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
Modèle corrigé	Vécu difficile et angoissant lié au corps 3-9 mois	1,924 ^a	3	,641	4,351	,010	,251
	Angoisse liée au conséquence du mode d'accouchement 3/9 mois	,124 ^b	3	,041	,605	,616	,044
Constante	Vécu difficile et angoissant lié au corps 3-9 mois	2,988	1	2,988	20,264	,000	,342
	Angoisse liée au conséquence du mode d'accouchement 3/9 mois	,102	1	,102	1,498	,228	,037
modeacc	Vécu difficile et angoissant lié au corps 3-9 mois	1,924	3	,641	4,351	,010	,251
	Angoisse liée au conséquence du mode d'accouchement 3/9 mois	,124	3	,041	,605	,616	,044

Tableau n° 72 : Effet du mode d'accouchement évalué en entretien 9 mois après l'accouchement

L'évaluation réalisée sur les données extraites de l'entretien montre que le mode d'accouchement a une influence sur l'image du corps des femmes 9 mois après l'accouchement ($F=4.351$ et $p .010$). L'emploi d'un test de Bonferroni nous a donc permis d'approfondir cet aspect en comparant deux à deux les moyennes de chaque modalité de la variable "mode d'accouchement". Autrement dit, nous avons comparé les moyennes obtenues au sein de chaque sous-groupe (GD, GE, GC, GVBS) pour mettre en évidence la présence de différences significatives grâce au tableau suivant :

¹³¹ **H4b3y** : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais du Questionnaire d'Image Corporelle observables 9 mois après la naissance de l'enfant.

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: Vécu difficile et angoissant lié au corps 3-9 mois

Bonferroni

(I) Mode d'accouchement	(J) Mode d'accouchement	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
VBS	Déchirure	-,33	,169	,337	-,80	,14
	Épisiotomie	-,13	,160	1,000	-,57	,32
	Césarienne	-,67*	,202	,013	-1,23	-,10
Déchirure	VBS	,33	,169	,337	-,14	,80
	Épisiotomie	,21	,147	,980	-,20	,62
	Césarienne	-,33	,192	,543	-,87	,20
Épisiotomie	VBS	,13	,160	1,000	-,32	,57
	Déchirure	-,21	,147	,980	-,62	,20
	Césarienne	-,54	,184	,032	-1,05	-,03
Césarienne	VBS	,67	,202	,013	,10	1,23
	Déchirure	,33	,192	,543	-,20	,87
	Épisiotomie	,54	,184	,032	,03	1,05

Tableau n° 73 : Comparaison des moyennes obtenues à chaque mode d'accouchement pour l'évaluation basée sur l'entretien à 9 mois

Comme nous pouvons le constater, les femmes ayant accouché par césarienne font état de difficultés au niveau de l'image du corps significativement plus marquées que celles ayant gardé un périnée intact ou pseudo-intact (Groupe VBS, p .013) ; et que celles ayant reçu une épisiotomie (GE, p .032). L'accouchement par césarienne semble donc être le mode d'accouchement entraînant le plus de difficultés corporelles et de modifications au niveau de l'image du corps lorsqu'il est comparé aux autres mode d'accouchement (à l'exception des accouchements comprenant une déchirure). Cette spécificité rejoint la tendance à la significativité que nous avons évaluée par le biais du QIC montrant une certaine congruence entre nos différents outils. En revanche, nous pouvons souligner que le QIC (comme tous les questionnaires) est moins sensible que l'évaluation spécifique réalisée en entretien.

Face à ce constat nous pouvons toutefois rejeter l'hypothèse H43bx¹³². Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie n'entraîne pas préférentiellement de modifications de l'image du corps évaluée en entretien 9 mois après l'accouchement.

¹³² **H4b3x :** Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais de l'entretien observables 9 mois après la naissance de l'enfant.

1 an après l'accouchement

Un an après l'accouchement, nous obtenons les données suivantes :

Tests des effets intersujets

Variable dépendante: Score QIC après accouchement 9m-1 an

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
Modèle corrigé	199,714 ^a	3	66,571	,387	,763	,029
Constante	186390,525	1	186390,525	1082,202	,000	,965
modeacc	199,714	3	66,571	,387	,763	,029
Erreur	6717,076	39	172,233			
Total	223254,000	43				
Total corrigé	6916,791	42				

Tableau n° 74 : Comparaison des moyennes obtenues à chaque mode d'accouchement pour le QIC 1 an après

Les scores obtenus au QIC évaluant le vécu corporel et l'image du corps un an après l'accouchement ne varient pas en fonction du mode d'accouchement. Il n'y a donc pas d'effet significatif du mode d'accouchement sur l'image du corps évalué par le biais du Questionnaire d'image corporelle.

Nous pouvons donc rejeter H4b4y¹³³. Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie n'entraîne pas préférentiellement de modifications de l'image du corps observables au Questionnaire d'Image Corporelle 1 an après l'accouchement.

¹³³ **H4b4y** : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais du QIC observables 1 an après la naissance de l'enfant.

Nous pouvons maintenant aborder les éléments questionnés par l'entretien :

Tests des effets intersujets

Source	Variable dépendante	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
Modèle corrigé	Vécu difficile et angoissant lié au corps 9m-1an	1,211 ^a	3	,404	6,516	,001	,334
	Angoisse liée au conséquence du mode d'accouchement 9m/1an	,000 ^b	3	,000	.	.	.
Constante	Vécu difficile et angoissant lié au corps 9m-1an	,803	1	,803	12,963	,001	,249
	Angoisse liée au conséquence du mode d'accouchement 9m/1an	,000	1	,000	.	.	.
modeacc	Vécu difficile et angoissant lié au corps 9m-1an	1,211	3	,404	6,516	,001	,334
	Angoisse liée au conséquence du mode d'accouchement 9m/1an	,000	3	,000	.	.	.

Tableau n° 75 : Effet du mode d'accouchement sur l'image du corps évaluée en entretien 1 an après l'accouchement

L'analyse des données extraites de l'entretien montre que le mode d'accouchement a bien une influence significative sur l'image du corps des patientes évaluées par le biais de l'entretien 1 an après la naissance de l'enfant ($F=6.516$ et $p .001$). Il est donc nécessaire de pouvoir aborder plus précisément cet aspect par le biais d'un test de comparaison des moyennes.

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: Vécu difficile et angoissant lié au corps 9m-1an

Bonferroni

(I) Mode d'accouchement	(J) Mode d'accouchement	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
VBS	Déchirure	-,08	,110	1,000	-,39	,22
	Episiotomie	,00	,104	1,000	-,29	,29
	Césarienne	-,50*	,131	,003	-,86	-,14
Déchirure	VBS	,08	,110	1,000	-,22	,39
	Episiotomie	,08	,095	1,000	-,18	,35
	Césarienne	-,42*	,124	,011	-,76	-,07
Episiotomie	VBS	,00	,104	1,000	-,29	,29
	Déchirure	-,08	,095	1,000	-,35	,18
	Césarienne	-,50*	,119	,001	-,83	-,17
Césarienne	VBS	,50*	,131	,003	,14	,86
	Déchirure	,42*	,124	,011	,07	,76
	Episiotomie	,50*	,119	,001	,17	,83

Tableau n° 76 : Comparaison des moyennes obtenues entre les modalités de la variable mode d'accouchement en fonction de l'image du corps

Le constat de la significativité est ici sans appel. Comparées à tous les autres modes d'accouchement (GD, GC, GE) évalués par le biais de l'entretien, les césariennes ont

préférentiellement induit une difficulté plus importante au niveau de l'image du corps un an après l'accouchement. Le taux de significativité de chaque comparaison est par ailleurs extrêmement faible induisant la présence d'un fort effet induit par l'opération césarienne sur l'image du corps 1 an après l'accouchement. Sur ce point, notons toutefois que le nombre peu important de patientes incluses dans la modalité césarienne peut avoir influencé à la hausse la valence appréhendée ici. **Nous pouvons alors rejeter H4b4x¹³⁴. Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie n'entraîne pas préférentiellement de modifications de l'image du corps évaluées par le biais de l'entretien et observables 1 an après la naissance de l'enfant.**

Après avoir discuté de l'ensemble de ces points au travers de l'évaluation réalisée par le biais du QIC et de l'entretien, il nous reste maintenant à réaliser cette même analyse à l'aide du test de Rorschach sur la période T₂. Nous avons donc séparé ce temps de réflexion car il ne s'appuyait pas sur des modalités d'étude équivalentes.

✓ Analyse multivariée des facteurs induisant une fluctuation de l'image du corps

Avant de conclure notre analyse, nous avons réalisé une analyse multivariée permettant d'appréhender la présence d'éventuels facteurs ayant une influence sur l'image du corps des femmes en suite de couche. Cette analyse a été réalisée d'une part sur les données de l'entretien et du QIC et d'autre part sur certains indicateurs de l'image du corps au Rorschach. Afin de mener à bien cette analyse complémentaire, nous avons isolé les variables suivantes : *“douleur”* (codée en Non/0 et Oui/1) ; *“dyspareunie”* (codée en Non/0 et Oui/1) ; *“vécu féminin positif”* (codée en Non/0 et Oui/1) ; *“présence d'affects dépressifs”* (codée en Non/0 et Oui/1) ; *“expression traumatique liée à l'accouchement”* (codée en Non/0 et Oui/1) ; *“incontinence”* (codée en Non/0 et Oui/1) ; *“dysfonctionnements sexuels”* (codée en Non/0 et Oui/1) et *“accouchement vécu comme traumatique”* (codée en Non/0 et Oui/1). Puis, nous avons évalué les fluctuations spécifiques de chaque période temporelle (T₁, T₂ et T₃) déterminées par le mode d'accouchement. Notons toutefois ici que bien que présentées toutes ensemble, chaque analyse multivariée n'a été réalisée que sur une période temporelle spécifique pour éviter d'évaluer des incidences potentielles aberrantes entre variables.

¹³⁴ **H4b4x** : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais de l'entretien observables 1 an après la naissance de l'enfant.

Nous présentons donc premièrement les résultats obtenus 9 mois après l'accouchement concernant les indicateurs de l'image du corps au test de Rorschach :

Liste variables	Entre 3 et 9 mois				
	Rep de soi intègre	Rep de soi atteinte	Rep de soi parcellaire	Rep de soi fragmentée	Nombre Defect
Mode d'accouchement	NS	NS	NS	NS	NS
Vécu féminin positif	NS	NS	NS	NS	NS
Douleur	NS	NS	NS	NS	NS
Dyspareunie	NS	NS	NS	NS	Tendance à la significativité (F=3.156 et p .087)
Dysfonctionnement sexuel	NS	NS	NS	NS	Tendance à la significativité (F=3.785 et p=.062)
Affects dépressifs	Significatif (F=6.421 et p .017) d= .192	NS	NS	NS	Tendance à la significativité (F=4.034 et p=.055)
Exp. Trauma. liée à l'accouchement	NS	NS	NS	NS	NS
Acc. vécu comme traumatique	Significatif (F=6.203 et p .019) d= .167	NS	NS	NS	NS

Tableau n° 77 : Facteurs influençant l'évolution d'indicateurs de l'image du corps au Rorschach 9 mois après l'accouchement

La première information que nous pouvons remarquer dans ce tableau, c'est que parmi les indicateurs évalués, peu varient. De même, le mode d'accouchement ne semble toujours pas être lié à une variation significative des types de représentations de soi. En revanche, la présence d'affects dépressifs (F=6.421 et p .017) ou encore la perception d'un accouchement vécu comme traumatique (f=6.203 et p .019) est significativement corrélée aux fluctuations du nombre de représentations de soi intègres. Il est par ailleurs probable que ce nombre soit impacté à la baisse. L'émergence d'études quantitatives portant sur ces aspects pourrait être une source d'apports riches, utiles à la validité empirique de la grille de représentation de soi au Rorschach. Enfin, la présence de dyspareunies, de dysfonctionnements sexuels ou encore d'affects dépressifs sont tous trois considérés comme des variables ayant tendance à faire varier le nombre de réponses defect. A nouveau il est possible que les réponses défauts puissent représenter qualitativement l'expression de ces atteintes corporelles.

La seconde analyse que nous avons réalisée porte quant à elle sur le Questionnaire d'Image Corporelle et l'évaluation réalisée en entretien. Les données obtenues ont été concentrées au sein du tableau suivant :

Liste variables	Entre 0 et 3 mois		Entre 3 et 9 mois		Entre 9 mois et 1 an	
	Vécu Difficile et angoissant lié au corps	Score au QIC	Vécu Difficile et angoissant lié au corps	Score au QIC	Vécu Difficile et angoissant lié au corps	Score au QIC
Mode d'accouchement	NS	NS	Significatif (F=3.625 et p .026) d= .287	Significatif (F=4.461 et p .011) d= .331	Significatif (F=21.498 et p .000) d= .697	NS
Vécu féminin positif	NS	NS	NS	Significatif (F=11.994 et p .002) d= .308	NS	NS
Douleur	Significatif (F=11.086 et p .003) d= .299	NS	NS	NS	-	-
Dyspareunie	NS	NS	NS	NS	Significatif (F= 16.639 et p. 000) d= .373	Tendance à la Significativité (F=3.658 et p .066)
Dysfonctionnement sexuel	NS	NS	NS	NS		Significatif (F=5.907 et p .022) d= .174
Incontinence	NS	NS	-	-	-	-
Affects dépressifs	NS	Significatif (F=6.073 et p .021) d= .189	NS	NS	NS	NS
Exp. Trauma. liée à l'accouchement	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Acc. vécu comme traumatique	NS	NS	NS	NS	NS	NS

Tableau n° 78 : Facteurs ayant un impact sur l'image du corps, évalués en entretien et à l'aide du QIC.

Le premier élément que nous pouvons remarquer au sein de ce tableau est que 9 mois après la naissance de l'enfant, le mode d'accouchement reste un donné influençant significativement l'image du corps des femmes en suite de couche. Cela, lorsqu'elle est évaluée au QIC ($F=4.461$ et $p .011$) et en entretien ($F=3.625$ et $p .026$). La tendance à la significativité évaluée précédemment par le biais du QIC a donc été renforcée par notre analyse. Elle est dorénavant considérée comme une variable significative. De même, le mode d'accouchement reste une variable influençant l'image du corps lorsqu'il est évalué en entretien ($F=21.498$ et $p .000$). L'ensemble de ces variations est lié à l'impact négatif de l'opération césarienne après la naissance. Il peut être préférentiellement observé lorsque les difficultés inhérentes à toutes les femmes à 3 mois se sont estompées. Nous pouvons par ailleurs noter que la taille d'effet évaluant la puissance de l'incidence du facteur sur la variable étudiée est très élevée (entre $.28$ et $.70$). Nous pouvons donc considérer que l'opération césarienne impacte fortement l'image du corps des parturientes et que ces effets sont comparativement observables à partir de 9 mois et un an après l'accouchement. Cela, lorsque les conséquences liées aux autres modes d'accouchement se sont estompées.

Dans un second temps, nous pouvons remarquer que la présence d'une dyspareunie influence l'expression portant sur l'image du corps. Cette corrélation a été observée un an après l'accouchement par le biais de l'entretien ($F=16.639$ et $p .373$) et du QIC ($F=3.658$ et $p .066$). A nouveau, comme nous considérons que les effets de l'accouchement s'estompent au fil du temps, il est alors uniquement possible d'observer ces différences de manière comparative longtemps après l'accouchement. Des études de cohorte permettraient par ailleurs une meilleure appréhension de ces aspects.

Enfin d'autres variables comme la présence d'affects dépressifs, la douleur ou un sentiment de féminité affirmé positivement semble liée aléatoirement aux évaluations réalisées. La douleur se retrouve plus facilement évaluée par le biais de l'entretien. Toutefois le score obtenu au QIC semble plus sensible aux fluctuations du sentiment de féminité comme à la présence d'affects dépressifs. Une raison de cette différence semble liée au fait que le QIC évalue au travers d'un item le sentiment de féminité mais aussi d'une certaine manière les affects dépressif par le biais du sentiment d'inanité.

✓ Conclusions générales portant sur l'hypothèse H4b

Le processus d'analyse de cette hypothèse s'est appuyé sur un parcours assez complexe car nous nous sommes appuyés sur 3 outils pour évaluer 4 périodes différentes permettant de tester 10 hypothèses de travail différentes.

Au cours de l'analyse descriptive, nous avons tout d'abord montré que le questionnaire QIC affichait une grande homogénéité des résultats obtenus sur l'ensemble de la période postnatale. Une seule fluctuation semblait pouvoir être observée 9 mois après l'accouchement induisant l'idée d'une baisse de l'indicateur de l'image du corps pour les femmes ayant vécu une césarienne. Dans un second temps, nous avons réalisé cette analyse sur les données extraites de la dynamique des entretiens. Ce faisant, nous avons découvert une grande diversité des vécus en fonction du mode d'accouchement. Aussi, nous avons pu supposer la présence d'une augmentation des difficultés liées à l'image du corps 3 mois après l'accouchement pour les groupes GD, GE, GC. En revanche, cette tendance était beaucoup moins présente et marquée pour les femmes ayant un périnée intact ou pseudo-intact. Neuf mois après l'accouchement, nous avons pu noter une augmentation des difficultés exprimées par les femmes ayant vécu une césarienne alors que toutes les autres femmes semblaient expérimenter une amélioration de leur vécu corporel et donc une meilleure image du corps. Enfin l'image du corps des femmes semble se renforcer positivement un an après l'accouchement.

Nous avons donc tenté d'évaluer cette tendance par le biais d'une ANOVA à mesure répétée. Aucun des deux modes d'évaluation n'a permis de relever que le mode d'accouchement avait un impact sur l'image du corps. Aussi, nous avons considéré que l'épisiotomie n'impactait pas préférentiellement et durablement l'image du corps sur l'ensemble de l'année suivant l'accouchement lorsque cette dernière est évaluée par le biais du QIC ou de l'entretien.

Dans un troisième temps, nous avons exploré les éventuelles fluctuations de l'image inconsciente du corps observables au test de Rorschach. D'un point de vue général, l'analyse qualitative que nous avons réalisée sur les données quantitatives nous a permis de montrer que les femmes ayant vécu une naissance par voie basse et ayant un périnée intact ou pseudo-intact connaissent une amélioration de la qualité de leurs "représentation de soi". Nous pouvons considérer que cette tendance montre ainsi une amélioration de l'image du corps de ces dernières. La même observation a pu être réalisée dans une proportion moins importante pour les femmes ayant vécu une césarienne. En revanche, cette dynamique améliorative n'a pas été retrouvée chez les femmes ayant vécu un accouchement impliquant une épisiotomie ou une

déchirure d'incidence équivalente. En sachant que la période postnatale est souvent synonyme d'une amélioration des indicateurs observés au Rorschach, nous supposons que les femmes ayant reçu une épisiotomie ou vécu une déchirure n'ont pas pu bénéficier de cette amélioration. Toutefois, en l'absence de données normatives publiées portant sur l'évolution en test-retest des indicateurs au Rorschach au cours de la période périnatale, nous n'avons pas souhaité nous positionner sur cette hypothèse en requérant la plus grande prudence sur cet aspect. Nous supposons donc la présence d'une tendance spécifique observée chez les femmes des groupes GD et GE sans pour autant conclure sur un impact de ces deux modes d'accouchement sur l'image du corps.

Enfin, nous avons réalisé une analyse transversale portant sur chaque période T₁, T₂ et T₃. L'ensemble de ces analyses n'a pas démontré d'effet particulier de l'épisiotomie sur l'image du corps. En revanche, nous avons pu montrer que 9 mois et 1 an après l'accouchement, les femmes ayant accouché par césarienne expérimentent préférentiellement des difficultés au niveau de l'image du corps. Cette propension semble liée aux conséquences délétères induites par la réalisation de césariennes d'urgences. Pour certaines femmes, ce contexte a été vécu comme un traumatisme dont les effets se sont exprimés tout au long de l'année suivant l'accouchement.

Pour finir, nous avons conclu cette partie en proposant d'évaluer la présence d'indicateurs subsidiaires ayant un potentiel impact sur l'image du corps. Dès lors, nous avons pu remarquer qu'entre 9 mois et 1 an après l'accouchement, la présence de dyspareunie était liée à des fluctuations de l'image du corps observées en entretien et au questionnaire d'image corporelle. De même, nous avons donc pu confirmer l'impact négatif de la césarienne sur l'image du corps. Nous avons enfin conclu ce parcours en rappelant la nécessité de reproduire ce genre d'étude au sein d'une population plus large.

En conséquence de ce parcours nous avons pu nous positionner sur les hypothèses de travail spécifiques à H4b :

H4b1x : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais de l'entretien au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.

H4b1y : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais du Questionnaire d'Image Corporelle au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.

H4b1z : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais du test de Rorschach au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.

H4b2x : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais de l'entretien observables 3 mois après la naissance de l'enfant.

H4b2y : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais du Questionnaire d'Image Corporelle observables 3 mois après la naissance de l'enfant.

H4b3x : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais de l'entretien observables 9 mois après la naissance de l'enfant.

H4b3y : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais du Questionnaire d'Image Corporelle observables 9 mois après la naissance de l'enfant.

H4b3z : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais du test de Rorschach 9 mois après la naissance de l'enfant.

H4b4x : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais de l'entretien observables 1 an après la naissance de l'enfant.

H4b4y : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de modifications de l'image du corps évaluées par le biais du Questionnaire d'Image Corporelle observables 1 an après la naissance de l'enfant.

A l'exception de l'hypothèse H4b3z face à laquelle nous n'avons pas préféré apporter de conclusion hâtive en l'absence d'indicateurs normatifs de comparaison publiés, toutes les hypothèses ont été rejetées.

Nous pouvons dès lors nous positionner sur l'hypothèse H4b : **“Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition de modification de l'image du corps au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant”**.

En l'état, et en fonction des résultats obtenus à nos hypothèses de travail basées sur un petit échantillon et en rappelant que deux hypothèses de travail n'ont pas été concluantes à cause d'un manque de données comparatives provenant de la littérature scientifique, l'hypothèse H4b est rejetée. Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie n'impact préférentiellement pas l'image du corps des femmes au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.

1.4.3. Interprétations de H4: effet du mode d'accouchement sur la présence d'angoisses somatopsychiques et l'image du corps

La démarche que nous avons employée au cours de cette analyse nous a amené à rejeter H4a et H4b. Autrement dit, nous n'avons pas mis en évidence le fait que l'épisiotomie induisait préférentiellement l'apparition d'angoisses portant sur le corps ni l'apparition de modifications de l'image du corps.

Les modalités d'évaluation de cette hypothèse étaient assez complexes. Tout d'abord, il s'agit d'une approche comparative. Autrement dit, notre hypothèse ne pouvait être significative que si le groupe épisiotomie se détachait très significativement des trois autres modes d'accouchement. Cela, alors que nous avons inclus l'accouchement par césarienne dans notre méthode et que la littérature a déjà pu montrer l'impact de cette chirurgie sur l'image du corps des femmes. Cette inclusion a peut-être entravé l'apparition de données significatives. Nous pensons donc utile de pouvoir reproduire ce type d'analyse juste sur les accouchements par voie basse ce qui permettrait de différencier plus précisément les résultats différenciant le vécu de l'épisiotomie et le vécu lié à la survenue d'une déchirure.

Concernant l'hypothèse évaluant les liens entre l'épisiotomie et la présence d'angoisses somatopsychiques, nous avons montré que seules les femmes ayant eu une épisiotomie ou une déchirure ressentaient des angoisses somatopsychiques. Néanmoins, cette tendance n'a pas été retenue comme significative malgré le fait que ce type d'angoisse concerne ¼ des patientes des groupes GD et GE ! La taille de notre échantillon est vraisemblablement responsable de cet effet. Nous recommandons alors de reproduire ce type d'étude sur une population d'au minimum 100 femmes pour étudier à nouveau cette incidence. En outre, nous avons rappelé que la non-significativité de notre hypothèse ne montrait pas forcément que les femmes ayant eu une épisiotomie étaient moins angoissées.

Effectivement, les variables employées dans notre recherche sont certes éclairantes sur la présence d'angoisse au sens général. Cependant, notre méthode n'a pas pu discriminer les angoisses "normales" correspondant par exemple à la perte de poids, à l'image du ventre en suite de couche etc., des angoisses spécifiques liées au mode d'accouchement. Pour ce faire, seule une analyse qualitative peut aider à différencier ces aspects. Ainsi, nous avons par exemple remarqué que les femmes ayant eu une épisiotomie expriment bien souvent une angoisse récurrente : la peur que la cicatrice se réouvre.

« J'avais la peur que ça se réouvre euh. Enfin que voilà quoi. Et puis souvent on dit que quand on a une épisio' ben il faut attendre. De toute façon on ne va pas forcer quoi » (Jasmin, 3 mois après l'accouchement).

« Ben j'avais peur que je sais pas de ... ben [rire] que ça tienne pas quoi [rire] ben je sais pas c'est bizarre hein ? » (Géranium, 3 mois après l'accouchement).

« Oui que ça se réouvre ... Quand je vais au WC par exemple. C'est bête hein euh. - CC : Que ça se rouvre ? - PI : Ouais ... ouais alors que la sage-femme me disait la cicatrice est parfaite c'est des ... tout et déjà refait et tout donc ... j'étais pas inquiète parce que j'allais bien mais euh ... ça fait bizarre quoi. » (Anémone, 3 mois après l'accouchement).

A la lecture de ces extraits, nous pouvons considérer que l'épisiotomie engendre l'apparition d'angoisses spécifiques. Ici, ces discours montrent une certaine défaillance de la fonction contenante attendant au sexe féminin. Bien souvent, elle est peu exprimée voire inhibée. Nous pensons que la présence de ces fantasmes est une des conséquence de la rupture du périnée lors de l'incision. Cette dernière induirait alors la présence d'une défaillance au sein de l'unité somatopsychique. Aussi, même si ces angoisses n'entravent pas le quotidien des femmes en suite de couche, leur présence ne doit pas être négligée et nous pensons que leur évocation dans la relation soignante peut être apporter un étayage salvateur. De même, nous avons pu remarquer que ces angoissant sont spécifiques à la pratique de l'épisiotomie¹³⁵.

Sur un autre plan, nous avons remarqué qu'avant l'accouchement, de nombreuses femmes déclarent avoir peur 'd'avoir une épisiotomie'. Afin de ne pas forcer le discours sur cet aspect et garder notre positionnement exploratoire, nous n'avons pas exploré spécifiquement ces aspects. Néanmoins il est possible que la représentation sociale mais aussi la représentation réelle de l'épisiotomie soit aussi associée à l'émergence d'angoisses spécifiques liées à l'incision du périnée :

« Fin euh je suis allée en stage euh en maternité donc euh j'ai vu des accouchements [rires partagés]. Et je pense que du coup... 'fin et ben de l'autre côté c'était super bien [rire] mais maintenant que je vais de voir y passer ça m'angoisse encore plus. [...] J'ai vraiment pas euh euh... bon après il y a une épisio' qui m'a je pense euh...-CC : Traumatisée -PI : Oui traumatisée à l'heure actuelle [rire]. Sur le moment je me suis dit euh ouh parce que c'était une maman qui euh devait avoir une césarienne parce qu'il y avait un souci, je pense que ça ne passait pas et euh, elle elle s'était dit je veux je veux et du coup ils ont fait une épisio' je pense que il devait rester 3 centimètres entre l'anus et le vagin. Sur le moment je me suis dit euh... ah ouais euh c'est un beau geste technique [rire]. Et maintenant je me dis ah ouais non non ça va pas être possible euh là non [rire] » (Capucine, 1 mois avant l'accouchement).

¹³⁵ Seule une femmes sur les 12 ayant eu une déchirure a exprimé cette crainte. Elle liait cette angoisse avec un défaut de tonicité général du périnée (Myosotis).

Un peu plus tard dans l'entretien, Capucine nous dira d'ailleurs :

« CC : Il y a des choses que vous redoutez quand-même ? -PI : Bah oui la douleur et tout. C'était vraiment la vision d'ensemble. En plus euh l'épisiotomie euh celle que j'ai vue m'a traumatisée, je me suis dit mais c'est pas possible je ... ils vont ne faire plus qu'un trou [rire] - CC : Comment ça ? - PI : Bah oui parce que l'épisiotomie que j'ai vue là ... [...]Parce que vu comment euh... il devait rester euh... ça [montre environ 1 cm] entre son vagin et son anus. Donc euh quand je les ai vus couper je me suis dit c'est pas possible ... ils vont en faire qu'un ! Et ça va être relié [rire] ».

Ici, le discours exprimé par Capucine (qui n'a pas eu d'épisiotomie au final) montre tout d'abord la présence d'une angoisse liée au fait de recevoir une épisiotomie. Mais plus encore, il nous renseigne sur la peur de l'indifférenciation des espaces internes, consécutive à l'incision du périnée. Cette confusion pourrait être potentiellement liée au développement des femmes et faire écho à une peur inconsciente spécifique déjà commentée par Lou-Andréas Salomé (1915). Des investigations plus précises pourraient être utiles afin d'approfondir la présence de ces angoisses inconscientes.

Dans un deuxième temps, nous avons pu montrer que les femmes ayant accouché par césarienne étaient particulièrement impactées au niveau de l'image du corps. Bien souvent, ces difficultés s'étaient sur un aspect spécifique lié à l'accouchement comme la cicatrice (et notamment en présence de ESPT). Même si ces aspects ne concernent pas toutes les femmes ayant accouché par césarienne, certaines expriment très clairement un malaise profond lié au corps :

« J'ai eu de la chance en un mois j'ai perdu tous mes kilos de naissance... enfin tous mes kilos de grossesse. En un mois j'ai quasiment tout éliminé. Mais euh ouais on n'a plus le même corps quoi on a des marques ouais on n'est plus la même femme quoi pour moi ... et comme je vous dis avec la cicatrice en plus euh [...] Ah ben pour moi c'est une mutilation c'est une horreur c'est juste pas possible quoi ... moi je ne la supporte pas du tout encore à l'heure d'aujourd'hui moi j'ai des séances de kiné pour me la faire masser pour qu'elle soit plus belle moins tendue pour qu'elle me fasse moins mal parce qu'en plus elle me fait super mal cette cicatrice donc j'ai pas de bol. Mais moi y a pas moyen que je la touche. J'ai vu la sage-femme la semaine dernière j'ai dit « c'est pas possible je ne peux pas la toucher elle est là mais ça me rappelle trop de mauvais souvenirs » (Iris, 3 mois après l'accouchement).

« Et puis je me sens pas à l'aise avec la cicatrice. Je me sens pas ... c'est pas ... j'accepte pas du tout mon corps. Entre les vergetures et la cicatrice... elle est horrible en plus. Franchement je suis dégoutée de mon corps » (Iris, 3 mois après l'accouchement).

Comme nous pouvons le remarquer, les difficultés exprimées par Iris sont comme expulsées hors d'elle et ce, de manière crue signant une profonde souffrance et l'incapacité à mentaliser l'évènement vécu. Dans ce contexte, le corps et surtout la cicatrice devient le reflet

de l'effraction mais aussi un rappel constant à la situation traumatique. Il est alors nécessaire de prendre le temps d'aborder la survenue de ces éléments et bien souvent orienter ces femmes vers un accompagnement psychologique adapté.

Enfin, même si l'épisiotomie n'a pas été considérée comme une procédure ayant significativement modifié l'image du corps, nous avons entendu de nombreuses femmes exprimer un vécu difficile par rapport au corps. Toutefois, ce dernier est peu évoqué et bien souvent soumis à de nombreuses inhibitions :

« Ouais ouais je sens quand même quelque chose quoi. -CC : Vous avez peur d'être dérangée par l'image ? -PI : Ouais oui ouais peut être ... je me dis ouais ... ben ça sert à ... ouais ben de toute manière elle est là [La cicatrice] donc bon ... » (Pâquerette, 3 mois après l'accouchement).

« Ben après voilà enfin c'est une... pour moi c'est une cicatrice comme une autre après ça me rappellera ... un peu comme quand on a eu ses règles c'est on a douillé un petit peu ... mais que voilà on oublie un peu aussi quand on voit notre bébé on se dit bon ben voilà on n'a pas souffert trop pour rien. Après voilà on sait qu'elle est là, c'est comme une cicatrice quand on tombe on s'ouvre le doigt quand on faisait les cons avec son frère, pour moi c'est pas ... ça ça ... c'est pas quand j'y repense que je me dis que c'est un mauvais souvenir. Je me dis voilà ça m'a permis d'avoir mon bébé et voilà... » (Jonquille 3 mois après l'accouchement).

Face à ce type de discours, nous pensons qu'il est fort utile de réaliser des études qualitatives permettant d'appréhender ces résultats de manière fine au travers d'une méthodologie explicative. Cela, dans le but de saisir les enjeux inconscients sous-jacents aux discours que nous avons pu recenser.

Enfin, nous avons pu remarquer la présence de difficultés corporelles signant la présence de difficultés au niveau de l'image du corps des patientes rencontrées. Toutefois, les productions discursives sont très peu explicites et nous considérons que la meilleure méthode pour appréhender ces aspects est l'emploi de l'étude de cas :

« Mais pas que pendant un rapport. Ca je vous avais dit que même quand j'allais aux WC j'avais peur. C'est aussi ça qui a freiné hein. Y a pas que la douleur hein. J'avais vraiment peur de ça hein. Bon maintenant j'y pense plus hein. Mais au début euh ... il était hors de question que ... enfin voilà c'était pas possible. Bon en plus, encore quelque chose qui ... qui passe par là entre guillemet [rires], comme si j'en n'avais pas déjà eu assez [rires]. C'est horrible. C'est horrible d'être une femme [rires]. Non mais c'est vrai. On passe ... on passe 9 mois euh ... à se faire toucher après y a un bébé et puis après on essaie de reprendre son rôle mais c'est pas évident. C'est très difficile. Et tout ça, ça a été très intrusif pour moi » (Anémone, 9 mois après l'accouchement).

Pour conclure cette partie, nous tenons à rappeler que même si notre analyse quantitative ne nous permet pas de considérer que la pratique de l'épisiotomie engendre préférentiellement l'apparition d'angoisses somatopsychiques et de difficultés au niveau de l'image du corps, l'analyse qualitative nous apporte un regard différent.

Elle nous permet d'identifier la présence d'angoisses très spécifiques liées au sentiment de contenance sexuel. De même, l'analyse qualitative nous permet d'appréhender la présence de difficultés liées à la notion d'effraction ou d'intrusion relative à l'épisiotomie ou ses conséquences. Il serait alors utile d'explorer plus précisément ces aspects au travers de la réalisation d'études cliniques portant uniquement sur ces aspects.

1.5. Analyse de l'hypothèse numéro 5

L'hypothèse théorique n°5 testée par notre étude est : *“Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie pourrait être vécue comme un phénomène désorganisateur entraînant préférentiellement l'apparition de stress et l'émergence d'un vécu anxieux au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant”*.

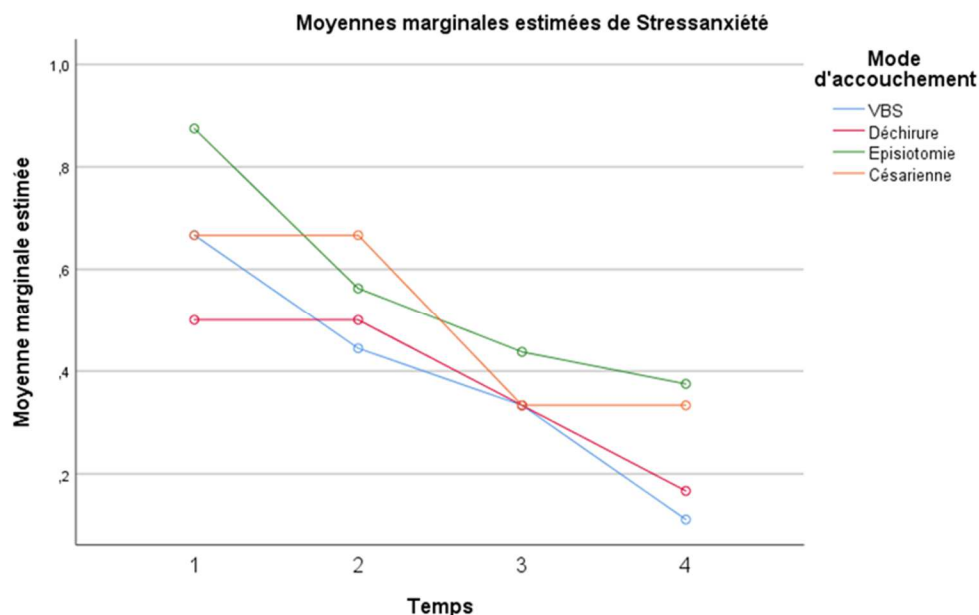
Cette hypothèse est évaluée à l'aide de deux outils différents. D'une part, elle s'appuie sur les données quantitatives obtenues au questionnaire EPDS. D'autre part, elle est évaluée grâce à une variable qualitative obtenue par le biais de l'entretien. Sur l'ensemble de ces données, nous avons réalisé une étude statistique correspondant aux 2 plans d'étude décrits préalablement au sein de la partie opérationnalisation : 1 → (mode)*(temps)*(stress et anxiété) et 2 → (mode)*(période d'évaluation)*(stress et anxiété). Nous présentons donc dans cette partie l'ensemble du processus que nous avons emprunté et les résultats obtenus à ces deux plans d'étude.

1.5.1. Analyse descriptive de H5

L'analyse descriptive que nous proposons concernant H5 s'appuie ici préférentiellement sur la présentation de graphiques.

Le premier graphique représente en fonction des temps d'évaluation T₀, T₁, T₂ et T₃ (respectivement codés 1, 2, 3, 4) la présence de stress et anxiété évaluée en entretien :

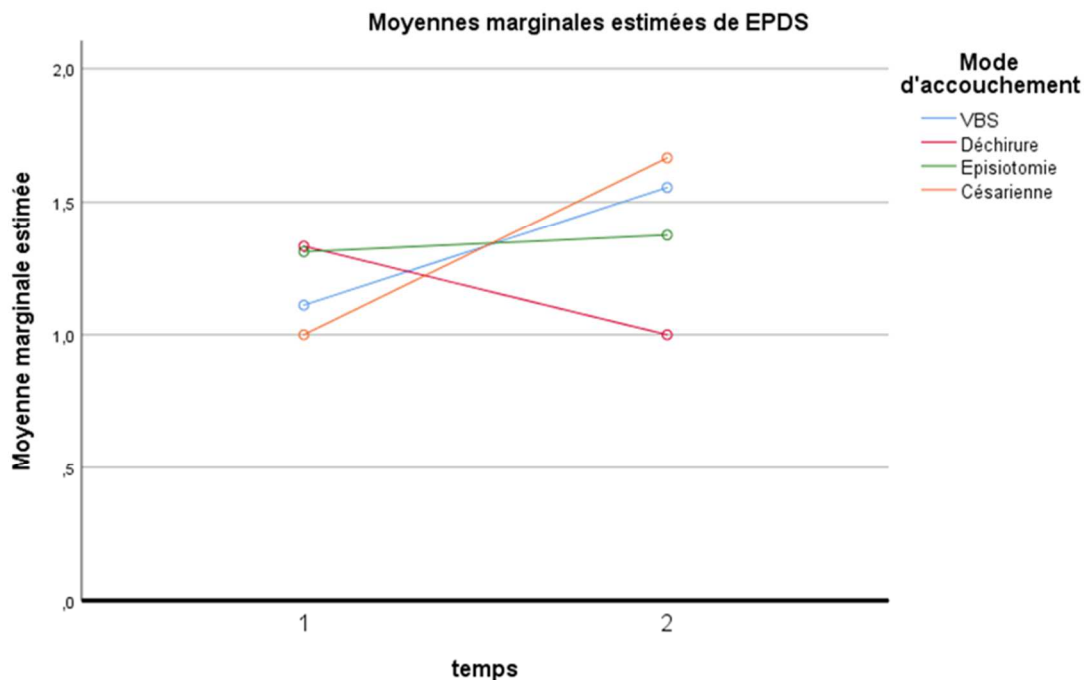
Tableau n° 79 : Présence de stress et anxiété évaluée en entretien en fonction du temps et du mode d'accouchement



L'étude de ce graphique montre tout d'abord une certaine variabilité initiale concernant la présence de stress perçu. En dépit de cet aspect, nous pouvons remarquer qu'une majorité de femmes exprime ressentir du stress et de l'anxiété au cours du mois précédent l'accouchement. Puis, à partir de la naissance de l'enfant, il semble que le taux de stress perçu et exprimé diminue fortement et régulièrement de manière à tendre vers une incidence négligeable 1 an après l'accouchement. Du fait de l'homogénéité des résultats, et si nous n'oublions pas de prendre en compte la différence initiale entre les sous-groupes, nous pouvons supposer que cette dynamique baissière n'est pas influencée par le mode d'accouchement. Nous évaluerons donc ces tendances par le biais d'une analyse spécifique dans les points suivants.

Le second graphique représente en fonction du temps d'évaluation (1=T₀ et 2=T₁) la présence de stress et anxiété évaluée par le biais de l'EPDS :

Tableau n° 80 : Présence de stress et anxiété évaluée par le biais de l'EPDS en fonction du temps et du mode d'accouchement



La représentation graphique que nous obtenons nous permet de constater la présence d'une certaine homogénéité des résultats. De plus, nous pouvons remarquer que l'ensemble des groupes de femmes (à l'exception du groupe "déchirure") a pu expérimenter une légère augmentation de l'indice d'anxiété 3 mois après l'accouchement. Cette augmentation qui est peut-être liée avec les aléas quotidiens engendrés par la venue d'un enfant ne semble pas être spécifiquement marquée. En revanche, à ce stade de l'analyse, nous ne pouvons pas proposer d'explication possible portant sur la baisse du taux d'anxiété des femmes ayant vécu une

déchirure. Il est alors nécessaire de nous positionner sur ces tendances en testant leur significativité statistique.

1.5.2. Analyse de la variance à T0 et détermination du modèle d'étude employé

Afin de pouvoir tester nos hypothèses, il est tout d'abord nécessaire de vérifier la présence d'une différence initiale éventuelle préexistant à notre évaluation. Pour ce faire, nous avons réalisé deux ANOVA unifactorielles. La première est consacrée aux données de l'EPDS avant l'accouchement. La seconde évalue quant à elle les données extraites de l'entretien avant l'accouchement. Les résultats obtenus à ces deux analyses sont présentés au sein des deux tableaux ci-dessous :

		ANOVA				
		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Présence de stress et anxiété avant l'accouchement	Intergroupes	,986	3	,329	1,586	,208
	Intragroupes	8,083	39	,207		
	Total	9,070	42			

Tableau n° 81 : Evaluation de la présence d'anxiété évaluée par l'entretien en fonction du mode d'accouchement à T₀

		ANOVA				
Score anxiété EPDS avant accouchement		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes		,681	3	,227	,181	,909
Intragroupes		48,993	39	1,256		
Total		49,674	42			

Tableau n° 82 : Evaluation de la présence d'anxiété évaluée par l'EPDS en fonction du mode d'accouchement à T₀

En regardant les données obtenues à l'ANOVA, nous pouvons remarquer que pour chacune des évaluations que nous avons réalisées, il n'y a aucune différence intergroupe significatives à T₀. Autrement dit, il n'existait pas de différences initiales discriminant les sous-groupes de notre variable indépendante et influençant l'ensemble de notre analyse. Les groupes de femme que nous étudions ne différaient donc pas en termes de stress et de l'anxiété. Cette précision méthodologique nous a permis de réaliser notre analyse multivariée transversale sans prendre en compte la présence de biais initiaux à T₀.

1.5.3. ANOVA à mesure répétée : influence du mode d'accouchement et du temps sur le stress

Après avoir vérifié l'ensemble des conditions nécessaires à la réalisation d'une ANOVA à mesure répétée, nous avons pu évaluer l'impact de l'association de la variable "temps" et de la variable "mode d'accouchement" sur la présence de stress en suite de couche. Cette évaluation n'a été réalisée que sur la variable dépendante "présence de stress et d'anxiété" car il s'agit de la seule mesure répétée plus d'une fois pour notre hypothèse. Les résultats obtenus à cette analyse sont présentés dans le tableau suivant :

Tests des effets intrasujets

Mesure: Stressanxiété

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification
Temps	Hypothèse de sphéricité	4,145	3	1,382	9,739	,000
	Greenhouse-Geisser	4,145	2,339	1,772	9,739	,000
	Huynh-Feldt	4,145	2,689	1,541	9,739	,000
	Borne inférieure	4,145	1,000	4,145	9,739	,003
Temps * modeacc	Hypothèse de sphéricité	,612	9	,068	,479	,886
	Greenhouse-Geisser	,612	7,018	,087	,479	,848
	Huynh-Feldt	,612	8,068	,076	,479	,870
	Borne inférieure	,612	3,000	,204	,479	,698
Erreur (Temps)	Hypothèse de sphéricité	16,597	117	,142		
	Greenhouse-Geisser	16,597	91,236	,182		
	Huynh-Feldt	16,597	104,885	,158		
	Borne inférieure	16,597	39,000	,426		

Tableau n° 83 : Effet du mode d'accouchement associé au temps sur la présence de stress au cours de l'année suivant l'accouchement

Afin d'interpréter convenablement ces données, nous devons premièrement préciser que la condition de sphéricité n'étant pas respectée et $\epsilon > .75$ il est nécessaire de se reporter à la ligne employant la correction de Huynh-Feldt pour appréhender la significativité de l'hypothèse H_0 suivante :

H_{05a} : Il n'existe pas de différence induite par les modalités de la variable "mode d'accouchement" lorsque l'on évalue par le biais de l'entretien son impact durable sur la présence de stress et d'anxiété, au cours de l'ensemble de la période comprise entre l'accouchement et un an après la naissance.

Comme nous pouvons premièrement le constater, la variable temps affiche un degré de significativité élevée ($F=9.739$ et $p .000$). Cela signifie qu'il n'est pas possible de considérer que la variable temps n'induit pas de différence sur le stress et l'anxiété au cours de l'année (H_0). Autrement dit, la variable "temps" a une influence durable sur la présence de stress en suite de couche. Nous pouvons donc confirmer la tendance observée au cours de notre analyse descriptive. Il existe donc bien une diminution progressive du stress ressenti par les femmes en suite de couche et ce, durant l'année suivant l'accouchement.

En revanche, nous pouvons remarquer qu'un degré de significativité n'est pas atteint lorsque la variable "temps" est associée à la variable "mode d'accouchement". Nous pouvons donc considérer qu'il n'y a pas de différence entre les moyennes lorsqu'elles sont étudiées en présence de l'association des variables "temps" et "mode d'accouchement". Nous ne pouvons donc pas rejeter H_0 au profit de H_1 ($F=.479$ et $p .870$). Autrement dit, le mode d'accouchement associé au temps n'induit aucune différence durable sur la présence de stress en suite de couche.

En conséquence, nous pouvons rejeter l'hypothèse H5a et considérer que l'épisiotomie n'induit pas l'apparition durable de stress ou d'anxiété durant l'année suivant la naissance de l'enfant.

1.5.4. Effet du mode d'accouchement sur le stress et l'anxiété à T₁, T₂ et T₃

Afin d'évaluer pour chaque période spécifique l'effet éventuel du mode d'accouchement sur l'apparition de la variable dépendante "Stress et anxiété", nous avons procédé à deux types d'analyse en fonction du plan d'étude que nous avons construit lors de l'opérationnalisation de nos hypothèses. Nous présentons ici les résultats obtenus par le biais de cette méthode transversale dévolue à chaque période de temps évaluée (T₁, T₂ et T₃). Une analyse multivariée a donc été réalisée à T₁ et deux analyses univariées ont été réalisées à T₂ et T₃. Dans cette perspective, nous avons également affiné chacune d'entre elles en y incluant les potentielles variables indépendantes suivantes : ("pathologie portée par l'enfant" (codée oui/non) ; "Soutien du compagnon" (codée oui/non) ; "Suivi post-natal satisfaisant" (codée oui/non) ; "relation positive à l'enfant" (codée oui/non) ; "dyspareunie" (codée oui/non) et "douleurs" (codée oui/non). A terme, nous présentons donc pour chaque période de temps évaluée les variables indépendantes ayant eu une influence significative sur la présence de stress et d'anxiété après l'accouchement.

Analyse de l'effet du mode d'accouchement 3 mois après la naissance de l'enfant:

Trois mois après l'accouchement, nous avons évalué de deux manières différentes la survenue de stress (par le biais de l'entretien et par le biais d'une sous-catégorie de l'EPDS). Pour cette période spécifique, une analyse multivariée a été réalisée. Elle permet d'appréhender l'effet du mode d'accouchement (VI) sur chacun des deux indicateurs de stress évalués différemment (par le biais de l'EPDS et de l'entretien). Nous avons obtenu le tableau suivant :

Tests des effets intersujets							
Source	Variable dépendante	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
modeacc	Score anxiété EPDS après accouchement	2,274	3	,758	,847	,476	,061
	Présence de stress et anxiété 0-3 mois	,205	3	,068	,254	,858	,019

Tableau n° 84 : Effet du mode d'accouchement sur la présence de stress 3 mois après l'accouchement

Comme nous pouvons l'observer, aucune des deux méthodes d'évaluation n'a montré la présence d'un effet induit par le mode d'accouchement sur le stress et l'anxiété. Le mode d'accouchement n'influence donc pas l'apparition d'un vécu stressant et anxieux trois mois après l'accouchement.

Face à ce constat, nous pouvons donc rejeter H5b1 et H5b2. Autrement dit, nous pouvons considérer que l'épisiotomie n'entraîne préférentiellement pas l'apparition d'un vécu stressant 3 mois après l'accouchement. Cela, que ce dernier soit évalué à l'aide de l'EPDS ou de l'entretien.

Enfin, en intégrant les 6 variables supplémentaires que nous avons préalablement choisies dans le but d'affiner notre modèle, nous avons remarqué qu'aucune des variables évaluées n'était significative. Autrement dit, 3 mois après *la naissance de l'enfant*, *le soutien du compagnon*, *la relation à l'enfant*, *la qualité du suivi post-natal*, *la présence de douleurs* ou *la présence de dyspareunies* n'ont pas d'incidence sur le stress des femmes en suite de couche. Seule une tendance à la significativité a toutefois été relevée à l'item "*pathologie portée par l'enfant*" (F=3.121 et p= .087) et ce, en rapport à la sous-catégorie évaluée par l'EPDS. En somme, à l'exception de la variable "temps" que nous avons isolé comme une variable significative, la présence de stress et d'anxiété ne semble donc pas spécifiquement influencée par les variations inhérentes au contexte périnatal.

Analyse de l'effet du mode d'accouchement sur le stress 9 mois après l'accouchement

Concernant la période correspondant à neuf mois après l'accouchement, nous avons réalisé une analyse univariée permettant d'appréhender l'effet du mode d'accouchement sur la présence de stress évalué en entretien. Nous avons obtenu le tableau suivant :

Tests des effets intersujets

Variable dépendante: Présence de stress et anxiété 3-9 mois

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification
Modèle corrigé	,109 ^a	3	,036	,143	,934
Constante	4,878	1	4,878	19,144	,000
modeacc	,109	3	,036	,143	,934

Tableau n° 85 : Effet du mode d'accouchement sur la présence de stress 9 mois après l'accouchement

La lecture de ce tableau nous montre que le vécu de stress et d'anxiété n'est pas influencée par le mode d'accouchement 9 mois après la naissance de l'enfant. **En conséquence, il nous est possible de rejeter H5c. L'épisiotomie n'entraîne donc préférentiellement pas l'émergence de stress et d'anxiété 9 mois après la naissance de l'enfant.**

Enfin, l'intégration des 6 variables dans notre modèle a révélé que seule la variable "pathologie portée par l'enfant" avait une influence sur l'apparition de stress en suite de couche (F=8.455, p .007 et d =.209).

Analyse de l'effet du mode d'accouchement sur le stress 1 an après l'accouchement

Une dernière analyse a enfin porté sur la période d'un an après l'accouchement. Les données obtenues sont donc présentées au travers du tableau suivant :

Tests des effets intersujets

Variable dépendante: Présence de stress et anxiété 9m-1 an

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification
Modèle corrigé	,547 ^a	3	,182	,931	,435
Constante	2,296	1	2,296	11,720	,001
modeacc	,547	3	,182	,931	,435

Tableau n° 86 : Effet du mode d'accouchement sur la présence de stress 9 mois après l'accouchement

L'ANOVA univariée nous montre ici qu'il n'y a aucune différence induite par le mode d'accouchement concernant le taux de stress et d'anxiété un an après l'accouchement. Le mode d'accouchement n'influence donc pas la survenue de stress et d'anxiété un an après l'accouchement. **Nous pouvons donc rejeter H5d et considérer que l'épisiotomie n'entraîne préférentiellement pas l'apparition de stress et d'anxiété 1 an après l'accouchement.**

Enfin, en intégrant les 6 variables supplémentaires que nous avons sélectionnées pour ce modèle, aucune variable n'a été considérée comme ayant une influence potentielle sur l'apparition de stress et d'anxiété chez les femmes 1 an après l'accouchement. Ainsi, le soutien du compagnon, la relation à l'enfant, la qualité du suivi post-natal, la présence de douleurs ou de dyspareunies n'ont pas eu d'incidence sur le stress des femmes en suite de couche sur toute l'année suivant la naissance de l'enfant.

1.5.5. Conclusions générales de l'hypothèse n°5

✓ Résumé des résultats obtenus à l'analyse de l'hypothèse n°5

L'analyse de l'hypothèse numéro 5 s'est basée sur tout un processus que nous rappelons ici brièvement. Tout d'abord, nous avons remarqué la présence d'une diminution progressive de la présence de stress au cours du post partum et ce, jusqu'à un an après l'accouchement. Nous avons également constaté une grande homogénéité des résultats induisant l'idée que le mode d'accouchement ne semble pas avoir d'effet sur l'émergence de stress et d'anxiété. Enfin, les données obtenues à l'EPDS montraient une légère augmentation de l'anxiété des femmes. Cet aspect tranchait toutefois avec le fait que cette tendance était inversée pour les femmes ayant eu une déchirure.

Nous avons tout d'abord réalisé une ANOVA à mesure répétée. Cette dernière nous a permis de vérifier le fait que les femmes ressentent progressivement moins de stress au fil du temps suivant l'accouchement. Nous pensons ici que l'affirmation progressive du rôle de mère, l'autonomisation progressive de l'enfant, l'éloignement du risque léthal et l'augmentation du sentiment de compétence maternel peut être un facteur explicatif de cette évolution. En revanche, nous avons pu montrer que le mode d'accouchement associé au temps n'induit aucune différence durable sur la présence de stress en suite de couche.

Par la suite, les analyses réalisées à T₁, T₂ et T₃ ont toutes montré que le mode d'accouchement n'avait pas une influence significative sur le stress et l'anxiété vécue après l'accouchement. L'analyse multivariée a toutefois montré que le taux de stress et d'anxiété pouvait toutefois être impacté par la présence d'une pathologie portée par l'enfant dans le post-partum immédiat et 9 mois après l'accouchement.

Nous avons donc pu nous positionner sur l'ensemble de nos hypothèses de travail :

H5a : *L'épisiotomie entraîne préférentiellement et durablement un vécu stressant et anxieux évalué en entretien et dont les effets sont observables tout au long de l'année suivant l'accouchement.*

Comme le mode d'accouchement associé temps n'induit pas de changement significatif sur la présence de stress et d'anxiété en suite de couche et ce, jusqu'à un an après l'accouchement, **nous pouvons rejeter H5a.**

L'épisiotomie n'entraîne pas préférentiellement et durablement un vécu stressant et anxieux évalué en entretien et dont les effets sont observables tout au long de l'année suivant l'accouchement.

H5b1 : *L'épisiotomie entraîne préférentiellement un vécu stressant et anxieux évaluée par le biais d'une sous-catégorie de l'EPDS 3 mois après l'accouchement.*

H5b2 : *L'épisiotomie entraîne préférentiellement un vécu stressant et anxieux évaluée par le biais de l'entretien 3 mois après l'accouchement.*

H5c : *L'épisiotomie entraîne préférentiellement un vécu stressant et anxieux évaluée par le biais de l'entretien 9 mois après l'accouchement.*

H5d : *L'épisiotomie entraîne préférentiellement un vécu stressant et anxieux évaluée par le biais de l'entretien 1 an après l'accouchement.*

A aucun de ces temps, le mode d'accouchement n'a eu d'impact sur le vécu stressant et anxieux. En conséquence H5b1, H5b2, H5c et H5d sont toutes rejetées. L'épisiotomie n'entraîne pas préférentiellement un vécu stressant et anxieux en suite de couche.

✓ Interprétation des résultats obtenus à H3

Les résultats que nous avons obtenus ont permis de montrer que le mode d'accouchement n'avait pas d'incidence sur l'expression du stress perçu. Bien que la période postnatale soumette les femmes à de nombreuses pressions, ces dernières n'ont que très peu évoqué la présence de stress en suite de couche. Tout d'abord, il semblerait que les valences

anxieuses ressenties avant l'accouchement concernent plus particulièrement l'accouchement, l'accordage affectif avec l'enfant ou encore la gestion du "care".

Aussi, trois mois après avoir été confronté à ces sources d'inquiétude, peu d'entre-elles exprimaient être plus stressées que d'ordinaire. Pour celles ayant évoqué cet aspect, il était majoritairement question d'un vécu d'impuissance ou d'une incompréhension en rapport à une situation portant sur l'enfant :

« Oui ... et puis à côté de ça ... il y a des moments où le petit il pleure et on sait pas pourquoi donc euh on a beau tout faire on sait pas ce qu'il a donc on stresse et puis on est stressés donc on le stress aussi ... euh ... donc du coup ben on a pas le choix on attend faut être patient euh ... à l'hôpital on nous dit aussi en plus ben il faut pas faire ci il faut pas faire ça la sage-femme dit autre chose donc au final on est perdu on sait pas ... ça c'est vraiment le truc euh on sait on sait quoi faire parce qu'à l'hôpital on te dit ben vous le mettez pas sur le ventre vous le faites pas dormir sur le ventre vous le faites dormir sur le côté il faut qu'il dorme à plat la sage-femme elle dit il faut qu'il dorme incliné ... on est perdus dans les informations quoi ... c'est ... donc on sait pas quoi faire et on appelle le médecin toutes les 5 minutes [rire] et c'est ouais c'est un peu puis il y a tout le monde qui dit tu devrais pas faire ci tu devrais pas faire ça ... » (Géranium, 3 mois après l'accouchement).

Enfin, dans d'autres circonstances, les femmes évoquaient la difficulté de suivre leur propre raisonnement en dépit de l'ensemble des discours et pressions normatives auxquels elles sont soumises :

« Pas bien du tout, pas bien du tout parce que en fait Juliette n'arrivait pas trouver mon sein et le peu qu'elle le trouvait elle hurlait elle le prenait pas et donc euh moi j'étais assez attachée au fait de l'allaitement donc au départ un peu patiente puis au bout d'un moment ton bébé boit pas donc tu t'inquiètes. Et puis alors là elles disent toutes quelque chose de différent, il y en a une c'était mon sein le problème il y en a une autre c'était « oh votre fille a un frein de langue » il y en a même une qui m'a dit « bah vous voulez la gaver ou quoi » enfin voilà on me parlait comme ça » (Soleil, 3 mois après l'accouchement).

Ainsi, il semblerait que la présence de stress en suite de couche soit majoritairement liée au devenir mère de chaque femme. Les sources d'inquiétude majoritaires que nous avons souvent relevées faisaient référence aux difficultés liées à l'allaitement, aux problèmes de santé de l'enfant (ce qui a été relevé par l'analyse multivariée), ou encore à la peur de ne pas réussir à "être une bonne mère". De même, nous avons relevé que l'ensemble des pressions normatives exercées sur les femmes sous forme d'injonctions ("tu devrais faire cela", "tu ne devrais pas la porter comme cela", "tu devrais la laisser pleurer") est reconnu comme une importante source de stress. En revanche, l'analyse qualitative des entretiens nous a permis de noter que la présence de stress ou d'anxiété n'a pas été associée aux conséquences du mode d'accouchement ni à l'épisiotomie ou son incidence corporelle.

1.6. Analyse de l'hypothèse numéro 6

L'intitulé de l'hypothèse n°6 est : “ *Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant*”.

L'analyse de cette hypothèse s'appuie sur des données provenant de trois outils différents : le test de Rorschach, le questionnaire EPDS et la dynamique des entretiens. Le plan d'étude pour cette hypothèse est à la fois longitudinal (mode)*(temps)*(variable dépendante étudiée) et transversal (mode)*(résultat obtenu à la VD étudiée en fonction de la période d'évaluation spécifique choisie). Ces deux plans correspondent à deux temps spécifiques que nous présentons ici. Nous avons toutefois débuté notre analyse par une présentation des données descriptives obtenues.

1.6.1. Analyse descriptive de H6

L'ensemble des données que nous avons utilisé pour évaluer cette hypothèse a été représenté par le biais de graphiques afin de simplifier l'appréhension des tendances éventuellement observables. Nous présentons tout d'abord celles observées par le biais de l'entretien (1 → T₁ ; 2 → T₂ et 3 → T₃) :

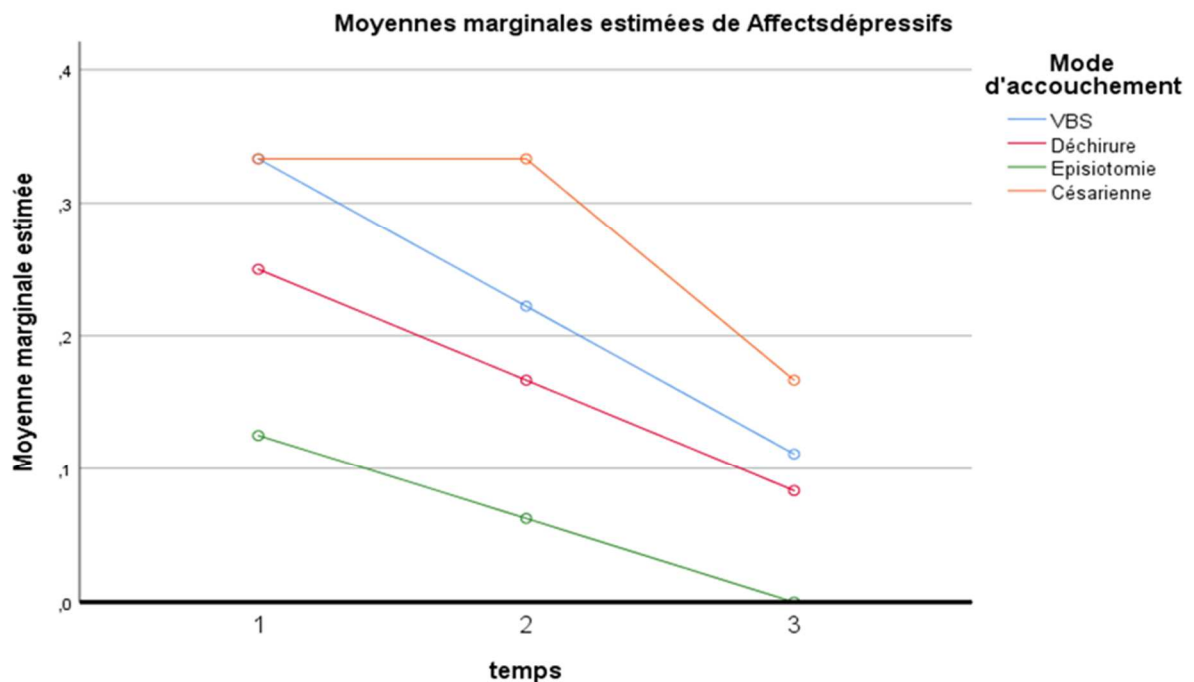


Tableau n° 87 : Présence d'affects dépressifs évalués par le biais de l'entretien en fonction de T₁, T₂ et T₃

L'étude de ce graphique montrant l'évolution des affects dépressifs en fonction du temps montre de prime abord, qu'au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant, la présence d'affects dépressifs évalués par le biais de l'entretien semble s'estomper progressivement. Il n'est toutefois pas possible de nous positionner sur la présence de différence entre ces vécus 3 mois après l'accouchement car nous ne savons pas si ces différences sont liées à une prévalence spécifique dans chaque groupe. De même, nous ne pouvons pas savoir si ces différences étaient présentes auparavant (à T₀). Neuf mois après l'accouchement, nous pouvons toutefois remarquer que comparé aux autres groupes (GD, GE et GC), les femmes ayant eu une césarienne expriment préférentiellement un vécu dépressif. Le groupe césarienne semble également être le seul à ne pas expérimenter de réduction de la prévalence de symptômes dépressifs à cette période. Enfin, les femmes ayant reçu une épisiotomie semblent être les moins concernées par la présence d'affects dépressifs. Le graphique portant sur l'évaluation faite par le biais des entretiens ne semble donc pas mettre en évidence la présence d'effet spécifique de l'épisiotomie sur la présence d'affects dépressifs.

Nous allons maintenant présenter les données obtenues par le biais de l'EPDS. Deux tableaux ont été nécessaires pour représenter ces données. Le premier est consacré au scores obtenus à l'EPDS et l'autre fait état de la présence de dépressions avérées. Enfin, il est important de noter que sur l'axe des abscisses la notation 1 correspond à l'évaluation faite à T₀ et la notation 2 correspond à l'évaluation faite à T₁.

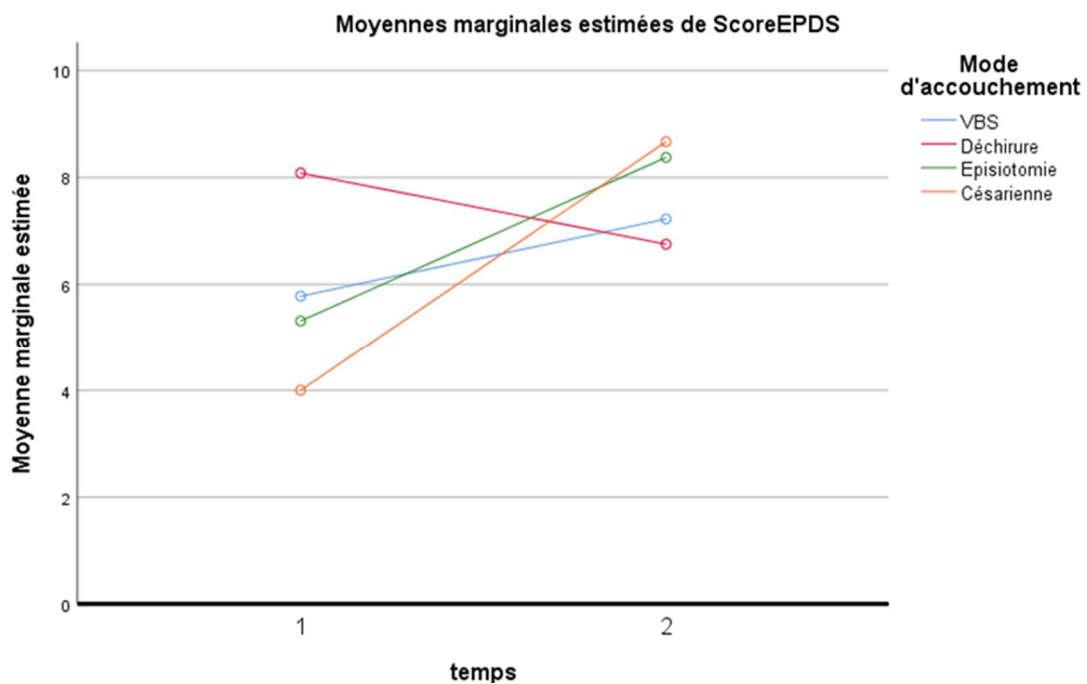


Tableau n° 88 : Evolution des score obtenus à l'EPDS entre T₀ et T₁

La lecture de ce tableau nous montre tout d'abord qu'en dépit de la présence de certaines disparités existant avant l'accouchement, l'ensemble des indicateurs semble converger après la naissance vers une zone correspondant à des scores compris entre 6 et 9. Il semblerait donc que pour toutes les femmes, la période du post-partum immédiat soit caractérisée par la présence d'affects dépressifs. Dans un deuxième temps, nous pouvons remarquer qu'à l'exception du groupe déchirure, la période post-accouchement induit une augmentation de l'incidence de ces troubles. Enfin, nous pouvons aussi remarquer que le groupe épisiotomie et le groupe césarienne affiche le plus haut score moyen 3 mois après l'accouchement. L'étude du contraste avec la période T_0 nous montre également que ces hauts scores sont aussi le reflet de l'augmentation de l'incidence dépressive la plus importante. Autrement dit, les femmes ayant eu une épisiotomie et une césarienne sont celles qui étaient le moins sujettes à la présence d'affects dépressifs avant l'accouchement. Seulement, après l'accouchement ce sont elles qui présentent le plus d'affects dépressifs. Il est donc possible que l'épisiotomie et la césarienne induisent la présence d'une augmentation des affects dépressifs en suite de couche.

Nous pouvons maintenant aborder le graphique portant sur la présence de dépression évaluée par le biais de l'EPDS :

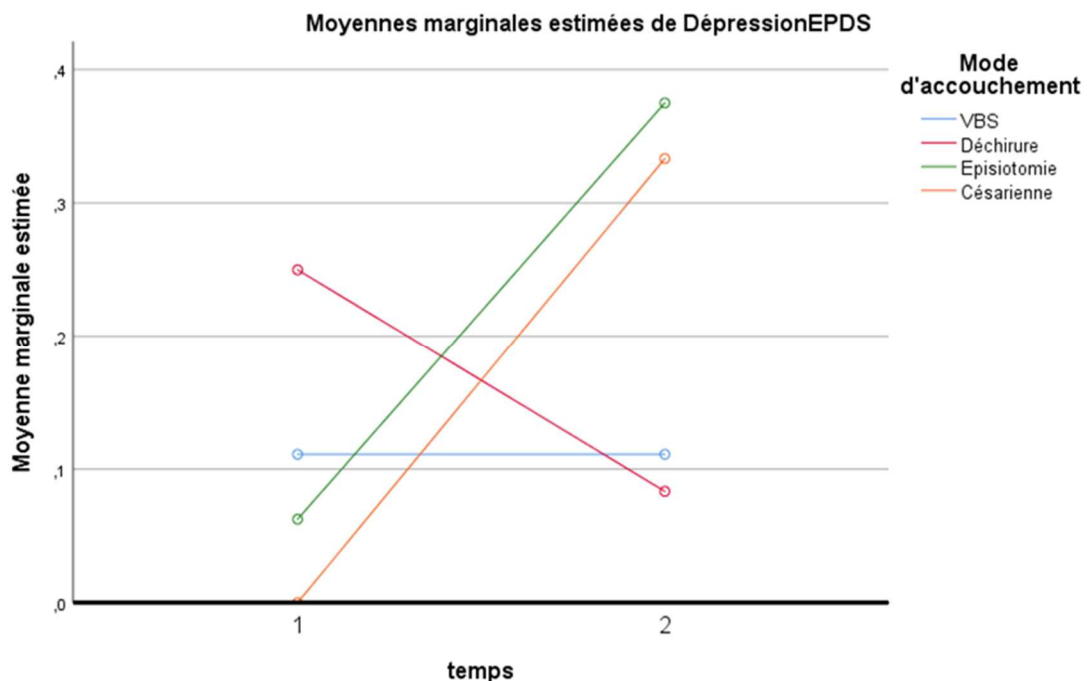
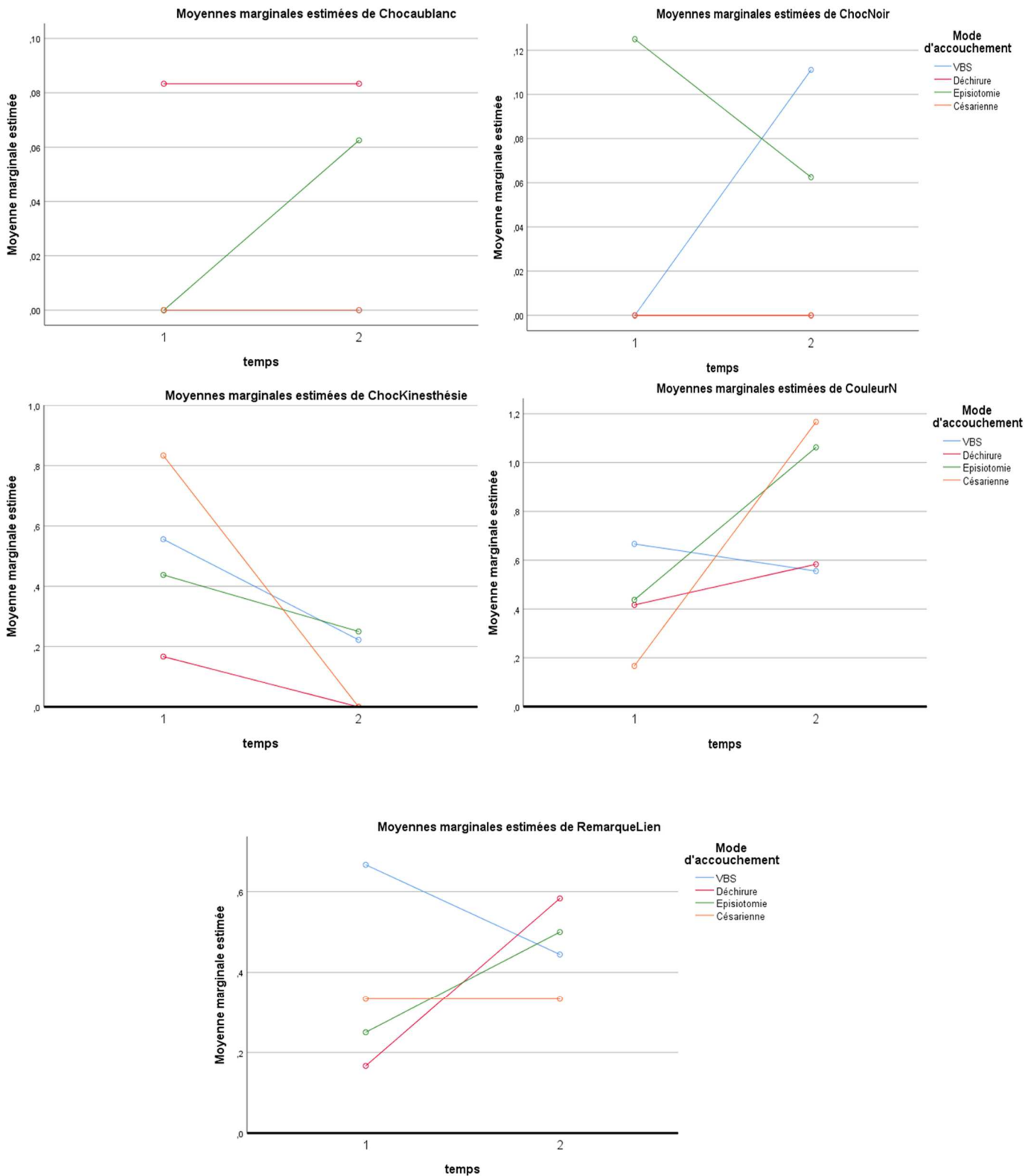


Tableau n° 89 : Evolution du nombre de dépressions évaluées par le biais de l'EPDS entre T_0 et T_1

Au sein de ce graphique, il est possible de repérer la même dynamique que celle observée au niveau des scores de l'EPDS. Il semble donc que la prévalence de la dépression

soit plus importante chez les femmes ayant reçu une épisiotomie ou ayant accouché par césarienne. En revanche, cette dynamique ne semble pas impacter le groupe VBS et déchirure.

Nous pouvons enfin aborder les tendances observées pour chacun des indicateurs du Rorschach :



Les données recueillies au Rorschach nécessitent d’être appréhendées qualitativement et synchroniquement. Tout d’abord, nous pouvons remarquer une grande adéquation entre l’évolution du nombre de C’ et les données observées à l’EPDS. Ainsi, le test de Rorschach montre par le biais de l’évolution des indicateurs C’ (appelé couleurN) que les femmes ayant reçu une césarienne ou une épisiotomie semblent plus soumises à une augmentation de l’incidence des troubles dépressifs. Enfin, nous pouvons voir que le nombre de choc K diminue pour toutes les femmes signant ici la mise en place de la capacité à entrer en relation avec l’enfant et une appréhension de l’altérité moins entravée. De même, le nombre de remarques lien en augmentation chez toutes les femmes montre probablement la demande de soutien et la nécessité de contenance spécifique à la période postnatale. Nous allons maintenant étudier ces tendances à l’aide d’une analyse statistique spécifique.

1.6.2. Analyse de la variance à T₀ et détermination du modèle d’étude employé

Afin d’étudier la présence éventuelle de différences initiales pouvant entraîner un biais interprétatif concernant les résultats observés, nous avons réalisé une ANOVA permettant d’évaluer cette différence potentielle en fonction des sous-groupes constituant le mode d’accouchement. Cela, car la variable “mode d’accouchement” est notre variable indépendante principale. Nous avons donc obtenu le tableau suivant :

		ANOVA				
		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Réponses Choc au blanc avant accouchement	Intergruppes	,060	3	,020	,852	,474
	Intragruppes	,917	39	,024		
	Total	,977	42			
Nombre Choc N avant accouchement	Intergruppes	,157	3	,052	1,166	,335
	Intragruppes	1,750	39	,045		
	Total	1,907	42			
Nombre Choc K avant accouchement	Intergruppes	1,945	3	,648	1,725	,178
	Intragruppes	14,660	39	,376		
	Total	16,605	42			
Nombre de réponses C’ avant accouchement	Intergruppes	,917	3	,306	,376	,771
	Intragruppes	31,688	39	,813		
	Total	32,605	42			
Nombre de Remarque lien avant accouchement	Intergruppes	1,442	3	,481	1,339	,276
	Intragruppes	14,000	39	,359		
	Total	15,442	42			
Score EPDS avant accouchement	Intergruppes	84,090	3	28,030	1,363	,268
	Intragruppes	801,910	39	20,562		
	Total	886,000	42			
Dépression	Intergruppes	,342	3	,114	1,091	,364
	Intragruppes	4,076	39	,105		
	Total	4,419	42			

Tableau n° 90 : Evaluation de la présence de biais initiaux potentiels à T₀

Les données obtenues nous montrent ici qu'aucune différence significative n'a été relevée pour tous les indicateurs étudiés. Nous rappelons néanmoins que dans notre étude seule la présence d'affects dépressifs n'a pas été évaluée par le biais de l'entretien en anténatal. Néanmoins, l'ensemble des indicateurs étudiés ne présentant pas de différences significatives, nous pouvons considérer qu'il n'existe aucun biais initial concernant l'étude de l'hypothèse H6. Le plan d'étude employé n'aura pas à prendre en compte la présence de variations initiales. De plus, nous pourrions associer à notre analyse à mesure répétée une évaluation transversale portant sur chaque période spécifique.

1.6.3. Analyse à mesure répétée (ANOVA) : évolution des indicateurs de la dépression au cours du temps

Afin de réaliser notre analyse de la manière la plus cohérente possible, nous avons séparé nos analyses en fonction de l'outil utilisé. Nous présenterons donc premièrement le tableau obtenu sur les données de l'entretien. Puis, nous discuterons des résultats obtenus par le biais du questionnaire EPDS et enfin nous présenterons les données du test de Rorschach. Nous pouvons dès maintenant présenter les données obtenues en entretien :

Tests des effets intrasujets

Mesure: Affectsdépressifs

Source		Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification
temps	Hypothèse de sphéricité	,558	2	,279	2,320	,105
	Greenhouse-Geisser	,558	1,671	,334	2,320	,115
	Huynh-Feldt	,558	1,871	,298	2,320	,109
	Borne inférieure	,558	1,000	,558	2,320	,136
temps * modeacc	Hypothèse de sphéricité	,051	6	,009	,071	,999
	Greenhouse-Geisser	,051	5,013	,010	,071	,996
	Huynh-Feldt	,051	5,614	,009	,071	,998
	Borne inférieure	,051	3,000	,017	,071	,975
Erreur (temps)	Hypothèse de sphéricité	9,375	78	,120		
	Greenhouse-Geisser	9,375	65,168	,144		
	Huynh-Feldt	9,375	72,979	,128		
	Borne inférieure	9,375	39,000	,240		

Tableau n° 91 : Evaluation de la présence de troubles dépressifs évalués en entretien en fonction du temps et du mode d'accouchement

Pour cette analyse, nous avons pu remarquer que la condition de sphéricité n'était pas respectée et que $\epsilon > 0.75$. Nous avons donc employé la correction de Huynh-Feldt. La lecture de ces résultats, nous permet de considérer que ni la variable "temps" ni l'association de la variable "temps" et "mode d'accouchement" n'impacte significativement la présence d'affect dépressif chez les femmes en suite de couche. Nous notons toutefois une tendance à la significativité pour la variable "temps" ($p .109$) montrant ici la diminution progressive de la

prévalence des troubles dépressifs au cours de la période post-natale que nous avons identifié au cours de l'analyse descriptive. **Nous pouvons en conséquence rejeter l'hypothèse H6a4**¹³⁶. Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie n'entraînerait pas préférentiellement l'apparition durable d'une symptomatologie dépressive évaluée par le biais de l'entretien au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant. Nous présentons maintenant les données obtenues à l'EPDS :

Tests univariés								
Source	Mesure		Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
temps	ScoreEPDS	Hypothèse de sphéricité	72,555	1	72,555	4,688	,037	,107
		Greenhouse-Geisser	72,555	1,000	72,555	4,688	,037	,107
		Huynh-Feldt	72,555	1,000	72,555	4,688	,037	,107
		Borne inférieure	72,555	1,000	72,555	4,688	,037	,107
	Dépression	Hypothèse de sphéricité	,271	1	,271	2,505	,122	,060
		Greenhouse-Geisser	,271	1,000	,271	2,505	,122	,060
		Huynh-Feldt	,271	1,000	,271	2,505	,122	,060
		Borne inférieure	,271	1,000	,271	2,505	,122	,060
temps * modeacc	ScoreEPDS	Hypothèse de sphéricité	96,746	3	32,249	2,084	,118	,138
		Greenhouse-Geisser	96,746	3,000	32,249	2,084	,118	,138
		Huynh-Feldt	96,746	3,000	32,249	2,084	,118	,138
		Borne inférieure	96,746	3,000	32,249	2,084	,118	,138
	Dépression	Hypothèse de sphéricité	,991	3	,330	3,052	,040	,190
		Greenhouse-Geisser	,991	3,000	,330	3,052	,040	,190
		Huynh-Feldt	,991	3,000	,330	3,052	,040	,190
		Borne inférieure	,991	3,000	,330	3,052	,040	,190

Tableau n° 92 : Evaluation de la présence de troubles dépressifs évalués en entretien en fonction du temps et du mode d'accouchement

Comme pour l'étape précédente, la condition de sphéricité n'a pas été observée. Aussi comme $\epsilon > .75$, nous avons employé la correction de Huynh-Feldt. Tout d'abord, nous pouvons remarquer que la variable du "temps" n'est pas corrélée à la présence de la variable "dépression" mais elle l'est plutôt avec la variable "scores de l'EPDS" ($F=4.688$ et $p .037$). Autrement dit, entre avant accouchement et 3 mois après l'accouchement, les scores de l'EPDS varient en fonction du temps. Toutefois cette variation n'est pas assez importante pour faire également varier le taux de dépression évalué. Dans un second temps, nous pouvons remarquer que les scores obtenus à l'EPDS ne sont pas significativement corrélés à l'association de la variable temps et mode d'accouchement. Comme le mode d'accouchement associé au temps n'est pas corrélé aux fluctuations des scores obtenus à l'EPDS, **nous pouvons rejeter l'hypothèse H6a1**¹³⁷. **Nous pouvons donc considérer que l'épisiotomie n'entraîne pas préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive durable évaluée grâce**

¹³⁶ **H6a4** : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition durable d'une symptomatologie dépressive évaluée par le biais de l'entretien au cours de l'année suivant la naissance.

¹³⁷ **H6a1** : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive durable évaluée grâce à l'EPDS 3 mois après l'accouchement et ce, en fonction de la période avant l'accouchement.

à l'EPDS 3 mois après l'accouchement en fonction de la période avant l'accouchement.

Néanmoins, il nous semble très important de préciser que la p value de cette hypothèse est très faible ($.118$). Nous pouvons donc identifier une tendance à la significativité montrant une prévalence de l'augmentation des troubles dépressifs pour les femmes ayant eu une césarienne ou une épisiotomie. Le rejet de cette hypothèse doit donc être toujours accompagné des précautions nécessaires et surtout rappeler la petite taille de notre échantillon et les biais entraînés potentiellement par la généralisation de cette donnée.

En revanche, l'ANOVA à mesure répétée a pu montrer que le nombre de dépression est significativement lié à l'association du mode d'accouchement et du temps ($F=3.052$ et $p .040$). Autrement dit, entre avant l'accouchement et après l'accouchement, en prenant en compte l'évaluation réalisée à T_0 , au moins un mode d'accouchement est significativement plus associé à l'apparition de dépressions évaluées par l'EPDS 3 mois après l'accouchement. Nous avons donc tenté d'explorer plus précisément cette information pour comprendre le rôle joué par l'épisiotomie. Comme le logiciel (sans les extensions supplémentaires) que nous avons utilisé ne permet pas d'utiliser de test post-hoc déterminant la significativité de ces différences, nous avons représenté les contrastes entre T_0 et T_1 grâce aux données descriptives que nous possédons :

Tableau n° 93 : Données descriptives portant sur les taux moyens de dépression évalués par l'EPDS à T_0 et T_1

Statistiques descriptives				
	Mode d'accouchement	Moyenne	Ecart type	N
Dépression	VBS	,11	,333	9
	Déchirure	,25	,452	12
	Episiotomie	,06	,250	16
	Césarienne	,00	,000	6
	Total	,12	,324	43
Dépression à 3 mois	VBS	,11	,333	9
	Déchirure	,08	,289	12
	Episiotomie	,37	,500	16
	Césarienne	,33	,516	6
	Total	,23	,427	43

L'étude des données descriptives montre ici les contrastes suivants : Groupe Voie Basse Simple (+0) ; Groupe Déchirure (-17%) ; Groupe Episiotomie (+31%) ; Groupe Césarienne (+33%). Aussi, en prenant en compte le fait que le groupe épisiotomie et le groupe césarienne affichent d'une part les 2 moyennes les plus élevées des quatre groupes, que les écarts intergroupes évalués par le biais de l'ANOVA à mesure répétées sont considérés comme significatifs ($p .005$), mais aussi que les contrastes observés montrent clairement une prévalence de l'augmentation de la dépression pour le groupe épisiotomie (+31%) et pour le groupe césarienne (+33%). Cela, comparé aux taux de contraste pour le groupe VBS (+0%) et pour le

groupe déchirure (-17%), nous pouvons considérer que le groupe épisiotomie et le groupe césarienne sont tous deux plus concernés par l'apparition de dépressions du post-partum 3 mois après l'accouchement que le groupe déchirure et le groupe VBS.

Nous pouvons donc valider partiellement l'hypothèse H6a2¹³⁸. Comparée à la survenue d'une naissance laissant un périnée intact ou pseudo-intact ou d'une déchirure équivalente, l'épisiotomie et la césarienne entraînent préférentiellement l'apparition de dépressions évaluées par le biais de l'EPDS 3 mois après l'accouchement.

Données obtenues au test de Rorschach :

Source	Mesure		Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
temps	Chocablanc	Hypothèse de sphéricité	,005	1	,005	,122	,728	,003
		Greenhouse-Geisser	,005	1,000	,005	,122	,728	,003
		Huynh-Feldt	,005	1,000	,005	,122	,728	,003
		Borne inférieure	,005	1,000	,005	,122	,728	,003
	ChocNoir	Hypothèse de sphéricité	,003	1	,003	,119	,732	,003
		Greenhouse-Geisser	,003	1,000	,003	,119	,732	,003
		Huynh-Feldt	,003	1,000	,003	,119	,732	,003
		Borne inférieure	,003	1,000	,003	,119	,732	,003
	ChocKinesthésie	Hypothèse de sphéricité	2,730	1	2,730	16,459	,000	,297
		Greenhouse-Geisser	2,730	1,000	2,730	16,459	,000	,297
		Huynh-Feldt	2,730	1,000	2,730	16,459	,000	,297
		Borne inférieure	2,730	1,000	2,730	16,459	,000	,297
	Remarquélien	Hypothèse de sphéricité	,233	1	,233	,513	,478	,013
		Greenhouse-Geisser	,233	1,000	,233	,513	,478	,013
		Huynh-Feldt	,233	1,000	,233	,513	,478	,013
		Borne inférieure	,233	1,000	,233	,513	,478	,013
	CouleurN	Hypothèse de sphéricité	3,334	1	3,334	6,451	,015	,142
		Greenhouse-Geisser	3,334	1,000	3,334	6,451	,015	,142
		Huynh-Feldt	3,334	1,000	3,334	6,451	,015	,142
		Borne inférieure	3,334	1,000	3,334	6,451	,015	,142
temps * modeacc	Chocablanc	Hypothèse de sphéricité	,020	3	,007	,174	,914	,013
		Greenhouse-Geisser	,020	3,000	,007	,174	,914	,013
		Huynh-Feldt	,020	3,000	,007	,174	,914	,013
		Borne inférieure	,020	3,000	,007	,174	,914	,013
	ChocNoir	Hypothèse de sphéricité	,087	3	,029	1,236	,310	,087
		Greenhouse-Geisser	,087	3,000	,029	1,236	,310	,087
		Huynh-Feldt	,087	3,000	,029	1,236	,310	,087
		Borne inférieure	,087	3,000	,029	1,236	,310	,087
	Chockinesthésie	Hypothèse de sphéricité	1,066	3	,355	2,143	,110	,141
		Greenhouse-Geisser	1,066	3,000	,355	2,143	,110	,141
		Huynh-Feldt	1,066	3,000	,355	2,143	,110	,141
		Borne inférieure	1,066	3,000	,355	2,143	,110	,141
	Remarquélien	Hypothèse de sphéricité	1,194	3	,398	,875	,462	,063
		Greenhouse-Geisser	1,194	3,000	,398	,875	,462	,063
		Huynh-Feldt	1,194	3,000	,398	,875	,462	,063
		Borne inférieure	1,194	3,000	,398	,875	,462	,063
	CouleurN	Hypothèse de sphéricité	2,987	3	,996	1,927	,141	,129
		Greenhouse-Geisser	2,987	3,000	,996	1,927	,141	,129
		Huynh-Feldt	2,987	3,000	,996	1,927	,141	,129
		Borne inférieure	2,987	3,000	,996	1,927	,141	,129

Tableau n° 94 : Evaluation de l'évolution du nombre de critères caractéristiques des troubles dépressif au Rorschach en mesure répétée

¹³⁸ H6a2 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement l'apparition de dépressions évaluées grâce à l'EPDS 3 mois après l'accouchement et ce, en fonction de la période avant l'accouchement.

Pour l'ensemble des critères évalués, la condition de sphéricité n'a pas été respectée. Aussi, comme tous les $\epsilon > .75$, nous avons employé la correction de Huynh-Feldt pour appréhender les résultats. Nous pouvons alors remarquer que le nombre de choc K ($F=16.459$ et $p .000$) mais aussi le nombre de réponses C' ($F=6.451$ et $p .015$) varient en fonction du temps. Nous ne nous positionnerons toutefois pas sur ces résultats maintenant car nous ne disposons toujours pas de données normatives concernant l'évolution des indicateurs Rorschach entre avant l'accouchement et après l'accouchement. En outre, ces données nous renseignent plus sur les conséquences du devenir mère que celui entraîné par le mode d'accouchement. Elles seront donc employées au sein d'études complémentaires à ce travail de thèse. Enfin, nous pouvons remarquer qu'aucun des critères évalués ne varie en fonction de l'association du mode d'accouchement et de l'évaluation initiale à T₀.

Bien conscient que cette analyse quantitative n'est pas aussi fine que l'analyse qualitative de chaque Rorschach nous rejetons tout de même l'hypothèse H6a3¹³⁹. Nous pouvons considérer qu'en nous appuyant sur une analyse quantitative en test-retest des données du Rorschach, l'épisiotomie n'entraîne pas préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive 9 mois après l'accouchement.

1.6.4. Analyse transversale des données étudiées

Afin d'évaluer nos données sous un angle transversal indépendant de l'évaluation à T₀ (mais prenant toutefois en compte le fait qu'il n'y a pas de biais évaluatif sur ce point), nous avons réalisé un temps d'évaluation spécifique en fonction de chaque période de temps évaluée (T₁, T₂ et T₃) en fonction des outils employés. Nous présentons donc cette analyse pour chaque temps d'étude spécifique :

¹³⁹ H6a3 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive évaluée grâce au test de Rorschach 9 mois après l'accouchement et ce, en fonction de la période avant l'accouchement.

3 mois après l'accouchement

Les données obtenues par le biais de l'analyse multivariée sont présentées dans le tableau présenté ci-dessous :

Tests des effets intersujets							
Source	Variable dépendante	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
Modèle corrigé	Score EPDS après accouchement	25,762 ^a	3	8,587	,317	,813	,024
	Dépression à 3 mois	,786 ^b	3	,262	1,482	,234	,102
	Présence d'affects dépressifs 0-3 mois	,341 ^c	3	,114	,605	,616	,044
Constante	Score EPDS après accouchement	2270,623	1	2270,623	83,788	,000	,682
	Dépression à 3 mois	1,924	1	1,924	10,892	,002	,218
	Présence d'affects dépressifs 0-3 mois	2,561	1	2,561	13,622	,001	,259
modeacc	Score EPDS après accouchement	25,762	3	8,587	,317	,813	,024
	Dépression à 3 mois	,786	3	,262	1,482	,234	,102
	Présence d'affects dépressifs 0-3 mois	,341	3	,114	,605	,616	,044

Tableau n° 95 : Effet du mode d'accouchement sur les indicateurs de dépression 3 mois après l'accouchement

La MANOVA montre ici qu'aucune des variables sélectionnée n'est significativement corrélée avec le mode d'accouchement.

De fait, nous pouvons rejeter H6b1¹⁴⁰, H6b2¹⁴¹ et H6b3¹⁴². Nous pouvons considérer qu'étant évaluée de manière transversale en dans les conditions imposées par notre échantillon, l'épisiotomie n'entraîne pas préférentiellement l'apparition de symptômes dépressifs 3 mois après l'accouchement.

Toutefois, une précision est ici nécessaire concernant le rejet de H6b2. Effectivement, l'hypothèse est ici rejetée dans les conditions de l'analyse réalisée. Autrement dit, si nous n'intégrons pas les éléments évalués à T₀ cette hypothèse est rejetée. Néanmoins, l'analyse à mesure répétée étant plus précise et plus caractéristique, elle supplante donc celle réalisée de manière transversale dans ce contexte. Aussi, le rejet de H6b2 n'impact pas la validité de l'hypothèse H6a2.

¹⁴⁰ H6b1 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive évaluée grâce à l'EPDS 3 mois après la naissance de l'enfant.

¹⁴¹ H6b2 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement l'apparition de dépressions évaluées grâce à l'EPDS 3 mois après la naissance de l'enfant.

¹⁴² H6b3 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement l'apparition de symptômes dépressifs évalués grâce à l'entretien 3 mois après la naissance de l'enfant.

9 mois après l'accouchement :

Tests des effets intersujets							
Source	Variable dépendante	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
Modèle corrigé	Réponses Choc au blanc après accouchement	,053 ^a	3	,018	,370	,775	,028
	Nombre Choc N après accouchement	,081 ^b	3	,027	,574	,636	,042
	Nombre Choc K après accouchement	,607 ^c	3	,202	1,733	,176	,118
	Nombre de réponse C' après accouchement	2,951 ^d	3	,984	,986	,409	,070
	Nombre de Remarque lien après accouchement	,272 ^e	3	,091	,109	,954	,008
	Présence d'affects dépressifs 3-9 mois	,367 ^f	3	,122	,870	,465	,063
Constante	Réponses Choc au blanc après accouchement	,050	1	,050	1,056	,310	,026
	Nombre Choc N après accouchement	,071	1	,071	1,519	,225	,037
	Nombre Choc K après accouchement	,526	1	,526	4,507	,040	,104
	Nombre de réponse C' après accouchement	26,779	1	26,779	26,841	,000	,408
	Nombre de Remarque lien après accouchement	8,177	1	8,177	9,820	,003	,201
	Présence d'affects dépressifs 3-9 mois	1,454	1	1,454	10,321	,003	,209
modeacc	Réponses Choc au blanc après accouchement	,053	3	,018	,370	,775	,028
	Nombre Choc N après accouchement	,081	3	,027	,574	,636	,042
	Nombre Choc K après accouchement	,607	3	,202	1,733	,176	,118
	Nombre de réponse C' après accouchement	2,951	3	,984	,986	,409	,070
	Nombre de Remarque lien après accouchement	,272	3	,091	,109	,954	,008
	Présence d'affects dépressifs 3-9 mois	,367	3	,122	,870	,465	,063

Tableau n° 96 : Effet du mode d'accouchement sur les indicateurs de dépression 9 mois après l'accouchement

L'analyse effectuée nous montre qu'aucun des indicateurs ne varie en fonction du mode d'accouchement 9 mois après la naissance de l'enfant.

Aussi, nous pouvons rejeter les hypothèses H6c1¹⁴³ et H6c2¹⁴⁴. Nous pouvons donc considérer que dans les conditions de notre étude l'épisiotomie n'entraîne pas préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive lorsqu'elle évaluée 9 mois après l'accouchement par le biais du test de Rorschach ou par le biais de l'entretien.

¹⁴³ H6c1 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive évaluée grâce au test de Rorschach 9 mois après la naissance de l'enfant.

¹⁴⁴ H6c2 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive évaluée grâce à l'entretien 9 mois après la naissance de l'enfant.

1 an après l'accouchement

La dernière analyse que nous avons réalisé est une ANOVA univariée portant sur le lien entre le mode d'accouchement et la présence d'affects dépressifs évalués en entretien un an après l'accouchement.

Tests des effets intersujets

Variable dépendante: Présence affects dépressifs à 9m-1 an

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
Modèle corrigé	,152 ^a	3	,051	,748	,530	,054
Constante	,308	1	,308	4,549	,039	,104
modeacc	,152	3	,051	,748	,530	,054
Erreur	2,639	39	,068			
Total	3,000	43				
Total corrigé	2,791	42				

a. R-deux = ,054 (R-deux ajusté = -,018)

Tableau n° 97 : Effet du mode d'accouchement sur la présence d'affects dépressifs évalués en entretien 1 an après l'accouchement

A nouveau les résultats obtenus montrent qu'1 an après l'accouchement le mode d'accouchement n'influence pas la survenue d'affects dépressifs. **Nous pouvons donc rejeter H6d¹⁴⁵. L'épisiotomie n'entraîne pas l'apparition d'une symptomatologie dépressive évaluée par le biais de l'entretien un an après l'accouchement.**

1.6.5. Influence des facteurs potentiels étudiés sur la présence de troubles dépressifs

Avant de proposer une conclusion portant sur les liens entre l'épisiotomie et la survenue de troubles dépressifs et/ou de dépression du post-partum, nous avons réalisé une dernière analyse multivariée transversale impliquant de nombreux facteurs potentiels. Les variables retenues sont "baby blues" ; "dyspareunie" ; "dysfonctionnement sexuel" ; "angoisse liée au mode d'accouchement" et "soutien du compagnon". Elles ont été testées en fonction des temps de passation des outils à 3mois, 9mois et 1 an après l'accouchement. L'intérêt de cette démarche est d'une part, d'apporter une validité inter-étude à nos résultats et d'autre part, évaluer l'incidence de probables associations spécifiques (comme la dyspareunie sur la survenue de dépression). Cette fois-ci, nous n'avons toutefois pas présenté ces données sous

¹⁴⁵ H6d : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entrainerait préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive évaluée grâce à l'entretien 1 an après la naissance de l'enfant.

forme de tableau du fait de la grande diversité des indicateurs étudiés. Aussi nous présentons ces indicateurs par écrit en structurant notre présentation en fonction du temps d'étude :

3 mois après l'accouchement :

L'analyse que nous avons menée a montré une corrélation significative entre la présence de dyspareunie et le score obtenu à l'EPDS ($F=7.139$, $p .012$ et $d= .198$). De même une tendance à la significativité a été observée entre dyspareunie et dépression ($p .076$). Face à ce constat, nous pensons que l'épisiotomie, la présence de dyspareunies et la présence de troubles dépressifs sont des variables toutes trois corrélées entres-elles. Cette association est d'ailleurs congruente avec les données de la littérature. Des recherches explicatives permettraient par ailleurs d'explorer de manière plus précise ces aspects.

Enfin, nous avons pu remarquer que le fait d'avoir expérimenté un baby-blues était significativement corrélé avec la présence d'affects dépressifs 3 mois après l'accouchement ($F=4.092$ et $p .05$).

9 mois après l'accouchement :

En appréhendant les critères retenus au Rorschach mais aussi les données de l'entretien, nous avons tout d'abord pu remarquer que la présence de dysfonctionnement sexuels est liée à une hausse des réponses C' ($F=6.738$, $p .015$ et $d=.194$) mais aussi à la présence d'affects dépressifs ($F=5.050$, $p .033$ et $d=.153$). Premièrement, la congruence observée entre l'évolution du nombre de cotations C' et la présence d'affects dépressifs évalués en entretien nous rappelle que les cotations qualitatives du Rorschach évaluent bien les dimensions qu'elles sont censées étudier. Deuxièmement, nous pouvons considérer que la présence de dyspareunie est associée à un vécu dépressif. Néanmoins, la méthode statistique que nous avons employé ne nous permet pas de découvrir quelle variable influe sur l'autre et sous quelle forme. Il serait alors nécessaire de réaliser une étude de cohorte comparative pour approfondir ces aspects.

Dans un second temps, nous avons pu remarquer que le soutien du compagnon est corrélé à la présence d'affects dépressifs ($F=5.191$, $p .031$ et $d=.156$) mais aussi il a tendance à être corrélé au nombre de "choc N" ($F=3.821$ et $p .061$). Nous pensons que cette corrélation montre bien que l'absence de soutien du conjoint en suite de couche a un fort impact sur le vécu dépressif des femmes en suite de couche. De plus, cette corrélation est retrouvée 1 an après l'accouchement ($F=11.303$, $p .002$ et $d=.274$). Enfin, nous avons pu remarquer que la présence d'angoisses liées aux conséquences du mode d'accouchement est corrélée au nombre de

réponse “Choc N” ($F=5.508$, $p .026$ et $d=.164$) et au de réponses “ C ” ($F=6.339$, $p .018$ et $d=.185$). A ce stade de notre analyse, il nous est en revanche difficile d’interpréter cette donnée.

Pour finir, un an après l’accouchement, la seule variable significative (le soutien du compagnon corrélé avec la présence d’affect dépressifs) a été déjà commentée. Ces précisions apportées, nous pouvons maintenant proposer un résumé des conclusions apportées à notre hypothèse.

1.6.6. Conclusions générales portant sur l’hypothèse n°6

✓ Résumé des résultats obtenus à l’analyse de H6

L’analyse que nous avons réalisée s’appuie sur un processus spécifique ayant évalué H6 en trois temps distincts (T_1 , T_2 et T_3) et ce, avec trois outils différents (entretien, questionnaire EPDS et Rorschach).

Une première analyse descriptive a été réalisée sur les données obtenues. Ainsi, l’observation des données de l’entretien a montré la présence d’une tendance baissière concernant la présence d’affects dépressifs. Cette dernière s’exprimait entre la période d’évaluation T_1 et T_3 . De même, nous avons pu souligner que les femmes ayant eu une césarienne semblaient ne pas être concernées par cette baisse 9 mois après l’accouchement. Elles étaient alors les femmes les plus concernées par la présence d’affects dépressifs. Dans un second temps, nous nous sommes focalisé sur les données de l’EPDS. Nous avons pu remarquer que les scores bruts mais aussi le nombre de dépression affichaient une augmentation 3 mois après l’accouchement. En comparant ces données avec celles obtenues au cours de la grossesse, nous avons pu remarquer que l’incidence des affects dépressifs augmente entre la période pré et post-natale. En outre, nous avons constaté que cette augmentation était extrêmement marquée pour les patientes ayant reçu une épisiotomie ou accouché par césarienne. Enfin, les données obtenues au Rorschach ont montré la même dynamique. Plus précisément, le nombre de C’ augmentait fortement pour les patientes ayant reçu une épisiotomie ou une césarienne. Nous avons donc présupposé que la survenue d’une épisiotomie ou d’une césarienne augmentait la prévalence d’affects dépressifs. Puis, nous avons testé la significativité de ces tendances à l’aide de deux analyses distinctes.

La première analyse a consisté à réaliser une ANOVA à mesure répétée. Les données obtenues en entretien n’ont pas montré la présence d’un effet induit par le mode

d'accouchement sur la présence d'affects dépressifs. Cette affirmation s'est trouvée vraie pour toutes les périodes évaluées. Nous avons donc rejeté H64a en considérant que l'épisiotomie n'entraînait pas l'apparition durable d'affects dépressifs au cours de la période postnatale seulement lorsque cette dernière était évaluée sur la durée et par le biais de l'entretien.

De même, nous avons réalisé la même analyse sur le test de Rorschach. Toutes les données n'étaient pas significatives. Autrement dit, le mode d'accouchement n'influçait pas significativement les fluctuations des indicateurs sélectionnés. Nous avons toutefois noté que le nombre de C' semblait s'approcher de la tendance à la significativité et nous pensons qu'une étude de plus grande ampleur pourrait proposer des résultats différents. En dépit de ces observations nous avons rejeté H6a3 en considérant que l'épisiotomie n'entraînait pas préférentiellement l'apparition de troubles dépressifs évalués par le biais du test de Rorschach 9 mois après l'accouchement.

Enfin, nous avons réalisé une analyse sur les données obtenues à l'EPDS 3 mois après l'accouchement. Une tendance à la significativité a été trouvée concernant le score obtenu à l'EPDS. Autrement dit, le mode d'accouchement aurait une tendance à avoir une influence sur la présence d'affects dépressifs évalués par le biais du questionnaire EPDS. Néanmoins, n'étant pas significatif, nous avons rejeté H6a1 en préconisant de réaliser des études plus spécifiques sur cet aspect tendanciel. Également, nous avons évalué l'influence du mode d'accouchement sur la présence d'une dépression du post-partum. L'analyse à mesure répétée a montré que le mode d'accouchement avait une influence significative sur la présence de dépressions du post-partum. Nous avons donc réalisé manuellement une comparaison des contrastes et avons découvert que les femmes ayant eu une épisiotomie ou une césarienne étaient plus sujettes à vivre un épisode dépressif trois mois après l'accouchement. Cela, lorsque ce dernier était évalué par le biais de l'EPDS. En conséquence, nous avons validé l'hypothèse de travail H6a2.

Dans un troisième temps, nous avons réalisé une évaluation transversale ne tenant pas compte de l'évaluation initiale et donc du facteur "durée". Cela, en rappelant qu'aucune variabilité initiale source de biais n'avait été observée par notre étude. Nous avons étudié les données en fonction de chaque temps spécifique (T_1 , T_2 et T_3). Après avoir réalisé cette analyse, nous avons pu remarquer que le mode d'accouchement n'avait pas d'impact significatif sur toutes les variables étudiées. Nous avons donc rejeté H6b1, H6b2, H6b3 et H6d.

Au sein de cette dynamique, nous avons obtenu un résultat antagoniste à ce qui avait été trouvé par le biais de l'analyse à mesure répétée. D'une part l'analyse à mesure répétée nous

permettait de valider le fait que l'épisiotomie entraînait préférentiellement l'apparition de dépression. D'autre part, l'analyse transversale multivariée réfutait ce constat. Aussi, après avoir expliqué la différence d'évaluation entre ces deux analyses nous avons rappelé que l'analyse à mesure répétée était plus fiable car elle tenait compte de l'évaluation initiale. De fait, nous avons considéré que le rejet de H6b2 (étudiant les liens entre dépression évaluée à l'EPDS et mode d'accouchement à 3 mois) n'invalidait pas ce même intitulé étudié grâce à l'ANOVA à mesure répétée. Nous avons donc confirmé le fait que l'épisiotomie entraînait préférentiellement avec la césarienne la survenue de dépression 3 mois après l'accouchement.

Pour finir, nous avons réalisé une analyse multivariée intégrant de nombreux facteurs subsidiaires. Nous avons entre autres montré que la présence de dyspareunie ou encore le soutien du compagnon étaient corrélées à la présence d'affects dépressifs.

Nous pouvons dès lors nous positionner sur l'ensemble des hypothèses de travail sous-jacentes à l'étude de H6 :

H6a1 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive durable évaluée grâce à l'EPDS 3 mois après l'accouchement et ce, en fonction de la période avant l'accouchement.

L'hypothèse a été rejetée.

H6a2 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition de dépressions évaluées grâce à l'EPDS 3 mois après l'accouchement et ce, en fonction de la période avant l'accouchement.

L'hypothèse a été validée. Comparée aux accouchement comportant une déchirure équivalente ou ayant laissé le périnée intact ou pseudo-intact, l'épisiotomie comme la césarienne entraînent préférentiellement la survenue de dépressions.

H6a3 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive évaluée grâce au test de Rorschach 9 mois après l'accouchement et ce, en fonction de la période avant l'accouchement.

L'hypothèse a été rejetée.

H6a4 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition durable d'une symptomatologie dépressive évaluée par le biais de l'entretien au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.

L'hypothèse a été rejetée.

H6b1 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive évaluée grâce à l'EPDS 3 mois après la naissance de l'enfant.

L'hypothèse a été rejetée.

H6b2 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition de dépressions évaluées grâce à l'EPDS 3 mois après la naissance de l'enfant.

L'hypothèse a été rejetée. Néanmoins ce résultat est supplanté par la validation de l'hypothèse basée sur l'analyse à mesure répétée.

H6b3 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition de symptômes dépressifs évalués grâce à l'entretien 3 mois après la naissance de l'enfant.

L'hypothèse a été rejetée.

H6c1 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive évaluée grâce au test de Rorschach 9 mois après la naissance de l'enfant.

L'hypothèse a été rejetée.

H6c2 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive évaluée grâce à l'entretien 9 mois après la naissance de l'enfant.

L'hypothèse a été rejetée.

H6d : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive évaluée grâce à l'entretien 1 an après la naissance de l'enfant.

L'hypothèse a été rejetée.

Nous pouvons dès lors nous positionner sur l'hypothèse H6 : “ *Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînerait préférentiellement l'apparition d'une symptomatologie dépressive au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant*”.

Nous avons uniquement pu remarquer que l'épisiotomie était liée comme la césarienne à une prévalence du nombre de dépression comparé aux naissances laissant un périnée intact ou pseudo-intact et à la survenue d'une déchirure équivalente.

Nous pouvons donc valider partiellement l'hypothèse H6 et considérer que l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition de dépressions 3 mois après l'accouchement. Nous tenons également à préciser que les autres indicateurs n'ayant pas été retenus comme significatifs au cours de notre analyse pouvaient souvent s'approcher de la borne de significativité. Aussi, nous préconisons l'emploi d'études futures étudiant une incidence populationnelle beaucoup plus large pour confirmer les résultats que nous avons obtenus.

✓ Interprétation des résultats obtenus

Les résultats que nous avons obtenus ont montré que l'épisiotomie comme la césarienne entraînaient préférentiellement l'apparition de dépressions du post-partum. En revanche, nous n'avons pas atteint le seuil de significativité montrant que l'épisiotomie ou la césarienne entraînait une augmentation de l'ensemble des troubles dépressifs. Tout d'abord nous souhaitons rappeler que la taille réduite de notre échantillon a très probablement entravé l'atteinte de cette significativité. Malgré cela, nous avons pu noter une forte congruence entre l'utilisation de l'EPDS et le test de Rorschach. Ces deux outils ont effectivement montré une forte augmentation à 3 mois et 9 mois des indicateurs conscients et inconscients évaluant la présence de troubles dépressifs. Nous pensons donc que la réalisation d'une étude portant sur un échantillon plus important permettrait de mettre en évidence la significativité des tendances que nous avons observées. Cela, à 3 mois après l'accouchement mais aussi 9 mois après.

Concernant la prévalence du taux de dépression chez les patientes ayant reçu une épisiotomie ou une césarienne. Il peut être surprenant de remarquer que cette dimension n'a pas été relevée par l'analyse de l'entretien. Une première raison peut être liée à la méthodologie employée pour analyser ces entretiens. Effectivement, lorsque nous avons procédé à l'évaluation des discours retranscrits, nous avons choisi de nous centrer sur les mots des femmes. Nous n'avons donc pas souhaité interpréter le discours produit en considérant que les outils comme le Rorschach, les questionnaires ou encore l'analyse qualitative ces éléments. Dans ce contexte, nous pensons que l'expression des troubles dépressifs exprimés par les femmes est mobilisée par des sous-entendus portant sur la fatigue ou la difficulté à être femme :

« Je crois que je me néglige en fait ... l'hygiène de base mais pas, plus l'envie de mettre des bijoux, plus de maquillage, donc je dirai que ça en fait partie en plus je me dis que voilà fin euh voilà je suis juste à la maison quoi ... en plus c'est l'automne bon après heureusement que j'ai mes amies quoi ... ils me disent "non bah tant pis, tant pis tu sors quand même ne serait-ce que dix minutes, tu vas à la pépinière et tu reviens" » (Soleil, 3 mois après l'accouchement).

« Je me suis demandé est-ce que c'est par rapport à l'accouchement et tout ? Parce que juste avant ça je me sentais super bien. Et puis après c'est de venu un gros blocage. Je me sentais fatiguée mais je ne voulais pas dormir. Et je me disais que si je dors peut-être que je ne vais pas me réveiller et ça c'était ... » (Jasmin, 3 mois après l'accouchement).

« Non. Je suis pas prête. Je suis pas prête dans mon corps parce que ... j'ai des douleurs. Et puis je pense pas à ça. Et puis de toute façon on est fatigué. C'est pas le moment » (Anémone, 3 mois après l'accouchement).

Ainsi, en empruntant des voies dérivées, l'expression du trouble dépressif n'a peut-être pas été aussi facilement appréhendé. Enfin, il est possible que les modalités de sélection de la variable aient impacté la significativité de cette dernière. Effectivement, nous avons relevé à l'entretien la présence de troubles dépressifs et ce, de manière indifférenciée. Il est donc possible que l'incidence forte des troubles dépressifs exprimés en entretien ait "noyé" l'évaluation de cette hypothèse rendant sa significativité comparative difficilement atteignable.

Une dernière raison semble liée au fait que les femmes n'associent pas forcément le vécu négatif exprimé avec le mode d'accouchement. Nous avons d'ailleurs pu voir que le groupe épisiotomie était le groupe le moins marqué par la présence d'affects dépressifs évalués en entretien. Ici, nous pensons que ce contexte est lié à la perception de l'épisiotomie dans le discours ambiant. Tout d'abord, nous avons remarqué que l'évocation de l'épisiotomie est très généralement accompagnée de justifications rationnelles. De même, avant même de se confronter à l'accouchement, de nombreuses femmes nous ont présenté un discours très affirmé au sujet des bénéfices supposés de l'épisiotomie. Ces discours reprenaient par ailleurs l'ensemble des arguments en vogue dans les années 80. Cela, alors que ces arguments ont tous été réfutés par l'évidence based-medicine au cours des années 90 :

« « J'ai eu une mini épisio mais elle l'a fait parce que voilà elle ne voulait pas que ça se déchire elle n'était même pas sûre que ce soit vraiment ... [...] Bof bah après tout pourquoi pas parce que je me dis si ça se déchire ce n'est pas super quoi au moins là c'est propre » (Pétunia, 3 mois après l'accouchement).

L'association de ces deux aspects nous a permis de nous interroger sur la représentation sociale de l'épisiotomie et la valeur anthropologique recouverte par l'incision du périnée. Une des interprétations possible pourrait considérer que l'épisiotomie peut être inconsciemment perçue comme un rite de passage (Davis-Floyd, 2004). Dans le discours, l'incision du périnée est d'ailleurs souvent présentée comme une épreuve permettant d'accéder au statut de mère grâce à la libération de l'enfant. De part sa nature l'épisiotomie détruit autant qu'elle crée (Shantz, 2016). Effectivement l'effraction du corps laisse ici place à la rencontre de l'enfant et l'avènement de l'identité de mère. Ce faisant elle devient un rite (au sens anthropologique du terme) signant l'avènement du devenir mère. Enfin, chargée de ces fonctions sociales et anthropologiques, il est possible que l'épisiotomie permette également une co-reconnaissance de l'identité de mère dans le discours social. L'épisiotomie est alors invoquée comme un outil au service de l'identité maternelle à l'image d'une formation réactionnelle contre l'agressivité dans les discours de nombreuses femmes. Pour ces dernières, il est donc plus difficile d'exprimer une difficulté attendant à la réalisation d'une épisiotomie.

Dans ce contexte spécifique ne concernant que certaines femmes, il est alors possible que le discours de ces dernières soit un discours plus positif que celui médiatisé par leurs ressentis corporels (induisant un effet de clivage somatopsychique ou une dénégation des éprouvés ressentis) :

« Je disais à ma mère ' « écoute je suis heureuse, je suis comblée » j'ai vraiment tout ce que je rêvais d'avoir, j'y croyais plus c'est arrivé tard, et je me sens pas bien, et je pleure et je pleure, et je pleure [...] » (Soleil, 3 mois après l'accouchement).

L'appréhension de tels mécanismes nécessiterait la mise en place d'étude spécifique comparant de manière qualitative différentes femmes. Il serait toutefois très utile d'étudier ces aspects afin de mettre en perspective les fondements psychopathologiques potentiels de la validation partielle de l'hypothèse H6.

Pour finir, en dehors des aspects que nous avons évoqués précédemment, il est aussi possible que la prévalence des douleurs mais aussi des dyspareunies liées à la pratique de l'épisiotomie (et validées par notre étude) ait eu une influence sur le taux de dépression observé. Préalablement, nous avons pu montrer que la dyspareunie était associée à la présence d'affects dépressifs. De même, les effets de la douleur ne sont pas sans conséquence sur le vécu émotionnel et subjectif des femmes. Enfin, les conséquences secondaires de ces deux symptômes sont nombreuses : reprise difficile de l'intimité relationnelle, épuisement, difficulté dans le "care"... Elles peuvent mener à un isolement ou à un sentiment d'autodépréciation fournissant un terreau à l'émergence de dépressions du post-partum. Ces aspects ont été commentés par la littérature scientifique. Nous les avons par ailleurs évoqué au cours de notre parcours théorique portant sur les conséquences somatopsychiques de l'épisiotomie.

En conclusion, il semblerait que de nombreux facteurs potentiels permettent d'expliquer les liens entre dépression et épisiotomie. Néanmoins, nous préconisons ici la réalisation d'étude interdisciplinaires permettant d'évaluer par le biais de plusieurs disciplines les potentiels facteurs impliqués dans les effets que nous avons commentés.

1.7. Analyse de l'hypothèse numéro 7

L'intitulé de l'hypothèse n°7 est : *“Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie pourrait entraîner préférentiellement l'apparition de traumatismes psychiques au cours de la première année suivant la naissance de l'enfant”*.

Cette hypothèse est divisée en deux sous-hypothèses générales :

H7a : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie pourrait entraîner préférentiellement l'apparition d'un vécu psychique caractérisé par l'expression de difficulté sévères ou l'apparition d'un traumatisme caractérisé lié(s) au mode d'accouchement au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.

H7b : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie pourrait entraîner préférentiellement l'apparition d'un Etat de Stress Post-Traumatique une année après l'accouchement.

Pour étudier ces deux hypothèses, l'entretien et le test de Rorschach ont été utilisés pour H7a, alors que seul le Traumaq a été employé pour évaluer H7b. Dès lors, trois variables provenant de l'étude des entretiens ont été retenues. La première correspond à l'item *“expression traumatique liée à l'accouchement”* (codée en Non/0 et Oui/1 et évaluée à T₁, T₂ et T₃). La seconde est la variable *“accouchement vécu comme traumatique”* (codée en Non/0 et Oui/1 évaluée sans prise en compte de la période temporelle). Enfin, la dernière variable évaluée est *“mode d'accouchement difficilement vécu”* (codé en Non/0 et Oui/1, évaluée sans prise en compte de la période temporelle). Concernant le Rorschach, il s'agit des variables quantitatives *“nombre de refus”* et *“nombre de chocs”* (évaluées à T₂). Enfin, au niveau du questionnaire Traumaq, nous avons utilisé la variable *“score étalonné Traumaq”* obtenue à T₃.

Afin de mener à terme notre analyse, nous avons premièrement évalué H7a et ensuite, nous avons déroulé le processus d'analyse inhérent à H7b.

1.7.2. Analyse de H7a

L'étude de l'hypothèse H7a s'est premièrement appuyée sur une analyse descriptive, suivie d'une analyse à mesure répétée et une analyse transversale. Notre analyse est donc sous-tendue par deux plans d'étude spécifiques. D'une part, nous avons le plan d'étude intégrant la notion de continuité temporelle (mode)*(temps)*(dimension étudiées). Et d'autre part, il correspond au plan d'étude suivant : (mode)*(dimension étudiée en fonction de la période temporelle ‘t’). Mais auparavant, nous avons procédé à l'analyse descriptive de nos données.

✓ Analyse descriptive H7a

Les données descriptives disponibles pour cette hypothèse sont de deux types. D'une part, pour les mesures répétées dans le temps, nous présentons les graphiques représentatifs ("nombre de chocs" ; "nombre de refus" ; "expression traumatique liée à l'accouchement"). D'autre part, pour les mesures uniques ("mode d'accouchement difficilement vécu" ; "accouchement vécu comme traumatique") nous présentons ces données au sein d'un tableau reprenant numériquement les variables utiles à notre analyse. Nous présentons donc en premier lieu les données numériques obtenues par le biais de l'entretien :

		Descriptives							
		N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum
						Borne inférieure	Borne supérieure		
Accouchement vécu comme traumatique	VBS	9	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Déchirure	12	,33	,492	,142	,02	,65	0	1
	Épisiotomie	16	,06	,250	,062	-,07	,20	0	1
	Césarienne	6	,33	,516	,211	-,21	,88	0	1
	Total	43	,16	,374	,057	,05	,28	0	1
Mode accouchement difficilement vécu	VBS	9	,00	,000	,000	,00	,00	0	0
	Déchirure	12	,58	,515	,149	,26	,91	0	1
	Épisiotomie	16	,56	,512	,128	,29	,84	0	1
	Césarienne	6	,33	,516	,211	-,21	,88	0	1
	Total	43	,42	,499	,076	,26	,57	0	1

Tableau n° 98 : Données descriptives portant sur l'évaluation réalisée en entretien

Comme il est possible de le remarquer, la première variable étudiée (AVCT) montre une certaine disparité existant entre les naissances du groupe VBS (\bar{x} =,00 et σ ,00) et épisiotomie (\bar{x} =,06 et σ ,250), et celles du groupe césarienne (\bar{x} =,33 et σ ,516) et déchirure (\bar{x} =,33 et σ ,492). Deux interprétations et tendances peuvent être déduites de ces résultats. Tout d'abord, il semblerait que l'opération césarienne et la survenue d'une déchirure soit considérées comme les modes d'accouchement les plus "traumatogènes". Ensuite, il semblerait que l'épisiotomie et la naissance par voie basse sans morbidité ne soient pas considérées comme tel. Outre ces deux tendances, il est possible que la soudaineté inhérente à la rupture du périnée en cas de déchirure, ou encore la réalisation d'une opération césarienne en urgence puissent engendrer l'appréhension d'un traumatisme. Enfin, concernant les déchirures, il est possible qu'il s'agisse des déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degrés survenues chez au moins 4 patientes au sein de notre échantillon.

Toujours au sein de ce tableau de données numérique, nous pouvons nous porter sur la variable "mode d'accouchement vécu comme difficile". Cette dernière montre qu'aucune

naissance VBS ayant laissé le périnée intact ou pseudo-intact n'a été considérée comme difficile ($\bar{X}=0$ et $\sigma 0$). En revanche, les naissances ayant impliqué une césarienne ($\bar{X}=.33$ et $\sigma .516$), une déchirure ($\bar{X}=.58$ et $\sigma .515$) ou une épisiotomie ($\bar{X}=.56$ et $\sigma .512$) sont beaucoup moins bien vécues. La différence des moyennes obtenues laisse supposer que la survenue d'une épisiotomie ou d'une déchirure équivalente est considérée comme plus difficile comparée à la survenue d'une césarienne et d'une naissance par VBS par voie basse "simple". Il sera alors utile d'étudier ces tendances au cours de notre analyse statistique.

Nous pouvons maintenant nous porter sur l'évolution de la variable "expression traumatique liée à l'expérience de l'accouchement" en fonction du temps :

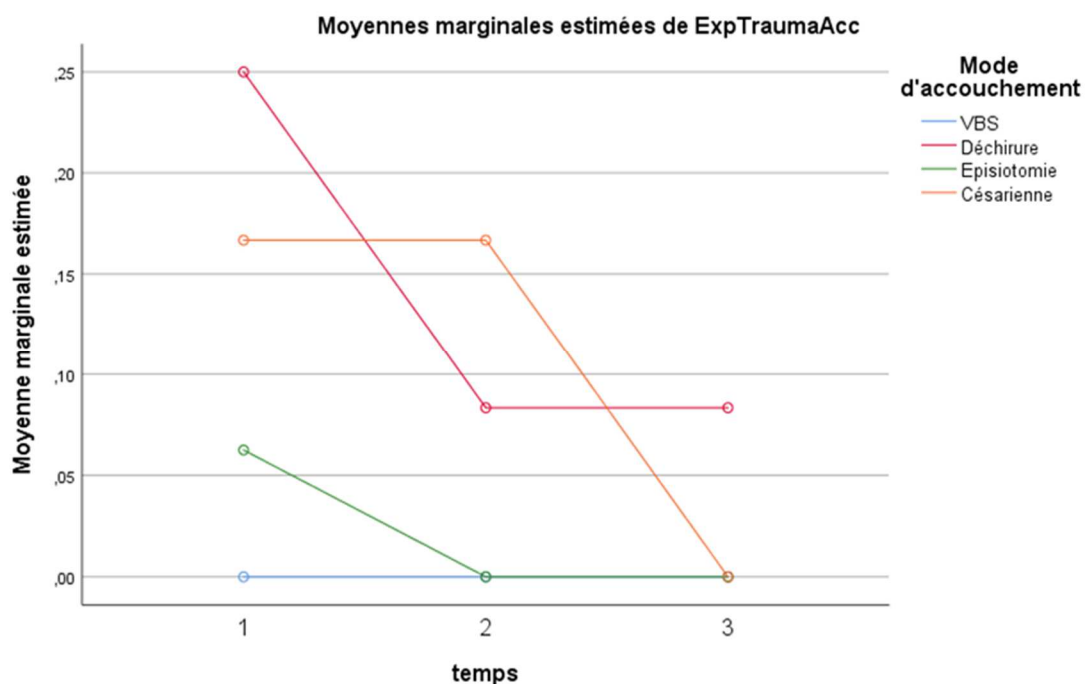


Tableau n° 99 : Données descriptives portant sur l'évaluation réalisée en entretien à T1, T2 et T3 de la variable expression traumatique

Les données présentées semblent plutôt congruentes avec les données de l'item "accouchement vécu comme traumatique". Nous pouvons donc constater que la présence d'un discours caractérisant l'accouchement comme un événement de vie traumatique s'estompe progressivement au fil du temps. A notre sens cette diminution dans le temps est la marque de la mise en place progressive du refoulement concernant le vécu difficile consécutif à l'accouchement. De même, nous pouvons aussi remarquer que les femmes ayant accouché par césarienne ou ayant une déchirure ont plus tendance à exprimer un vécu traumatique. Cette différence reste persistante jusque 9 mois après l'accouchement. Enfin, 1 an après l'accouchement, elle ne concerne plus que les femmes ayant eu une déchirure. Nous étudierons donc ces tendances éventuelles au travers de notre analyse.

Enfin, nous pouvons nous positionner sur les données descriptives obtenues au test de Rorschach :

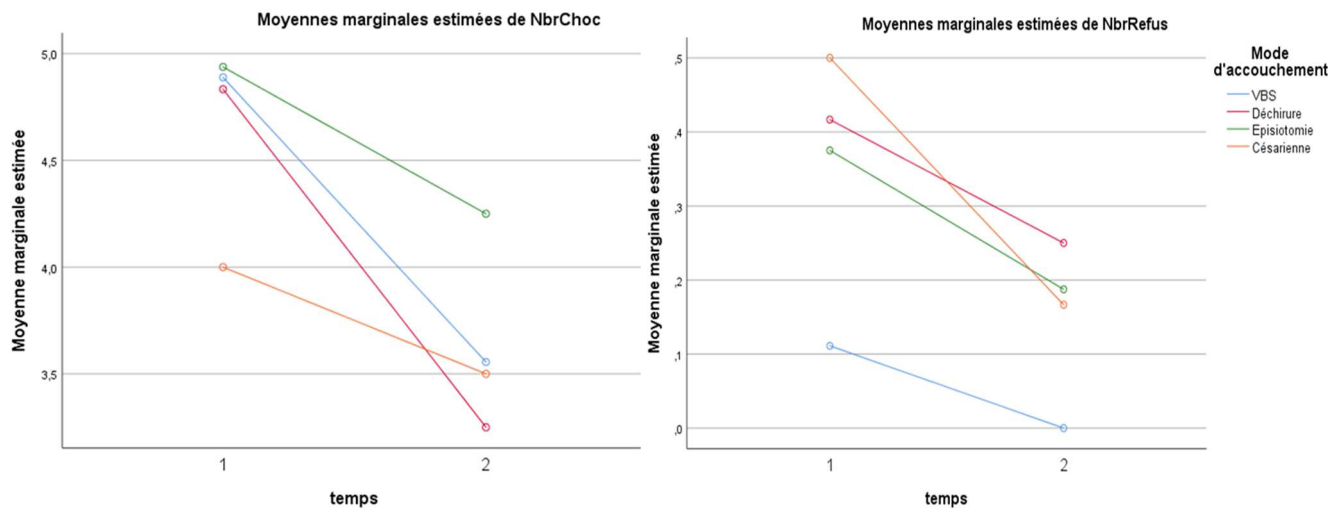


Tableau n° 100 : Données descriptives obtenues au test de Rorschach à T₀ et

Les données obtenues au test de Rorschach montrent ici une grande homogénéité des tendances pour chaque mode d'accouchement. Ainsi, entre l'évaluation initiale réalisée avant l'accouchement et l'évaluation réalisée après l'accouchement, l'ensemble des femmes a exprimé moins de réponses "refus" et moins de réponses "choc". Deux interprétations possibles peuvent être liées à cette tendance. Soit la passation en retest permet une levée des inhibitions et des mouvances angoissantes. Soit, les femmes sont sujettes à une amélioration psychique globale. Nous optons dans ce contexte pour la seconde hypothèse. En revanche, aucune tendance spécifique ne semble émerger de l'étude des modalités de la variable "mode d'accouchement". De plus, il ne semble pas que ces graphiques soulignent une tendance particulière concernant l'épisiotomie. Nous ne nous attendons donc pas à ce que le Rorschach nous aide à discriminer certaines tendances spécifiques sur ce point.

✓ Analyse de la variance à T₀ et détermination des modèles employés

Au sein de cette hypothèse, les deux seules variables ayant pu être étudiées à T₀ sont les variables du Rorschach. Nous avons étudié la présence de biais éventuel afin de déterminer les plans d'étude spécifique que nous pouvions associer à ces deux variables. Les données obtenues sont présentées dans le tableau suivant :

		ANOVA				
		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Nombre Réponses Choc avant accouchement	Intergroupes	4,181	3	1,394	,455	,715
	Intragroupes	119,493	39	3,064		
	Total	123,674	42			
Nombre Refus avant accouchement	Intergroupes	,712	3	,237	,709	,553
	Intragroupes	13,056	39	,335		
	Total	13,767	42			

Tableau n° 101 : Evaluation de la présence de biais initiaux potentiels portant sur les indicateurs du Rorschach à T₀

L'étude des données obtenues montre bien que la variance entre les sous-groupe GE, GC, GVBS et GD n'est pas significativement différente. Autrement dit, il n'existe pas de biais initial présent à T₀ devant être appréhendé. En plus de l'analyse à mesure répétée, il nous est donc possible de réaliser une analyse transversale sur les données du Rorschach. Cela, en ne tenant pas compte des évaluation initiales réalisées à T₀.

✓ Analyse à mesure répétée : évolution des indicateurs du traumatisme au cours du temps

Dans cette partie spécifique, nous n'avons pu aborder que les mesures répétées dans le temps. Aussi cette analyse ne porte que sur les données du Rorschach et la variable "expression traumatique liée à l'accouchement". Les autres variables ont été étudiées de manière transversale dans le point suivant. Nous obtenons donc le tableau suivant pour la variable étudiée en entretien :

Tests des effets intrasujets							
Mesure: ExpTraumaAcc							
Source		Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
temps	Hypothèse de sphéricité	,186	2	,093	3,173	,047	,075
	Greenhouse-Geisser	,186	1,380	,135	3,173	,067	,075
	Huynh-Feldt	,186	1,524	,122	3,173	,062	,075
	Borne inférieure	,186	1,000	,186	3,173	,083	,075
temps * modeacc	Hypothèse de sphéricité	,173	6	,029	,984	,442	,070
	Greenhouse-Geisser	,173	4,141	,042	,984	,426	,070
	Huynh-Feldt	,173	4,573	,038	,984	,431	,070
	Borne inférieure	,173	3,000	,058	,984	,410	,070

Tableau n° 102 : Evaluation de la présence d'expressions traumatiques évalués en entretien en fonction du temps et du mode d'accouchement

Comme la condition de sphéricité n'était pas respectée et que $\epsilon > .75$, nous avons utilisé la correction de Huynh-Feldt. Ce faisant, nous avons pu montrer une tendance à la significativité

concernant la variable temps ($p .062$). Autrement dit, l'expression traumatique liée à l'accouchement est de moins en moins présente en fonction du temps. L'hypothèse de la mise à distance progressive des aspects négatifs de l'accouchement par la mise en place d'un refoulement semble être à nouveau éprouvée par cette valence ayant une tendance à la significativité. En revanche, le temps associé au mode d'accouchement n'a pas d'influence sur la présence d'un discours associant une expression traumatique.

Aussi, nous pouvons rejeter H7a1a¹⁴⁶. Comparée aux autres modes d'accouchement l'épisiotomie n'entraîne pas préférentiellement l'apparition d'un vécu psychique caractérisé par une expression de souffrance durable, une forte difficulté ou la persistance durable et continue d'un traumatisme caractérisés lié(s) au mode d'accouchement et évalué sur l'ensemble de l'année suivante la naissance de l'enfant.

L'ANOVA à mesure répétée a également été réalisée par le biais du test de Rorschach et les données obtenues sont présentes dans le tableau suivant :

Tests univariés								
Source	Mesure		Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
temps	NbrChoc	Hypothèse de sphéricité	19,882	1	19,882	7,607	,009	,163
		Greenhouse-Geisser	19,882	1,000	19,882	7,607	,009	,163
		Huynh-Feldt	19,882	1,000	19,882	7,607	,009	,163
		Borne inférieure	19,882	1,000	19,882	7,607	,009	,163
	NbrRefus	Hypothèse de sphéricité	,753	1	,753	5,686	,022	,127
		Greenhouse-Geisser	,753	1,000	,753	5,686	,022	,127
		Huynh-Feldt	,753	1,000	,753	5,686	,022	,127
		Borne inférieure	,753	1,000	,753	5,686	,022	,127
temps * modeacc	NbrChoc	Hypothèse de sphéricité	4,026	3	1,342	,514	,675	,038
		Greenhouse-Geisser	4,026	3,000	1,342	,514	,675	,038
		Huynh-Feldt	4,026	3,000	1,342	,514	,675	,038
		Borne inférieure	4,026	3,000	1,342	,514	,675	,038
	NbrRefus	Hypothèse de sphéricité	,093	3	,031	,233	,873	,018
		Greenhouse-Geisser	,093	3,000	,031	,233	,873	,018
		Huynh-Feldt	,093	3,000	,031	,233	,873	,018
		Borne inférieure	,093	3,000	,031	,233	,873	,018

Tableau n° 103 : Evaluation de la présence d'expressions traumatiques évalués au Rorschach en fonction du temps et du mode d'accouchement

Pour toutes ces variables, les conditions de sphéricités n'ont pas été respectées. Aussi comme $\epsilon > .75$, nous avons employé la correction de Huynh-Feldt. L'étude de ces données montre premièrement que la variable "temps" a bien un impact sur le nombre de réponses

¹⁴⁶ **H7a1a**: Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition d'un vécu psychique caractérisé par l'expression de difficultés sévères ou l'apparition d'un traumatisme caractérisé lié(s) au mode d'accouchement et évalué par le biais de l'entretien au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.

“*choc*”, et le nombre de réponses “*refus*”. La tendance observée précédemment soulignant la présence d’une diminution de ces réponses en suite de couches est donc confirmée. Dans un second temps, nous pouvons noter que l’association de la variable “*temps*” et la variable “*mode d’accouchement*” n’influence pas significativement les fluctuations des indicateurs du Rorschach. Il est toutefois difficile de pouvoir se positionner sur cette hypothèse uniquement sur la base de ces indicateurs quantitatifs. En effet, l’appréhension d’un traumatisme par le biais du test de Rorschach est un processus bien plus complexe et, il se base essentiellement sur une analyse qualitative. Aussi, il est plutôt nécessaire de se pencher sur ces données au sein d’une analyse qualitative spécifique que nous n’avons pas réalisée dans ce travail.

Nous n’avons donc pas pu apporter de conclusion spécifique sur la base des indicateurs utilisés pour évaluer H7a1b¹⁴⁷. Nous pouvons toutefois souligner que les informations quantitatives utilisées ne nous permettent pas de valider l’idée que l’épisiotomie entraîne plus de traumatismes que les autres modes d’accouchement lorsqu’elle est évaluée à l’aide du Rorschach. Il est donc nécessaire d’employer une étude spécifique nécessitant une évaluation qualitative des 86 protocoles de Rorschach obtenus dans cette étude pour se positionner de manière ajustée sur cette hypothèse que nous ne pouvons ni rejeter ni valider.

✓ Analyse transversale des données portant sur H7a

Afin d’étudier la présence d’effets éventuels de l’épisiotomie portant spécifiquement sur une période bien définie, il est nécessaire de réaliser une analyse transversale. Cette dernière permet d’évaluer à un instant “*t*” les variations spécifiques de notre objet d’étude sans pour autant prendre en compte l’évaluation initiale réalisée à T₀. Nous avons donc étudié chaque temps spécifique (T₁, T₂ et T₃). Puis, nous avons évalué les deux variables ne portant pas sur une période temporelle spécifique (“*mode d’accouchement vécu comme difficile*” et “*accouchement vécu comme traumatique*”).

Aussi, nous pouvons premièrement présenter les données concernant la période de 3 mois après l’accouchement. Comme il n’y a qu’une seule variable étudiée, nous avons réalisé une ANOVA univariée :

¹⁴⁷ H7a1b: Comparée aux autres modes d’accouchement, l’épisiotomie entraîne préférentiellement l’apparition d’un vécu psychique caractérisé par l’expression de difficultés sévères ou l’apparition d’un traumatisme caractérisé lié(s) au mode d’accouchement évalué par le biais du Rorschach au cours des 9 mois suivant la naissance de l’enfant.

Tests des effets intersujets

Variable dépendante: Expression traumatique liée à l'accouchement 0-3 mois

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
Modèle corrigé	,398 ^a	3	,133	1,286	,293	,090
Constante	,542	1	,542	5,257	,027	,119
modeacc	,398	3	,133	1,286	,293	,090
Erreur	4,021	39	,103			
Total	5,000	43				
Total corrigé	4,419	42				

a. R-deux = ,090 (R-deux ajusté = ,020)

Tableau n° 104 : Effet du mode d'accouchement sur l'expression traumatique dans le discours repérée 3 mois après l'accouchement

Comme nous pouvons le constater, cette variable n'est pas significative. **Nous pouvons donc considérer que le mode d'accouchement et par corrélation l'épisiotomie n'induit pas spécifiquement l'apparition d'expressions traumatiques liées à l'accouchement évaluées en entretien 3 mois après l'accouchement.**

Concernant l'évaluation réalisée 9 mois après l'accouchement, nous obtenons les données suivantes :

Tests des effets intersujets							
Source	Variable dépendante	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
Modèle corrigé	Expression traumatique liée à l'accouchement 3-9 mois	,157 ^a	3	,052	1,166	,335	,082
	Nombre Réponses Choc après accouchement	7,679 ^b	3	2,560	1,203	,321	,085
	Nombre Refus après accouchement	,340 ^c	3	,113	,587	,627	,043
Constante	Expression traumatique liée à l'accouchement 3-9 mois	,148	1	,148	3,288	,077	,078
	Nombre Réponses Choc après accouchement	500,138	1	500,138	235,083	,000	,858
	Nombre Refus après accouchement	,862	1	,862	4,468	,041	,103
modeacc	Expression traumatique liée à l'accouchement 3-9 mois	,157	3	,052	1,166	,335	,082
	Nombre Réponses Choc après accouchement	7,679	3	2,560	1,203	,321	,085
	Nombre Refus après accouchement	,340	3	,113	,587	,627	,043

Tableau n° 105 : Effet du mode d'accouchement sur les indicateurs de traumatisme éventuel 9 mois après l'accouchement

Tous les indicateurs étudiés n'ont pas d'influence significative sur le mode d'accouchement. Nous pouvons donc considérer que le mode d'accouchement n'a pas

d'influence sur le nombre de réponse “*choc*”, le nombre de réponses “*refus*” ou encore “*l'expression traumatique liée à l'accouchement 9 mois après l'accouchement*”.

Nous pouvons donc rejeter H7a3a¹⁴⁸. Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie n'entraîne préférentiellement pas l'apparition d'un vécu psychique caractérisé par l'expression de difficultés sévères ou l'apparition d'un traumatisme caractérisé lié(s) au mode d'accouchement évalué par le biais de l'entretien 9 mois après la naissance de l'enfant.

En revanche, comme pour l'hypothèse précédente, nous ne pouvons pas apporter de conclusion à l'hypothèse H7a3b¹⁴⁹. Effectivement, sur la base de cette seule analyse quantitative il n'est pas possible de nous positionner en faveur de l'absence de traumatismes évalués au Rorschach. Des données significatives auraient été un indicateur de traumatisme mais une absence de significativité n'est ici pas spécifique de l'absence de trauma. Nous suggérons donc la réalisation d'une étude complémentaire sur ce point et une grande prudence dans l'appréhension de cette hypothèse de travail à laquelle nous ne pouvons pas répondre.

Nous pouvons enfin aborder l'analyse réalisée 1 an après l'accouchement :

Tests des effets intersujets

Variable dépendante: Expression traumatique liée à l'accouchement 9m-1 an

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
Modèle corrigé	,060 ^a	3	,020	,852	,474	,062
Constante	,016	1	,016	,697	,409	,018
modeacc	,060	3	,020	,852	,474	,062
Erreur	,917	39	,024			
Total	1,000	43				
Total corrigé	,977	42				

Tableau n° 106 : Effet du mode d'accouchement sur l'expression traumatique dans le discours repérée 1 an après l'accouchement

¹⁴⁸ *H7a3a* : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition d'un vécu psychique caractérisé par l'expression de difficultés sévères ou l'apparition d'un traumatisme caractérisé lié(s) au mode d'accouchement évalué par le biais de l'entretien 9 mois après la naissance de l'enfant.

¹⁴⁹ *H7a3b* : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition d'un vécu psychique caractérisé par l'expression de difficultés sévères ou l'apparition d'un traumatisme caractérisé lié(s) au mode d'accouchement évalué par le biais du Rorschach 9 mois après la naissance de l'enfant.

La variable étudiée ne variant pas en fonction du mode d'accouchement, nous pouvons considérer que le mode d'accouchement n'influence pas, 1 an après l'accouchement, la production de discours traumatique portant sur l'accouchement.

De fait, nous pouvons rejeter l'hypothèse H7a4¹⁵⁰. Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie n'entraîne pas préférentiellement l'apparition d'un vécu psychique caractérisé par l'expression de difficultés sévères ou l'apparition d'un traumatisme caractérisé lié(s) au mode d'accouchement évalué par le biais de l'entretien 1 an après la naissance de l'enfant.

Enfin, après avoir évalué les variables temporellement caractérisées, nous avons évalué les deux dernières variables portant majoritairement sur le discours sans appréhension temporelle spécifique:

Tests des effets intersujets							
Source	Variable dépendante	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
Modèle corrigé	Accouchement vécu comme traumatique	,923 ^a	3	,308	2,430	,080	,157
	Mode accouchement difficilement vécu	2,278 ^b	3	,759	3,616	,021	,218
Constante	Accouchement vécu comme traumatique	1,255	1	1,255	9,914	,003	,203
	Mode accouchement difficilement vécu	5,165	1	5,165	24,603	,000	,387
modeacc	Accouchement vécu comme traumatique	,923	3	,308	2,430	,080	,157
	Mode accouchement difficilement vécu	2,278	3	,759	3,616	,021	,218

Tableau n° 107 : Effet du mode d'accouchement sur le vécu difficile ou traumatique de

L'analyse effectuée montre tout d'abord la présence d'une tendance à la significativité liant le mode d'accouchement avec la perception de l'accouchement vécue comme traumatique (F=2.430 et p .080). Ici, au vu des résultats descriptifs abordés dans le premier point il est possible que cette variable soit le reflet de vécus difficiles concernant la césarienne et les déchirures. Ces dernières, marquées par la notion de soudaineté ont pu engendrer la survenue de traumatismes exprimés en entretien.

Ensuite, nous pouvons remarquer que la variable ‘‘mode d'accouchement difficilement vécu’’ varie en fonction du mode d'accouchement (F=3.616 et p .021). Autrement dit, certains

¹⁵⁰ *H7a4*: Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition d'un vécu psychique caractérisé par l'expression de difficultés sévères ou l'apparition d'un traumatisme caractérisé lié(s) au mode d'accouchement évalué par le biais de l'entretien 1 an après la naissance de l'enfant.

modes d'accouchement sont plus difficilement vécus que d'autres. Il a donc été nécessaire d'explorer cet aspect à l'aide du test de Bonferroni et ce, pour aborder les effets spécifiques de chaque sous-groupe deux à deux. Les résultats obtenus à ce test sont présentés dans le tableau suivant :

Comparaisons multiples :

Bonferroni

Variable dépendante	(I) Mode d'accouchement	(J) Mode d'accouchement	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95 %	
						Borne inférieure	Borne supérieure
Accouchement vécu comme traumatique	VBS	Déchirure	-,33	,157	,240	-,77	,10
		Épisiotomie	-,06	,148	1,000	-,47	,35
		Césarienne	-,33	,188	,500	-,85	,19
	Déchirure	VBS	,33	,157	,240	-,10	,77
		Épisiotomie	,27	,136	,320	-,11	,65
		Césarienne	,00	,178	1,000	-,49	,49
	Épisiotomie	VBS	,06	,148	1,000	-,35	,47
		Déchirure	-,27	,136	,320	-,65	,11
		Césarienne	-,27	,170	,719	-,74	,20
	Césarienne	VBS	,33	,188	,500	-,19	,85
		Déchirure	,00	,178	1,000	-,49	,49
		Épisiotomie	,27	,170	,719	-,20	,74
Mode accouchement difficilement vécu	VBS	Déchirure	-,58 [*]	,202	,038	-1,14	-,02
		Épisiotomie	-,56 [*]	,191	,032	-1,09	-,03
		Césarienne	-,33	,241	1,000	-1,00	,34
	Déchirure	VBS	,58 [*]	,202	,038	,02	1,14
		Épisiotomie	,02	,175	1,000	-,47	,51
		Césarienne	,25	,229	1,000	-,39	,89
	Épisiotomie	VBS	,56 [*]	,191	,032	,03	1,09
		Déchirure	-,02	,175	1,000	-,51	,47
		Césarienne	,23	,219	1,000	-,38	,84
	Césarienne	VBS	,33	,241	1,000	-,34	1,00
		Déchirure	-,25	,229	1,000	-,89	,39
		Épisiotomie	-,23	,219	1,000	-,84	,38

Tableau n° 108 : Effet du mode d'accouchement sur le vécu difficile ou traumatique de

Le test de Bonferroni nous montre ici très clairement que les accouchements ayant comporté une épisiotomie ($p .032$) ou une déchirure équivalente ($p .038$) sont significativement considérés comme plus difficiles que les accouchement par voie basse. De même, nous pouvons remarquer que les accouchements par césarienne ne sont pas significativement considérés comme plus difficiles que les accouchements laissant le périnée des femmes intact ou pseudo-intact. **Nous pouvons donc affirmer que l'épisiotomie comme la déchirure entraînent l'apparition de difficultés sévères liées au mode d'accouchement.** Nous sommes donc ici en présence de deux résultats nous permettant de nous positionner concernant H7a2. D'une part, nous avons pu noter que l'épisiotomie n'était significativement corrélée avec l'apparition d'expressions traumatiques portant sur l'accouchement. D'autres part, nous avons pu montrer

que l'épisiotomie au même titre qu'une déchirure équivalente pouvait être liée à l'expression de difficultés sévères liées à l'accouchement.

Nous pouvons donc partiellement valider H7a2. Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie (à l'instar d'une déchirure équivalente) entraîne préférentiellement l'apparition d'un vécu psychique caractérisé par l'expression de difficultés sévères liées au mode d'accouchement. Cela, lorsque cette dernière est évaluée par le biais de l'entretien 3 mois après la naissance de l'enfant.

L'ensemble de ces résultats sera alors présenté au sein de la partie conclusive réservée à H7. Auparavant, il nous est toutefois nécessaire de nous positionner sur l'hypothèse H7b.

1.7.1. Analyse de H7b

L'intitulé de l'hypothèse H7b est : *“Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie pourrait entraîner préférentiellement l'apparition d'un Etat de Stress Post-Traumatique une année après l'accouchement”*.

L'étude de l'hypothèse H7b s'appuie sur la cotation d'une variable ordinale correspondant à une classification de type Lickert. Il a donc été nécessaire de réaliser notre analyse à l'aide d'un test statistique non paramétrique. Comme nous avons plus de deux échantillons et que notre analyse était univariée (la VI est ici *“le mode d'accouchement”* et la VD est *“le score étalonné”*) nous avons utilisé le test de Kruskal-Wallis.

Dans un premier temps, nous présentons les données descriptives obtenues :

Descriptives

Note étalonnée Traumaq

	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
VBS	9	1,22	,441	,147	,88	1,56	1	2
Déchirure	12	1,67	,651	,188	1,25	2,08	1	3
Episiotomie	16	1,56	,727	,182	1,17	1,95	1	3
Césarienne	6	1,67	,816	,333	,81	2,52	1	3
Total	43	1,53	,667	,102	1,33	1,74	1	3

Tableau n° 109 : Note étalonnée obtenue par le biais du Traumaq à T₃

Comme nous pouvons le remarquer, les notes obtenues sont relativement peu dispersées. Seules les femmes du groupe Voie Basse Simple semblent avoir un taux moyen moins élevé

($\bar{X}=1.22$ et $\sigma .441$). A la vue de ces résultats, il ne semble donc pas qu'un mode d'accouchement ait préférentiellement entraîné l'apparition de Stress Post-traumatique comparé aux autres.

Nous avons donc vérifié la significativité de cette tendance provenant de l'étude des données descriptives à l'aide du test de Kruskal-Wallis :

Récapitulatif du test d'hypothèse

	Hypothèse nulle	Test	Sig.	Décision
1	La distribution de Note étalonnée Traumaq est identique sur les catégories de Mode d'accouchement.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillons indépendants	.423	Retenir l'hypothèse nulle.

Les significations asymptotiques sont affichées. Le niveau de significativité est ,05.

Tableau n° 110 : Scores étalonnes obtenus au Traumaq en fonction du mode d'accouchement

Le test de Kruskal-Wallis nous a montré l'absence de différence significative existant entre les moyennes inhérentes à chaque modalité de la variable mode d'accouchement. Nous avons par ailleurs répété cette démarche avec les scores bruts obtenus au Traumaq (en utilisant une ANOVA) et nous n'avons également pas trouvé de différences significatives. Autrement dit, le mode d'accouchement n'influence pas les variations des scores observés au Traumaq et donc il n'influence pas dans le cadre de notre étude la survenue d'un état de Stress Post-Traumatique.

Nous pouvons en conséquence rejeter l'hypothèse H7b¹⁵¹. Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie n'entraîne pas préférentiellement l'apparition d'un état de stress post-traumatique.

1.7.2. Conclusion générales portant sur l'hypothèse H7

✓ Résumé des résultats obtenus

Le parcours que nous avons réalisé nous a permis d'explorer l'impact traumatique éventuel et les difficultés liées à la survenue d'une épisiotomie. Tout d'abord, au cours de notre analyse descriptive, nous avons exploré quatre dimensions différentes. Ainsi, l'étude du test de

¹⁵¹ *H7b* : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie pourrait entraîner préférentiellement l'apparition d'un Etat de Stress Post-Traumatique une année après l'accouchement.

Rorschach n'a pas permis d'isoler de tendance spécifique hormis la diminution globale des indicateurs étudiés au cours de la période post-natale. Dans un second temps, l'étude des variations du discours portant sur l'expression traumatique liée à l'accouchement a montré la présence d'une diminution de l'incidence de cette variable au cours du temps. Mais surtout, nous avons remarqué que les femmes ayant eu une déchirure ou une césarienne font plus état d'expressions traumatiques portant sur leur accouchement que celles ayant eu une épisiotomie ou un accouchement par voie basse "simple". Enfin, concernant les indicateurs n'étant pas spécifiquement liés à une période d'évaluation spécifique ("*accouchement vécu comme traumatique*" et "*mode d'accouchement difficilement vécu*"), nous avons pu remarquer que les femmes ayant eu une césarienne ou une déchirure considéraient leur accouchement comme beaucoup plus difficile que celles ayant eu une déchirure ou une naissance par voie basse ayant laissé le périnée intact ou pseudo-intact.

Nous avons donc premièrement testé ces hypothèses au travers d'une analyse à mesure répétée. Nous avons pu noter qu'au fil du temps l'épisiotomie n'était pas liée à l'apparition d'expressions traumatiques spécifiquement différenciées par le mode d'accouchement. En revanche, nous n'avons pas pu apporter de conclusion portant sur les indicateurs du Rorschach. Effectivement, s'il est possible de considérer que l'augmentation du nombre de réponses "choc" ou "refus" est le signe de la prévalence d'un traumatisme éventuels, il n'est en revanche pas possible de penser que la diminution de ces réponses est le signe d'une absence de traumatisme. Cela, car cette diminution peut être le reflet d'autres réalités psychiques différentes.

Deuxièmement, les analyses à mesure répétées n'ayant pas été très concluantes et n'ayant que peu de variables répétées dans le temps, nous nous sommes alors tourné vers l'utilisation d'une analyse transversale. La succession des analyses réalisées sur les périodes de 3 mois 9 mois et 1 an nous a permis de considérer que l'épisiotomie n'était pas préférentiellement à l'émergence de traumatismes psychiques.

En revanche, nous avons pu montrer que les femmes ayant eu une déchirure ou une épisiotomie avaient significativement tendance à considérer leur accouchement comme plus difficile en comparaison avec celles ayant eu une naissance par voie basse laissant un périnée intact ou pseudo-intact. Cette différence n'était toutefois pas significative pour les femmes ayant eu une césarienne. En conséquence, nous avons pu considérer que l'épisiotomie au même titre qu'une déchirure équivalente engendrait une perception du vécu de l'accouchement

beaucoup plus difficile que les autres mode d'accouchement. Enfin, devant la diversité des variables dépendantes étudiées (et des modalités d'études très différentes leur étant associées) nous n'avons pas fait d'analyse multivariée intégrant de potentiels autres facteurs.

Pour finir, nous avons étudié l'impact du mode d'accouchement sur la survenue du trouble de stress post-traumatique. Le mode d'accouchement n'étant pas significativement corrélé aux variations de la présence de ce trouble étudié par le biais du questionnaire Traumaq, nous avons considéré que dans le cadre de notre étude l'épisiotomie n'influence pas la survenue d'un état de stress post-traumatique lorsque ce dernier est évalué un an après l'accouchement.

Nous pouvons dès lors rappeler les résultats obtenus à chaque hypothèse de travail :

H7a1a : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition d'un vécu psychique caractérisé par l'expression de difficultés sévères ou l'apparition d'un traumatisme caractérisé lié(s) au mode d'accouchement et évalué par le biais de l'entretien au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.

L'hypothèse a été rejetée

H7a1b : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition d'un vécu psychique caractérisé par l'expression de difficultés sévères ou l'apparition d'un traumatisme caractérisé lié(s) au mode d'accouchement et évalué par le biais du Rorschach au cours des 9 mois suivant la naissance de l'enfant.

L'hypothèse a été rejetée

H7a2 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition d'un vécu psychique caractérisé par l'expression de difficultés sévères ou l'apparition d'un traumatisme caractérisé lié(s) au mode d'accouchement évalué par le biais de l'entretien 3 mois après la naissance de l'enfant.

L'hypothèse a été partiellement validée. L'épisiotomie (au même titre qu'une déchirure équivalente) est significativement considérée comme plus difficile qu'une naissance par VBS ou césarienne.

H7a3a : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition d'un vécu psychique caractérisé par l'expression de difficultés sévères ou l'apparition d'un traumatisme caractérisé lié(s) au mode d'accouchement évalué par le biais de l'entretien 9 mois après la naissance de l'enfant.

L'hypothèse a été rejetée partiellement car nous avons pu montrer que l'épisiotomie était significativement associée à un vécu difficile de l'accouchement. Le rejet partiel ne concerne donc que l'aspect traumatique lié à l'épisiotomie.

H7a3b : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition d'un vécu psychique caractérisé par l'expression de difficultés sévères ou l'apparition d'un traumatisme caractérisé lié(s) au mode

d'accouchement évalué par le biais du Rorschach 9 mois après la naissance de l'enfant.

Nous n'avons pas pu apporter de conclusion à cette hypothèse.

H7a4 : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraîne préférentiellement l'apparition d'un vécu psychique caractérisé par l'expression de difficultés sévères ou l'apparition d'un traumatisme caractérisé lié(s) au mode d'accouchement évalué par le biais de l'entretien 1 an après la naissance de l'enfant.

L'hypothèse a été rejetée partiellement car nous avons pu montrer que l'épisiotomie était significativement associée à un vécu difficile de l'accouchement. Le rejet partiel ne concerne donc que l'aspect traumatique lié à l'épisiotomie.

Nous pouvons dès lors nous positionner concernant nos deux sous-hypothèses générales :

H7a : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie pourrait entraîner préférentiellement l'apparition d'un vécu psychique caractérisé par l'expression de difficulté sévères ou l'apparition d'un traumatisme caractérisé lié(s) au mode d'accouchement au cours de l'année suivant la naissance de l'enfant.

L'hypothèse H7a est partiellement validée. Nous pouvons donc considérer que comparée aux naissances par voie basse ou même aux naissances par césarienne, l'épisiotomie (au même titre qu'une déchirure équivalente) entraîne l'apparition d'un vécu de l'accouchement plus difficile. Ce vécu ne semble en revanche pas perçu comme plus traumatique.

H7b : Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie pourrait entraîner préférentiellement l'apparition d'un Etat de Stress Post-Traumatique une année après l'accouchement.

L'hypothèse a été rejetée. L'épisiotomie n'entraîne pas préférentiellement l'apparition d'un Etat de Stress Post-Traumatique.

✓ Interprétation des résultats obtenus

L'analyse que nous avons réalisée a pu montrer que l'épisiotomie comme la survenue d'une déchirure équivalente étaient considérées comme des modes d'accouchement significativement plus difficiles que les naissances laissant le périnée intact ou pseudo-intact. Mais aussi, l'étude des contrastes nous a permis d'affirmer qu'une épisiotomie ou une déchirure est généralement plus difficilement vécue que l'accouchement par césarienne. En revanche,

l'épisiotomie n'entraîne préférentiellement pas l'apparition d'une perception traumatique de l'accouchement. Il semblerait que cet aspect concerne plus tendanciellement les naissances par césarienne ou celles ayant impliqué une déchirure complète ou complète compliquée (3^{ème} ou 4^{ème} degré).

Les résultats obtenus semblent congruents avec l'analyse qualitative que nous avons réalisée. Les femmes ayant accouché par césarienne ont, pour un tiers d'entre elles, vécu cette expérience comme un traumatisme. Cela, notamment lorsque la procédure a été réalisée en urgence, induisant une perte du sentiment de contrôle :

« Dans ces moments-là on vous dit juste “on vous fait une césarienne en urgence parce que le cœur du bébé euh ne bat plus” je crois qu'il battait plus suffisamment. Moi je commençais à fatiguer donc... ah non vous ne décidez absolument de rien vous êtes pas du tout maître de la situation à ce moment-là » (Iris, 3 mois après l'accouchement).

Ce sentiment d'urgence et cette perte de contrôle provoquent alors l'apparition d'une impuissance totale et surtout l'émergence de l'effroi induisant l'apparition d'un vécu de dépersonnalisation. Ensuite, l'ensemble de ces éprouvés est remémoré dans l'après coup générant alors l'émergence du traumatisme psychique :

« Sur le moment euh je sais même pas si on réalise en fait les choses elles se passent mais euh sans vraiment réaliser ce qui se passe c'est vraiment après coup qu'on se rend compte que ouais on n'a pas eu le choix de ce qui s'est passé tout est arrivé vite et euh on se dit mais pourquoi ils ont pas pris les décisions avant pourquoi euh c'est ... pourquoi ... pourquoi comme ça et pourquoi ils ont pas réagis avant plus tôt quoi. Mais euh ouais sur le moment on réagit pas ouais c'est ... c'est un KO quoi c'est le néant c'est ... » (Iris, 3 mois après l'accouchement).

A terme, l'ensemble de ces vécus spécifiques empêche l'embodiment lié à l'expérience de l'accouchement et par conséquent, ils peuvent entraver l'établissement du sentiment de maternité et le devenir mère :

« Ah ben oui parce que son premier biberon on l'a donné sous couveuse. La première toilette on l'a faite sous couveuse ... enfin ... on n'a pas d'expérience d'une maman qui accouche vraiment naturellement rien de tout ça c'est euh ... quelque part on se dit on est privé de notre fils quoi on est privé mais moi je le dis de toute façon ... je le dis pour moi j'ai pas accouché je n'ai pas le sentiment d'avoir accouché » (Iris, 3 mois après l'accouchement).

En somme, l'opération césarienne est souvent associée avec une perte de contrôle et un sentiment d'impuissance. Ce dernier peut alors engendrer l'apparition d'un sentiment de dépersonnalisation dissociant corps et psychisme. L'émergence de ce clivage somatopsychique induit alors une perte de la continuité de soi qui est à l'origine de l'apparition du traumatisme dans l'après coup, mais aussi, son expression. Les discours spécifiques de ces femmes peuvent

donc être entendus comme autant de tentatives de mentalisation de l'expérience vécue. Bien malheureusement, cette dernière est bien souvent entravée par l'impossibilité de se représenter l'expérience vécue comme un tout unifié et ce, du fait de l'absence de continuité somatopsychique au moment de l'évènement.

Pour les femmes ayant vécu une déchirure, le vécu paraît différent. Bien souvent, il semble ici que c'est plutôt le ressenti corporel qui est à l'origine du traumatisme. Plus précisément, nous pensons que l'origine du traumatisme se loge préférentiellement dans le contraste marqué par la sensation de tension extrême des tissus et subitement le relâchement soudain du corps. Brusquement, alors que le corps est soumis à une très forte tension, le déchirement de l'intimité survient. Cependant, il s'agit aussi d'un déchirement de la fonction contenante. C'est aussi à ce moment que survient une rupture du pare-excitation corporel entraînant de fait, une rupture du pare excitation psychique déjà tous deux très éprouvés par l'accouchement. Ce contraste spécifique vient alors faire écho à de nombreuses angoisses et notamment l'angoisse de morcellement provoquant alors l'apparition de l'effroi et l'émergence du traumatisme psychique :

« CC : D'accord. Et cette déchirure du coup elle est arrivée quand et comment ?-PI : Euh au moment des épaules. -CC : Ouais vraiment où les épaules sont passées c'est ça ?- PI : Oui. -CC : Vous l'avez senti ?- PI : Oui -CC : Et est-ce que vous pourriez ... je suis désolé ... me décrire le souvenir que vous avez de cette sensation ? -PI : C'est ... comment vous dire que ... c'est un mauvais souvenir. J'avais vraiment... j'avais vraiment l'impression à ce moment-là d'être complètement ouverte. Je me suis dit enfin c'est pas possible y'a tout qui va descendre. J'avais vraiment l'impression que c'était un trou béant quoi et que... -CC : Oui ? -PI : Que tous mes organes allaient suivre » (Myosotis, 3 mois après l'accouchement).

En revanche, l'analyse qualitative que nous avons réalisée n'a pas mis en évidence la présence de ces aspects traumatiques (sauf pour une seule femme). Nous pensons ici que le moment de la réalisation de l'épisiotomie (au petit couronnement) est un facteur protecteur. Effectivement, l'incision du périnée est réalisée au moment où la tension des tissus est telle que sa rupture ne provoque pas un contraste majeur car l'engagement de la tête de l'enfant induit et compense cet éventuel contraste. De même, à l'exception des épisiotomies provoquant l'apparition de déchirures complètes compliquées, le tracé de ces dernières est généralement contrôlé évitant ainsi l'apparition d'angoisses de morcellements marquées comme celles ressenties par Myosotis. Enfin, même si l'obtention du consentement n'a pas été toujours recueilli, de nombreuses femmes nous ont expliqué avoir apprécié être informée en amont de

la réalisation de l'épisiotomie¹⁵². Les femmes recevant une épisiotomie semblent alors moins soumises à la notion de soudaineté qui a été théoriquement isolée comme un facteur de risque favorisant l'émergence de traumatisme¹⁵³. L'absence de ce facteur est peut-être une raison permettant d'expliquer la différence de vécu entre épisiotomie et déchirure et notamment la quasi-absence de traumatisme lié à la pratique de l'épisiotomie dans notre étude.

En revanche, nous avons pu montrer que l'épisiotomie comme la survenue d'une déchirure équivalente, amenait les femmes à expérimenter et exprimer de nombreuses difficultés. Cette proportion était dans notre étude significativement supérieure aux naissances VBS ayant laissé le périnée intact ou pseudo-intact. De même, elle était comparativement plus importante que l'expression de difficultés inhérente aux accouchements par césarienne. Il est certes nécessaire d'explorer plus encore ces difficultés par le biais d'études qualitatives. Nous avons toutefois le sentiment que ce vécu difficile est bien souvent coloré par la subjectivité de chaque femme. Les raisons de ces difficultés sont donc diverses. Aussi, hormis les comorbidités liées à l'incision du périnée (douleur, dyspareunie...), nous avons pu noter que le vécu difficile associé à l'épisiotomie pouvait être induit par le sentiment de perte d'intimité. Effectivement, pour certaines femmes liant pudeur et intimité, l'incision du périnée peut subitement désacraliser le lieu de l'intime en exposant aux yeux de tous ce qui dans le sexe féminin est habituellement caché, préservé, intériorisé ou encore refoulé. Dans ces cas précis, l'épisiotomie potentialisée par l'accouchement fait effraction dans la sphère intime du couple mais aussi dans le rapport à soi :

« Euh je pense vraiment le fait de l'opération ... vraiment tout ce qui est en lien, il n'y a plus de moment intime. Mon corps c'était un peu la propriété de tout le monde au moment-là et du coup de ouais de se dire que c'est plus qu'à moi entre guillemets, au couple quoi alors à ce grand moment-là on se dit ah oui maintenant on est plus que tous les deux quoi et je l'ai ressenti au moment où j'ai essayé de faire poser un stérilet et ça s'est super mal passé en fait. -CC : Ah oui ? -PI : J'ai pas du tout aimé et je pense que j'ai rejeté complètement le stérilet en fait. Apparemment j'ai eu des contractions au niveau des muscles et euh et euh du coup elle a pas pu poser le stérilet et sur le coup ça m'a vachement affecté parce que je me suis dit mince euh je voulais être tranquille avec ça et en fait ça m'a pas plu au moment de la pose de me retrouver dans cette position ça m'a rappelé ce moment-là » (Lilas, 3 mois après l'accouchement).

« C'est-à-dire que je ... bah de la même façon que je mets plus de bijoux ni de parfum ni ne me maquille, j'ai plus du tout euh d'intimité et de toute façon je suis pas ... pas assez

¹⁵² Notons toutefois que celles n'ayant pas été prévenues ou impliquées ont exprimé beaucoup de regret sur cet aspect.

¹⁵³ Cela, même si de nombreuses femmes nous ont évoqué la présence d'un bruit de claquement associé à une forte sensation de relâchement.

détendue et disponible pour euh ... mais même sans parler d'intimité, pour avoir à donner la main, ou euh avoir un mot tendre (soleil, 3 mois après l'accouchement).

Ces aspects sont toutefois peu évoqués clairement dans les discours des femmes, et peu d'entre-elles font preuve d'une telle associativité inconsciente. Bien souvent nous avons pu remarquer que les femmes expriment souvent certaines difficultés ou griefs qui très vite sont compensés par des mécanismes de défense de type, inhibition, formation réactionnelle contre l'agressivité ou encore rationalisation :

« Y avait pas quinze accouchements en même temps ... et en fait je pense qu'ils l'ont fait qu'ils m'ont fait l'épisio de confort en fait. [...] Puisque j'ai accouché en une demi-heure avec l'épisio en y réfléchissant après coup je me dis ils auraient peut-être dû laisser un peu plus de temps ou essayer autre chose avant de me charcuter quand même. Mais après voilà on occulte un peu après coup on se dit bon ben voilà c'est fait c'est fait on peut pas revenir sur les événements et on peut pas euh ... refaire en sorte que ça se passe mieux » (Jonquille, 3 mois après l'accouchement).

Face à ce constat, il semblerait utile de mener une étude spécifique sur le vécu difficile lié à la pratique de l'épisiotomie. Notre approche exploratoire ayant pour but de mettre à jour la présence de certaines tendances, n'a pas permis de mener de tels entretiens. Néanmoins, il nous semble très utile de pouvoir discuter de ces aspects avec précision au sein de recherches ultérieures.

Enfin, il nous faut encore préciser que notre étude n'a pas montré que le mode d'accouchement avait une influence sur la survenue d'un état de Stress Post-Traumatique. Avec le recul, nous pensons que le questionnaire que nous avons choisi n'était pas l'outil le plus approprié. Effectivement de nombreuses questions portant sur le vécu au cours de l'évènement pouvaient être traitées comme des manifestations d'un état traumatique. Ces aspects ont par ailleurs été mentionnés par les participantes elles-mêmes au cours de la passation des questionnaires. Il est donc possible que cet aspect méthodologique ait pu influencer les résultats obtenus.

Pour finir, sous un angle qualitatif, nous pensons que certains aspects connectés avec la présence d'un traumatisme psychique peuvent s'exprimer sous la forme d'un syndrome d'anxiété généralisée ou d'une dépression du post-partum sévère. Dans ces cas précis, le score étalonné provenant du questionnaire Traumaq ne permet pas d'effectuer un diagnostic différentiel entre ces pathologies du post-partum et la présence d'un Etat de Stress Post-Traumatique avéré. A notre sens, seule Iris qui a accouché de Matéo par le biais d'une césarienne faite en urgence a vécu un Etat de Stress Post-Traumatique. La présence de ce cas

unique (que nous explorerons plus précisément au sein d'une publication ultérieure) ne nous permet en revanche pas de porter de conclusions comparatives permettant de nous positionner sur H7b.

Il nous semble toutefois utile de préciser qu'au sein de recherches futures, l'évaluation de l'Etat de Stress Post-Traumatique devrait préférablement être étudiée par le biais d'entretiens cliniques spécifiques pour se positionner préférentiellement sur les liens entre mode d'accouchement et ESPT.

1.8. Analyse de l'hypothèse numéro 8

L'intitulé de l'hypothèse numéro 8 est : *“Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présenteraient préférentiellement une expression de l'identité sexuée (sentiment de féminité et de maternité) moins affirmée au cours de la première année suivant la naissance de l'enfant”*.

Cette hypothèse a été divisée en deux sous-hypothèses générales :

H8a : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité féminine moins affirmée au cours de la première année suivant la naissance de l'enfant.

H8b : Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité maternelle moins affirmée au cours de la première année suivant la naissance de l'enfant.

Pour évaluer notre hypothèse, nous avons utilisé le test de Rorschach mais aussi une évaluation réalisée sur la dynamique des entretiens. Les variables sélectionnées par le biais de l'entretien sont : *“vécu féminin positif”* (codée en Non/0 et Oui/1) et *“vécu maternel positif”* (codée en Non/0 et Oui/1). Ces deux variables basées sur l'énonciation des participantes ont été évaluées à T₁, T₂ et T₃. Concernant le test de Rorschach réalisé à T₀ et T₂, nous avons utilisé les variables *“IES féminin version Cassier”* ; *“IES Féminin version révisée”* et *“IES Maternel version révisée”*. Nous avons donc utilisé deux modes d'évaluation différents pour aborder nos hypothèses et nous positionner finalement au sujet de H8.

1.8.1. Analyse descriptive de H8

Les données descriptives obtenues à cette hypothèse concernent tout d'abord les variables étudiées en entretien. Nous avons présenté ces données sous la forme d'un graphique permettant d'étudier l'évolution du sentiment positif inhérent à la maternité et le vécu positif inhérent à la féminité. Ces deux représentations sont disponibles ci-après :

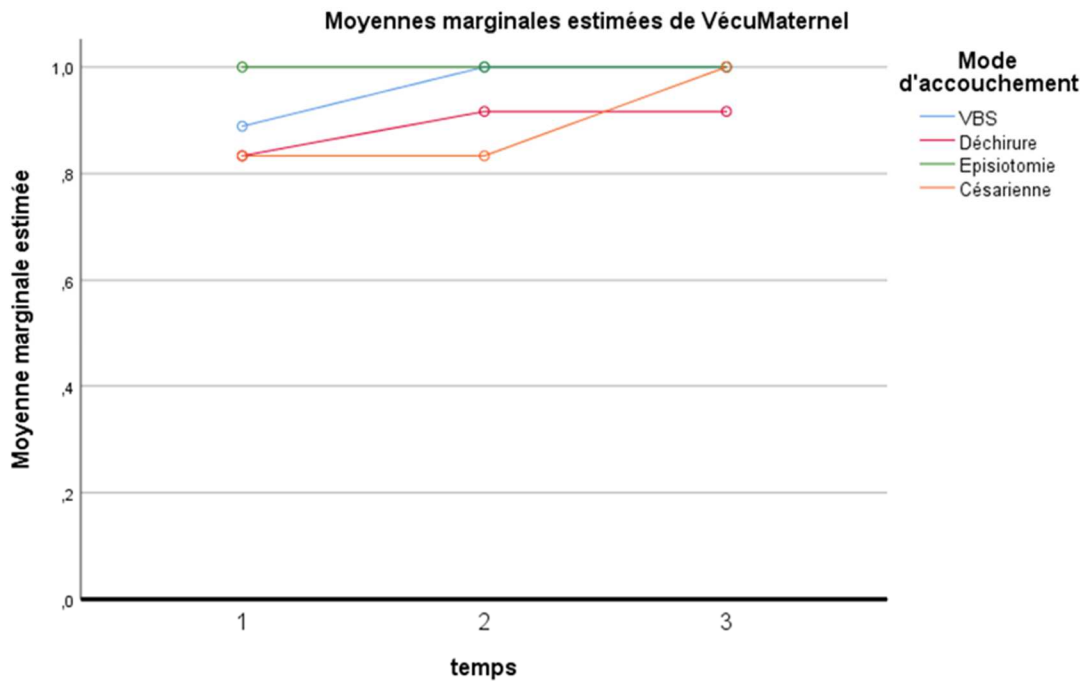


Tableau n° 111 : Données descriptives portant sur l'évaluation réalisée en entretien à T1, T2 et T3 de la variable vécu maternel positif

La lecture de ce graphique nous permet tout d'abord de constater qu'après l'accouchement une très grande majorité de femmes s'exprime positivement à propos du vécu maternel. Pour celles exprimant certaines difficultés, il semble que ces dernières se résorbent au fil de l'année suivant l'accouchement. De même, nous pouvons remarquer la présence d'une très faible variabilité entre les modalités de la variable "mode d'accouchement". Aussi, nous ne pensons pas que le mode d'accouchement ait une influence sur le ressenti du vécu maternel. Nous pouvons maintenant aborder le vécu féminin exprimé en entretien.

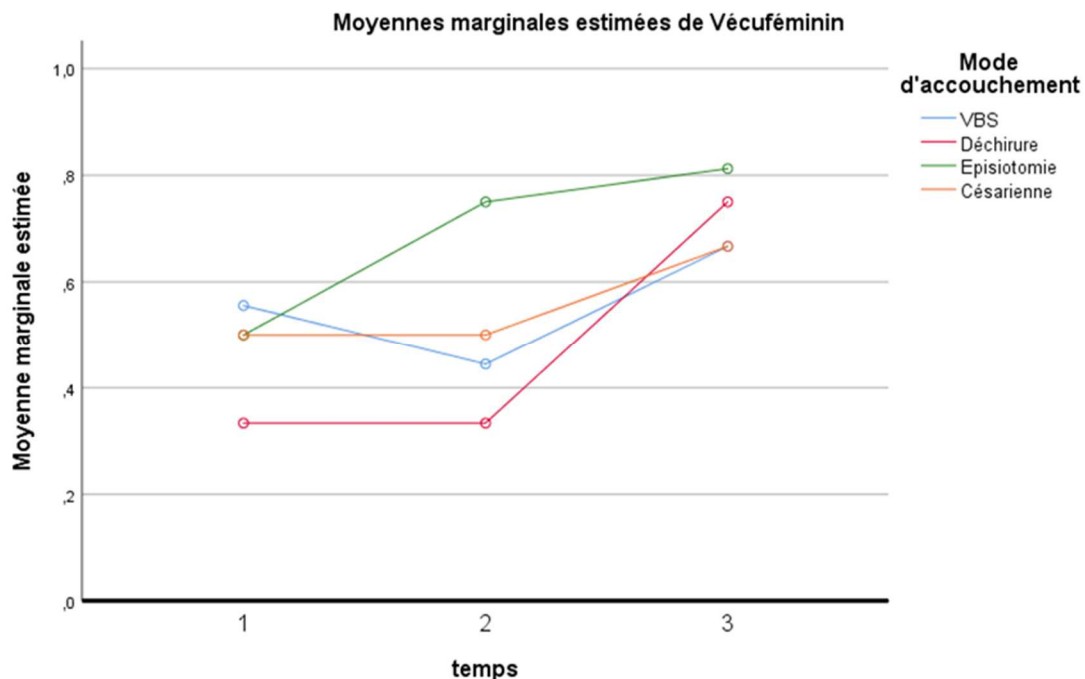
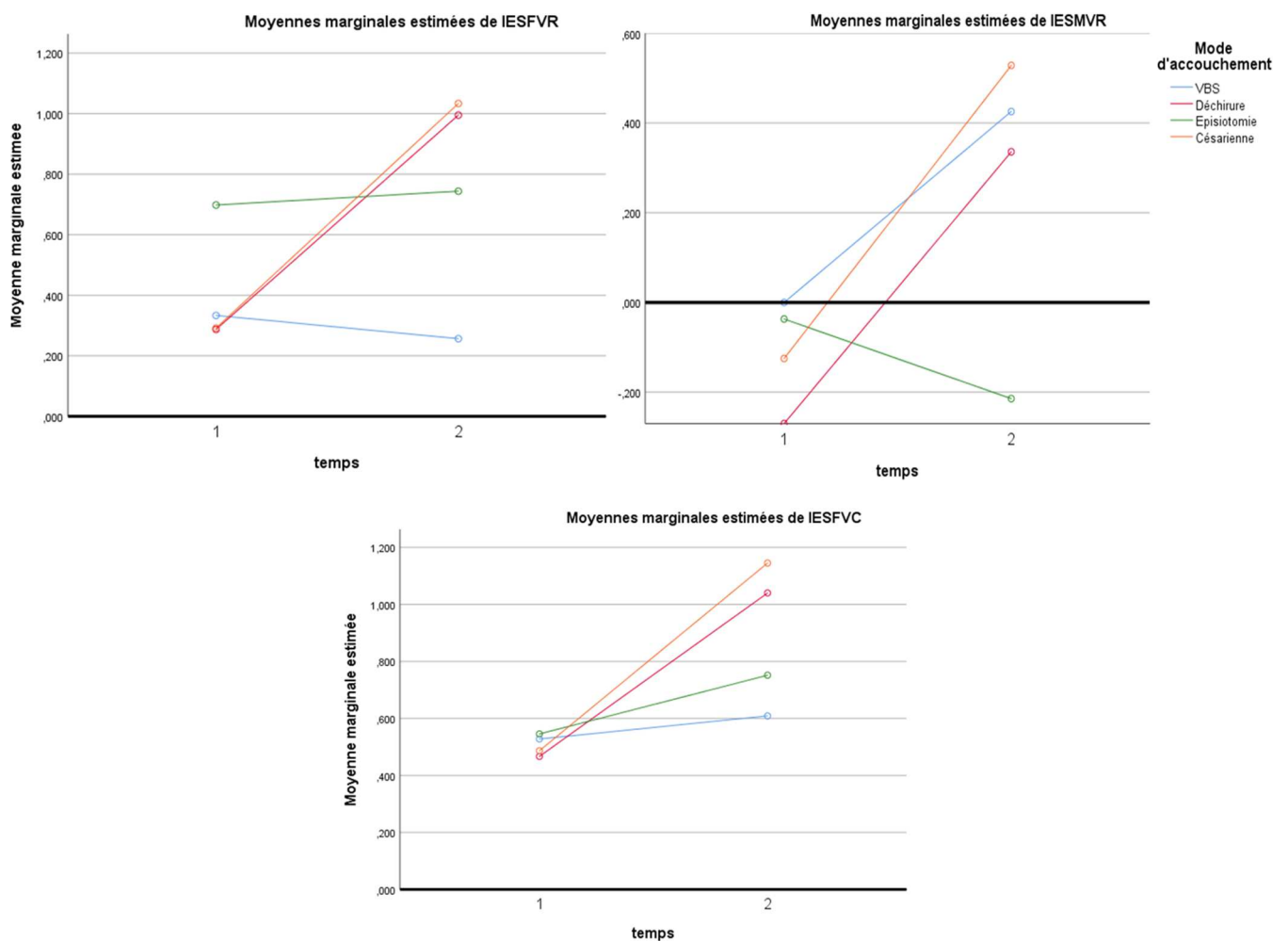


Tableau n° 112 : Données descriptives portant sur l'évaluation réalisée en entretien à T1, T2 et T3 de la variable vécu féminin positif

L'étude de ce graphique nous montre que 3 mois après l'accouchement, le sentiment de féminité n'est présenté sous un angle positif que pour une faible proportion des femmes (< 60%). A cette période, les femmes ayant vécu une déchirure semblent être moins affirmées dans leur sentiment de féminité comparé aux autres groupes de femmes (GC, GE et GVBS). Neuf mois après l'accouchement, il ne semble pas y avoir d'évolution sur ce point pour les femmes des groupes GC, GVBS et GD. Ce constat n'est en revanche pas partagé par les femmes ayant reçu une épisiotomie. Ces dernières semblent être plus à l'aise avec le sentiment de féminité lorsque ce dernier est évalué 9 mois après l'entretien. Enfin, 1 an après l'accouchement, il semblerait que l'ensemble des femmes connaisse enfin une amélioration du sentiment de féminité. En somme, à l'exception des tendances observées concernant l'évolution du sentiment de féminité étudiée au cours de la période post-natale, nous avons pu montrer que les femmes ayant reçu une épisiotomie semblaient expérimenter un vécu du féminin plus affirmé 9 mois après l'accouchement. Ces tendances ont été étudiées au cours des analyses suivantes.

Nous pouvons maintenant aborder les données obtenues au test de Rorschach :



Le graphique numéro 1 (IESFVR) correspond à l'Indice d'Evaluation Symbolique du Féminin étudié au travers de la Version Révisée de la grille de Cassier. Le graphique numéro 2 (IESMVR) correspond aux Indices d'Evaluation Symboliques Maternels également étudiés au travers de la Version Révisée de la grille de Cassier. Enfin, le graphique numéro 3 (IESVC) correspond aux IES féminins évalué par le biais de la grille de Cassier. Premièrement, ces trois graphiques montrent qu'après l'accouchement nous pouvons observer une augmentation globale de la qualité des symbolisations des 3 IES évalués. Il semble donc que la période post-natale soit sujette à l'amélioration du sentiment de féminité et maternité. Deuxièmement, la lecture de ces trois graphiques montre que les femmes ayant accouché par césarienne et celles ayant eu une déchirure semblent connaître en postnatal une augmentation plus importante de leurs IES. Enfin, nous pouvons remarquer que suite à l'accouchement l'IES maternel affiche une baisse importante uniquement dans le groupe épisiotomie. Cela, alors que les autres modes d'accouchement affichent une augmentation marquée. Il semble donc utile de pouvoir aborder ces tendances au cours de notre analyse statistique.

1.8.2. Analyse de la variance à T₀ et choix des modèles employés

Afin d'évaluer la présence de biais éventuels présents à T₀, nous avons utilisé une ANOVA univariée. Elle permet d'évaluer l'emploi d'une étude transversale concernant nos hypothèses. Cette étude n'a été réalisée que sur les variables étudiées à T₀.

		ANOVA				
		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
IES Féminin avant accouchement Version Cassier	Intergruppes	,049	3	,016	,016	,997
	Intragruppes	40,609	39	1,041		
	Total	40,657	42			
IES Maternel avant accouchement Version Révisée	Intergruppes	,502	3	,167	,127	,944
	Intragruppes	51,540	39	1,322		
	Total	52,043	42			
IES Féminin avant accouchement Version Révisée	Intergruppes	1,576	3	,525	,383	,766
	Intragruppes	53,487	39	1,371		
	Total	55,063	42			

Tableau n° 113 : Analyse des variances intergroupe en fonction du mode

Aucune différence significative n'est observable entre les moyennes obtenues à chaque sous-groupe du mode d'accouchement (GE, GC, GD, GVBS). Il n'y a donc aucun biais pouvant influencer les résultats obtenus. Nous pouvons dès lors utiliser une méthode d'analyse transversale sans que cette dernière ne soit soumise à un biais d'interprétation majeur.

1.8.3. Analyse à mesure répétée

Afin d'étudier l'évolution des variables que nous avons sélectionnées pour évaluer H8, nous avons utilisé une ANOVA à mesure répétée. Notre analyse porte d'une part sur les données observées en entretien ("vécu maternel positif" et "vécu féminin positif"). D'autre part, elle se centre sur les données obtenues au test de Rorschach ("IESFVC", "IESFVR", "IESMVR").

Nous présentons premièrement les données portant sur l'entretien :

		Tests univariés						
Source	Mesure		Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
temps	vécuféminin	Hypothèse de sphéricité	1,406	2	,703	7,407	,001	,160
		Greenhouse-Geisser	1,406	1,952	,720	7,407	,001	,160
		Huynh-Feldt	1,406	2,000	,703	7,407	,001	,160
		Borne inférieure	1,406	1,000	1,406	7,407	,010	,160
	vécumaternel	Hypothèse de sphéricité	,154	2	,077	3,419	,038	,081
		Greenhouse-Geisser	,154	1,480	,104	3,419	,053	,081
		Huynh-Feldt	,154	1,642	,094	3,419	,048	,081
		Borne inférieure	,154	1,000	,154	3,419	,072	,081
temps * modeacc	vécuféminin	Hypothèse de sphéricité	,783	6	,131	1,375	,235	,096
		Greenhouse-Geisser	,783	5,855	,134	1,375	,236	,096
		Huynh-Feldt	,783	6,000	,131	1,375	,235	,096
		Borne inférieure	,783	3,000	,261	1,375	,265	,096
	vécumaternel	Hypothèse de sphéricité	,132	6	,022	,977	,447	,070
		Greenhouse-Geisser	,132	4,439	,030	,977	,433	,070
		Huynh-Feldt	,132	4,927	,027	,977	,438	,070
		Borne inférieure	,132	3,000	,044	,977	,413	,070

Tableau n° 114 : Vécu féminin et maternel évalué en fonction du temps et du mode d'accouchement

Pour cette analyse, la condition de sphéricité n'ayant pas été respectée et comme $\epsilon > .75$ nous avons employé la correction de Huynh-Feldt. De fait, nous pouvons tout d'abord remarquer que le temps a un effet sur le vécu féminin ($F=7.407$ et $p .001$) et maternel ($F=3.419$ et $p .048$). L'hypothèse établie au cours de l'analyse descriptive montrant une amélioration du sentiment de féminité et de maternité au fil de l'année suivant la naissance de l'enfant est donc valide. En revanche, l'association du mode d'accouchement et du temps montre bien que l'évolution constatée n'est pas liée au mode d'accouchement. **Aussi, nous pouvons déjà rejeter l'hypothèse H8a1x¹⁵⁴ et H8b1x¹⁵⁵. Comparée aux autres modes d'accouchement,**

¹⁵⁴ **H8a1x** : "Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité féminine moins affirmée évaluée par le biais de l'entretien et ce, au cours de la première année suivant la naissance de l'enfant.

¹⁵⁵ **H8b1x** : Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité maternelle moins affirmée évaluée par le biais de l'entretien et ce, au cours de la première année suivant la naissance de l'enfant.

l'épisiotomie n'a pas préférentiellement entraîné une fragilisation durable de l'expression de l'identité féminine ni une fragilisation de l'identité maternelle toutes deux évaluées par le biais de l'entretien sur l'ensemble de la période d'un an suivant la naissance de l'enfant.

Nous pouvons maintenant aborder les données proposées par le biais du test de Rorschach :

Tests univariés									
Source	Mesure		Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel	
temps	IESFVC	Hypothèse de sphéricité	2,722	1	2,722	4,387	,043	,101	
		Greenhouse-Geisser	2,722	1,000	2,722	4,387	,043	,101	
		Huynh-Feldt	2,722	1,000	2,722	4,387	,043	,101	
		Borne inférieure	2,722	1,000	2,722	4,387	,043	,101	
	IESFVR	Hypothèse de sphéricité	2,375	1	2,375	3,519	,068	,083	
		Greenhouse-Geisser	2,375	1,000	2,375	3,519	,068	,083	
		Huynh-Feldt	2,375	1,000	2,375	3,519	,068	,083	
		Borne inférieure	2,375	1,000	2,375	3,519	,068	,083	
	IESMVR	Hypothèse de sphéricité	2,681	1	2,681	2,136	,152	,052	
		Greenhouse-Geisser	2,681	1,000	2,681	2,136	,152	,052	
		Huynh-Feldt	2,681	1,000	2,681	2,136	,152	,052	
		Borne inférieure	2,681	1,000	2,681	2,136	,152	,052	
	temps * modeacc	IESFVC	Hypothèse de sphéricité	1,075	3	,358	,578	,633	,043
			Greenhouse-Geisser	1,075	3,000	,358	,578	,633	,043
			Huynh-Feldt	1,075	3,000	,358	,578	,633	,043
			Borne inférieure	1,075	3,000	,358	,578	,633	,043
IESFVR		Hypothèse de sphéricité	2,740	3	,913	1,353	,271	,094	
		Greenhouse-Geisser	2,740	3,000	,913	1,353	,271	,094	
		Huynh-Feldt	2,740	3,000	,913	1,353	,271	,094	
		Borne inférieure	2,740	3,000	,913	1,353	,271	,094	
IESMVR		Hypothèse de sphéricité	2,825	3	,942	,750	,529	,055	
		Greenhouse-Geisser	2,825	3,000	,942	,750	,529	,055	
		Huynh-Feldt	2,825	3,000	,942	,750	,529	,055	
		Borne inférieure	2,825	3,000	,942	,750	,529	,055	

Tableau n° 115 : Vécu féminin et maternel évalué en fonction du temps et du mode d'accouchement

A nouveau pour cette analyse, la condition de sphéricité n'ayant pas été respectée et l'indice ϵ étant $> .75$, nous avons employé la correction de Huynh-Feldt. L'analyse à mesure répétée montre tout d'abord que la variable "temps" a une influence sur l'évolution des IES féminin provenant de la grille de Cassier ($F=4.387$ et $p .043$). De même, une tendance à la significativité est observable entre la variable "temps" et l'IES féminin de la version révisée ($p .068$). Ces indices nous confirment que le test de Rorschach montre aussi (à l'instar de l'entretien) l'évolution de l'affirmation du sentiment de féminité au cours de la période post-natale. En revanche, aucun indicateur ne varie en fonction de l'association "temps" et "mode d'accouchement". Autrement dit, en tenant compte de l'évaluation réalisée à T_0 , nous pouvons remarquer que le mode d'accouchement n'influence pas les fluctuations des IES au Rorschach.

Par conséquent, nous pouvons considérer que le mode d'accouchement n'impacte pas le sentiment de féminité et de maternité.

Nous pouvons donc rejeter H8a1y¹⁵⁶ et H8b1y¹⁵⁷. Comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie n'entrave pas préférentiellement ni l'expression du féminin ni l'expression du maternel et ce, lorsque ces deux éléments sont abordés par le test de Rorschach 9 mois après l'accouchement.

1.8.4. Analyse transversale des données de H8

L'analyse multivariée transversale nous permet d'aborder la présence d'éléments potentiellement significatifs sans que cette dernière soit liée à l'évaluation T₀. Elle présente une certaine utilité dans l'évaluation des données obtenues au Rorschach pour lesquelles il existe une certaine variabilité test-retest. Cette analyse permet donc d'évaluer certaines disparités en fonction d'un temps d'évaluation "t". Les données obtenues sont présentées dans les deux tableaux suivants :

Tests des effets intersujets							
Source	Variable dépendante	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
Modèle corrigé	Vécu féminin 0-3 mois	,309 ^a	3	,103	,386	,763	,029
	Vécu féminin 3-9 mois	1,309 ^b	3	,436	1,812	,161	,122
	Vécu féminin 9m-1 an	,165 ^c	3	,055	,268	,848	,020
	Vécu maternel 0-3 mois	,239 ^d	3	,080	,917	,442	,066
	Vécu maternel 3-9 mois	,157 ^e	3	,052	1,166	,335	,082
	Vécu maternel 9m-1 a	,060 ^f	3	,020	,852	,474	,062
Constante	Vécu féminin 0-3 mois	8,423	1	8,423	31,618	,000	,448
	Vécu féminin 3-9 mois	9,707	1	9,707	40,320	,000	,508
	Vécu féminin 9m-1 an	19,796	1	19,796	96,255	,000	,712
	Vécu maternel 0-3 mois	29,843	1	29,843	343,443	,000	,898
	Vécu maternel 3-9 mois	33,197	1	33,197	739,813	,000	,950
	Vécu maternel 9m-1 a	36,213	1	36,213	1540,703	,000	,975
modeacc	Vécu féminin 0-3 mois	,309	3	,103	,386	,763	,029
	Vécu féminin 3-9 mois	1,309	3	,436	1,812	,161	,122
	Vécu féminin 9m-1 an	,165	3	,055	,268	,848	,020
	Vécu maternel 0-3 mois	,239	3	,080	,917	,442	,066
	Vécu maternel 3-9 mois	,157	3	,052	1,166	,335	,082
	Vécu maternel 9m-1 a	,060	3	,020	,852	,474	,062

Tableau n° 116 : Analyse transversale à T₁, T₂ et T₃ du vécu féminin et maternel évalué en entretien

¹⁵⁶ **H8a1y**: Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité féminine moins affirmée évaluée par le biais du Rorschach et ce, au cours des 9 mois après la naissance de l'enfant.

¹⁵⁷ **H8b1y**: "Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité maternelle moins affirmée évaluée par le biais du Rorschach 9 mois après la naissance de l'enfant.

Tests des effets intersujets							
Source	Variable dépendante	Somme des carrés de type III	ddl	Carré moyen	F	Signification	Eta-carré partiel
Modèle corrigé	IES Féminin après accouchement Version Cassier	1,631 ^a	3	,544	,762	,522	,055
	IES Maternel après accouchement Version Révisée	4,050 ^b	3	1,350	1,012	,398	,072
	IES Féminin après accouchement Version Révisée	3,393 ^c	3	1,131	1,478	,235	,102
Constante	IES Féminin après accouchement Version Cassier	29,674	1	29,674	41,565	,000	,516
	IES Maternel après accouchement Version Révisée	2,730	1	2,730	2,047	,161	,050
	IES Féminin après accouchement Version Révisée	21,655	1	21,655	28,304	,000	,421
modeacc	IES Féminin après accouchement Version Cassier	1,631	3	,544	,762	,522	,055
	IES Maternel après accouchement Version Révisée	4,050	3	1,350	1,012	,398	,072
	IES Féminin après accouchement Version Révisée	3,393	3	1,131	1,478	,235	,102

Tableau n° 117 : Analyse transversale à T₂ de la fluctuation des IES en fonction du mode d'accouchement

Comme nous pouvons le remarquer au sein de ces deux tableaux, les deux analyses multivariées ont toutes montré que le mode d'accouchement ne faisait pas varier les dimensions évaluées.

Ces dernières étant le reflet du sentiment de féminité et de maternité au niveau conscient et inconscient, **nous pouvons donc rejeter H8a2, H8b2, H8a3x, H8b3x, H8a3y, H8b3y, H8a4, H8b4**¹⁵⁸. Dans le cadre de notre étude, l'épisiotomie n'entraîne pas préférentiellement de fluctuation du sentiment de féminité ni de maternité.

¹⁵⁸ H8a2 : "Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité féminine moins affirmée évaluée par le biais de l'entretien 3 mois après l'accouchement.

H8b2 : "Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité maternelle moins affirmée évaluée par le biais de l'entretien 3 mois après l'accouchement.

H8a3x : "Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité féminine moins affirmée évaluée par le biais de l'entretien 9 mois après l'accouchement.

H8b3x : "Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité maternelle moins affirmée évaluée par le biais de l'entretien 9 mois après l'accouchement.

H8a3y : "Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité féminine moins affirmée évaluée par le biais du test de Rorschach 9 mois après l'accouchement.

H8b3y : "Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité maternelle moins affirmée évaluée par le biais du test de Rorschach 9 mois après l'accouchement.

H8a4 : "Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité féminine moins affirmée évaluée par le biais de l'entretien 1 an après l'accouchement.

H8b4 : "Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité maternelle moins affirmée évaluée par le biais de l'entretien 1 an après l'accouchement.

1.8.5. Analyse multivariée et multifactorielle de H8

Le modèle d'analyse multivariée que nous avons construit n'intégrait que la variable indépendante "*mode d'accouchement*". Seulement dans les conditions réelles, il existe de nombreuses variables ayant une influence sur le sentiment de féminité ou de maternité. Aussi, afin d'évaluer la conjonction de ces aspects, nous avons ajouté à notre modèle plusieurs variables indépendantes supplémentaires : "*allaitement*" ; "*soutien du compagnon*" ; "*accouchement vécu comme traumatique*" ; "*relation positive à l'enfant*" ; "*présence d'affects dépressifs*" ; "*dyspareunie*" ; "*dysfonctionnements sexuels*" ; "*douleurs*" ; "*incontinence*" et enfin "*activité sexuelle*". Nous présentons donc les résultats obtenus au sein des tableaux portant sur chaque période d'évaluation spécifique.

3 mois après l'accouchement

Les données obtenues sont regroupées dans le tableau suivant :

Liste variables	Entre 0 et 3 mois	
	Vécu féminin	Vécu maternel
Mode d'accouchement	NS	NS
Allaitement	NS	NS
Douleur	NS	NS
Dyspareunie	NS	NS
Dysfonctionnement sexuel	Significatif (F=5.229, p .031 et d= .173)	NS
Incontinence	NS	NS
Affects dépressifs	NS	NS
Soutien compagnon	NS	NS
Nature relation à l'enfant	NS	NS
Accouchement vécu comme traumatique	Significatif (F=4.407, p .046 et d= .152)	NS
Activité sexuelle	NS	NS

Tableau n° 118 : Analyse multivariée portant sur les variables ayant un effet sur le sentiment de féminité et maternité à T₁

Sur l'ensemble des variables étudiées, seules les variables "*présence d'un dysfonctionnement sexuel*" (F=5.229 et p .031) et le fait "*d'avoir vécu son accouchement comme traumatique*" (F=4.407 et p .046) ont un impact significatif sur le sentiment de féminité des femmes. A cette étape d'analyse, il n'est en revanche pas possible de connaître la nature de la relation entre ces variables. Notre écrit ne portant pas spécifiquement sur ces aspects, nous

ne les explorons pas spécifiquement. Toutefois, nous trouvons utile de préciser qu'une étude approfondie dans ce domaine serait pertinente.

9 mois après l'accouchement

Les données obtenues sur la période comprise entre 3 et 9 mois après l'accouchement (T₂) sont disponibles au sein du tableau ci-dessous :

Liste variables	Entre 3 et 9 mois				
	IESFVC	IESFVR	IESMVR	Vécu féminin	Vécu maternel
Mode accouchement	NS	NS	NS	NS	NS
Allaitement	NS	NS	NS	NS	NS
Douleur	Significatif (F=5.617 p .026) d=.183	NS	Significatif (F=5.666 et p .025) d= .185	NS	NS
Dyspareunie	NS	NS	NS	NS	NS
Dys. sexuel	Significatif (F=7.117 et p .013) d= .222	Significatif (F=9.654 p .005) d= .279	Tendance à la Significativité (F=3.292 et p .082)	NS	NS
Incontinence	-	-	-	-	-
Affects dépressifs	Tendance à la Significativité (F=3.434 et p .076)	Significatif (F=4.801 et p .038) d= .161	NS	Tendance à la Significativité (F=4.156 et p .052)	Significatif (F=5.479 et p .028) d= .180
Soutien compagnon	NS	NS	NS	NS	Tendance à la Significativité (F=3.805 et p .062)
Nature relation à l'enfant	NS	NS	NS	NS	Significatif (F= 22.486 et p .000) d= .474
Accouchement vécu comme traumatique	NS	NS	NS	NS	NS
Activité sexuelle	NS	NS	NS	NS	NS

Tableau n° 119 : Analyse multivariée portant sur les variables ayant un effet sur le sentiment de féminité et maternité à T₂

Au premier abord, nous pouvons remarquer la présence de nombreuses variables significatives. D'un point de vue général, la présence d'affects dépressifs semble généralement influencer le vécu féminin et maternel. Dans ce contexte, il est possible que le gel psychique et le retrait narcissique induit par la charge d'affects dépressifs entravent l'expression du féminin ou du maternel car leurs valences pulsionnelles sont plutôt tournées vers la relation à autrui. Il

semblerait également que le soutien du compagnon et la nature de la relation à l'enfant aient une influence sur le sentiment de maternité évalué en entretien. Ces résultats nous amènent également à évoquer le rôle paternel de "contenant de la relation contenante mère/enfant" et par continuité au conséquence de son absence sur le sentiment de maternité. En outre, il est intéressant de noter que le sentiment de maternité n'est pas uniquement une image inconsciente ancrée dans le sujet. Il semblerait en effet que celle-ci puisse fluctuer en fonction du lien à l'enfant dont la construction s'exerce au cours de la première année. Pour finir, nous pouvons remarquer que la présence de dysfonctionnement sexuels ou de douleur a des répercussions sur la fluctuation des IES obtenus au Rorschach. L'engrammage corporel du processus de symbolisation est peut-être une piste utile à la compréhension de ces covariances.

1 an après l'accouchement

Les données obtenues sur la période comprise entre 9 mois et 1 an après l'accouchement et évaluées 1 an après la naissance de l'enfant sont disponibles au sein du tableau suivant :

Liste variables	Entre 9mois et 1 an	
	Vécu féminin	Vécu maternel
Mode d'accouchement	NS	NS
Allaitement	NS	NS
Douleur	-	-
Dyspareunie	Tendance à la Significativité (F=3.325 et p .079)	NS
Dysfonctionnement sexuel	Significatif (F=8.828 et p .006) d= .246	NS
Incontinence	-	-
Affects dépressifs	Tendance à la Significativité (F=3.109 et p .085)	NS
Soutien compagnon	NS	Significatif (F=26.185 et p .000) d= .492
Nature relation à l'enfant	-	-

Tableau n° 120 : Analyse multivariée portant sur les variables ayant un effet sur le sentiment de féminité et maternité à T₃

L'étude de cette analyse nous montre tout d'abord que les variables ayant été retenues comme significatives 9 mois après l'accouchement restent fortement corrélées aux fluctuations du féminin et maternel évalué en entretien. Ainsi, le soutien du compagnon ($F=26.185$ et $p .000$) est extrêmement lié aux fluctuations du vécu maternel positif. De même, la présence de dysfonctionnements sexuels ($F=8.828$ et $p .006$) est très liée au vécu féminin positif. Ici encore nous pouvons envisager l'idée que la présence de dysfonctionnements sexuels entrave la dialectique intime du féminin avec le masculin et en conséquence le sentiment de féminité. Enfin, à nouveau, la présence d'affects dépressifs semble avoir une incidence tendancielle sur le féminin. Notons que la douleur a cette fois-ci disparu mais ce fait est normal car plus aucune femme ne ressentait de douleur 1 an après l'accouchement.

1.8.6. Conclusion générale portant sur l'hypothèse H8

✓ Résumé des résultats obtenus

Le processus d'analyse que nous avons réalisé s'est appuyé sur une démarche employant deux outils : le test de Rorschach et l'entretien. Tout d'abord, nous avons pu au cours d'une analyse descriptive découvrir que le sentiment de féminité et de maternité semblait augmenter au fil du temps. Nous avons donc supposé que l'affirmation du féminin et du maternel s'établissait de manière processuelle et continue tout au long de l'année suivant la naissance de l'enfant. Cette observation a été réalisée par le biais de nos deux outils. En se centrant plus spécifiquement sur l'entretien, nous n'avons pas noté de différence spécifique concernant l'affirmation du sentiment maternel. En revanche, concernant la féminité nous avons pu remarquer que son affirmation était peu présente 3 mois après l'accouchement. A cette période, la majorité des femmes reste tournée vers l'enfant et la dynamique maternelle, laissant de côté le sentiment de féminité. Ensuite, nous avons pu montrer que 9 mois après l'accouchement, il n'y avait pas d'évolution concernant le sentiment de féminité concernant les femmes des groupes GD, GC, et GVBS. Toutefois, nous avons pu montrer une forte amélioration du sentiment de féminité chez les femmes ayant reçu une épisiotomie à 9 mois tranchant avec la stagnation des autres groupes. Concernant le Rorschach nous avons pu montrer que le groupe épisiotomie montrait une chute du sentiment de maternité (IESMVR) à T_2 . Enfin, 1an après l'accouchement une homogénéisation des résultats est observable et une majorité des femmes exprime une adéquation avec le sentiment de féminité et maternité indépendamment du mode d'accouchement. Nous avons donc abordé la significativité de ces tendances par le biais de nos analyses statistiques.

Tout d'abord, l'analyse à mesure répétée nous a permis de montrer que le temps a bien une influence sur le vécu féminin et maternel. Cette affirmation s'est appuyé à la fois sur l'entretien mais aussi sur le test de Rorschach. Nous pouvons donc considérer qu'au cours de la première année suivant la naissance de l'enfant les femmes expérimentent une affirmation continue et progressive du sentiment de féminité et de maternité.

En revanche, les évaluations à mesure répétée et les évaluations transversales ont toutes montré que, dans les conditions de notre étude, le mode d'accouchement n'avait pas significativement influencé cette dynamique. Nous avons donc pu considérer que le mode d'accouchement n'avait pas influencé l'expression du sentiment de féminité et de maternité des femmes en suite de couche. De fait, nous avons affirmé que l'épisiotomie n'influencait pas négativement et préférentiellement l'expression du sentiment de féminité et de maternité des femmes en suite de couche.

Pour finir, nous avons pu montrer que de nombreux facteurs comme la présence de douleur, de dysfonctionnements sexuels ou encore le soutien du compagnon avaient une incidence spécifique sur l'expression du féminin et du maternel. Nous avons par ailleurs préconisé d'étudier plus précisément ces aspects au travers d'études spécifiques.

Nous pouvons maintenant rappeler les hypothèses de travail étudiées :

H8a1x : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité féminine moins affirmée évaluée par le biais de l'entretien et ce, au cours de la première année suivant la naissance de l'enfant.

H8a1y : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité féminine moins affirmée évaluée par le biais du Rorschach et ce, au cours des 9 mois après la naissance de l'enfant.

H8b1x : Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité maternelle moins affirmée évaluée par le biais de l'entretien et ce, au cours de la première année suivant la naissance de l'enfant.

H8b1y : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité maternelle moins affirmée évaluée par le biais du Rorschach 9 mois après la naissance de l'enfant.

H8a2 : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l'identité féminine moins affirmée évaluée par le biais de l'entretien 3 mois après l'accouchement.

H8b2 : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d’accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l’identité maternelle moins affirmée évaluée par le biais de l’entretien 3 mois après l’accouchement.

H8a3x : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d’accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l’identité féminine moins affirmée évaluée par le biais de l’entretien 9 mois après l’accouchement.

H8b3x : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d’accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l’identité maternelle moins affirmée évaluée par le biais de l’entretien 9 mois après l’accouchement.

H8a3y : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d’accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l’identité féminine moins affirmée évaluée par le biais du test de Rorschach 9 mois après l’accouchement.

H8b3y : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d’accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l’identité maternelle moins affirmée évaluée par le biais du test de Rorschach 9 mois après l’accouchement.

H8a4 : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d’accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l’identité féminine moins affirmée évaluée par le biais de l’entretien 1 an après l’accouchement.

H8b4 : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d’accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l’identité maternelle moins affirmée évaluée par le biais de l’entretien 1 an après l’accouchement.

Toutes les hypothèses ont été rejetées.

Nous pouvons dès lors nous positionner sur les hypothèses H8a et H8b et plus spécifiquement sur l’hypothèse générale H8 :

H8a : “Comparées à celles ayant vécu un autre mode d’accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l’identité féminine moins affirmée au cours de la première année suivant la naissance de l’enfant.

H8b : Comparées à celles ayant vécu un autre mode d’accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie présentent préférentiellement une expression de l’identité maternelle moins affirmée au cours de la première année suivant la naissance de l’enfant.

Les deux sous-hypothèses générales ont été rejetées. L’épisiotomie n’entraîne pas de difficulté dans l’affirmation du sentiment de féminité et du sentiment de maternité.

En conséquence, nous devons également rejeter H8. Comparées à celles ayant vécu un autre mode d'accouchement, les femmes ayant reçu une épisiotomie ne présentent pas préférentiellement une expression de l'identité sexuée (sentiment de féminité et de maternité) moins affirmée au cours de la première année suivant la naissance de l'enfant.

✓ Interprétation des résultats obtenus

Les résultats que nous avons trouvés ont tout d'abord montré que le sentiment de féminité était peu présent durant les 9 premiers mois après l'accouchement. Cet aspect a été abordé en entretien par de nombreuses femmes. Ces dernières ont souvent exprimé certaines difficultés au niveau de l'articulation des composantes maternelles et féminines. Il semble alors qu'au cours des 9 premiers mois de vie de l'enfant les femmes investissent préférentiellement le côté maternel. Le corps devient également un médium malléable maternel permettant l'accordage affectif avec l'enfant. Ce processus, amène préférentiellement l'érotisme féminin qui pouvait lui être associé à se mettre en veille au profit d'une médiatisation du corporel maternel vis à vis de l'enfant :

« CC : Alors du coup, vous avez fait comment parce que d'un seul coup votre poitrine c'était à la fois un lieu maternel pour nourrir votre enfant et à la fois aussi un lieu érotique alors comment vous avez fait ? -PI : Bah c'est réservé [rires]. Nan bah il a pas touché mes seins depuis ... pendant l'allaitement c'est pas possible. [...] PI: Ouais c'est ça. C'est vrai que moi la sage-femme quand elle m'a ... je pense que ce qui m'a le plus bloquée, enfin bloquée entre guillemets, c'est l'allaitement. Ouais moi je me disais que ça me faisait un peu bizarre j'avais besoin de séparer ce côté donc oui nan le retour à la sexualité c'est pas difficile pas pour la cicatrice ou quoi que ce soit, mais plus la poitrine ou allaitement » (Dahlia, 9 mois après l'accouchement).

« C'est tout autre chose. C'est un changement identitaire. Avant j'étais femme, là je suis plus une mère. Peut-être que ça va changer et que je vais reprendre mon rôle de femme aussi » (Anémone, 3 mois après l'accouchement).

Cette prévalence du maternel est souvent exprimée avec une certaine ambivalence voire une culpabilité des femmes portant sur la difficile association du féminin et du maternel, à l'instar de l'injonction sociétale qui leur est faite sur ce point. Il d'ailleurs possible que le sentiment de féminité ne puisse s'exprimer qu'une fois le corps reconstruit après l'accouchement. En effet, durant des mois les femmes enceintes dévouent leur corps et leur intimité au devenir mère. Elles s'engagent donc dans une voie où le corps féminin se déforme en faveur du devenir mère. Aussi, il semblerait que le sentiment de féminité ne puisse se réexprimer qu'à partir du moment où les femmes aient pu reprendre possession de leur intégrité

corporelle. Cette étape n'est alors possible qu'à partir de l'instant où le vécu corporel ne leur échappe plus ou, dans les cas où le corps redevient un outil au service de la relation à autrui (pour la reprise du travail par exemple) :

« Ben l'identité de femme j'ai essayé déjà pendant tout le temps de la grossesse ben de garder ce côté euh ce côté femme euh je l'ai gardé quasiment jusque la fin euh ... et euh et puis après juste euh ... non même à la maternité c'est vraiment le problème des vêtements quoi ... j'adore aller faire les boutiques m'habiller ... au final je vais faire les boutiques je m'achète que des choses que ... parce que je me dis je vais pas acheter des vêtements que je vais pas mettre ensuite euh ... non vraiment ça, ça me gêne. [...] Ouais non de pas avoir mon corps euh mon corps d'avant non je faisais beaucoup de sport non c'est vrai que du coup par rapport à ça euh ... c'est que là j'ai repris le sport donc euh je pense que ça ira mieux mais même j'ai tout perdu quoi » (Paquerette, 3 mois après l'accouchement).

« CC : Quand vous parlez de vous préparer pour aller au travail vous faite référence au côté féminin ou ... ? - PI : Oui ben me me maquiller m'habiller bien en fait parce que quand on est à la maison bon ben on met un legging un tee-shirt quoi on sort pas donc ... -CC : Vous aviez laissé un peu de côté le côté femme ? -PI : Un petit peu oui après ... j'avais souvent de la visite donc heureusement parce que du coup je me préparais quand même un minimum mais c'est vrai que je privilégiais le confort quoi ... mais c'est vrai que de reprendre le boulot je ... ben on est plus maman quoi on est femme quoi donc du coup euh surtout que moi je travaille dans la vente donc du coup je ... j'essaye de montrer une autre image de moi-même quoi [rire] donc ça c'est cool » (Géranium, 3 mois après l'accouchement).

L'ensemble de ces discours tranche toutefois avec les résultats apportés par le test de Rorschach. Effectivement, l'évaluation des IES a montré une amélioration nette de la qualité des symbolisations féminines et maternelles pour la majorité des femmes. Plusieurs hypothèses sont ici possibles. D'une part, il se peut que la période d'évaluation soit assez éloignée de celle de l'accouchement et de la grossesse pour avoir permis une amélioration sensible chez la majorité des femmes. Une autre hypothèse serait que la qualité des symbolisations ne reflète pas assez bien la dynamique d'investissement ou de désinvestissements de ces dernières. Il est aussi possible que le fait d'exclure certaines réponses cotées F n'ait pas permis d'appréhender l'ensemble de la dynamique des réponses. Enfin, il est possible que l'augmentation de la qualité des réponses féminines soit liée à la réactualisation des images parentales et à l'instauration d'un nouveau dialogue sexué avec l'enfant. Ces aspects féminins pourraient alors se réaliser dans le giron de l'investissement maternel favorisant à terme une éclosion des valences féminines à la fin de l'année suivant l'accouchement.

Dans cette étude, nous n'avons toutefois pas pu montrer la présence d'effets spécifiques liés à la pratique de l'épisiotomie sur la dynamique des symbolisations féminines et/ou maternelles. Pourtant, certaines femmes expriment parfois une plainte associant incision du périnée et difficulté féminines :

« Ah oui oui ça a été... ça a été long pour que je me réapproprie mon corps. ça a été vraiment eu ... parce que bon déjà j'ai pas confiance en moi... et ... j'ai du mal à ... enfin ... maintenant que je suis maman, je suis maman. J'ai du mal à me remettre euh ... parce que déjà physiquement ça suit pas, donc forcément dans la tête ça a du mal aussi ... voilà, j'arrive pas à reprendre ce rôle de femme ... j'y arrive plus. Ouais, je suis bloquée. Parce que déjà physiquement je suis restée bloquée à cet endroit-là donc euh ... [...] Bah comme je vous dis déjà physiquement ça ne suit pas. Je ne peux pas être une femme alors que j'ai gardé, alors que j'ai un ballon de baudruche qui se ballade sous le pantalon Que j'ai deux poires fatiguées en haut » (Anémone, 9 mois après l'accouchement).

Il serait alors utile d'éprouver au travers de recherches supplémentaires les liens possibles existant entre l'épisiotomie et le vécu féminin tel que présenté ci-dessus. Il serait d'ailleurs plus pertinent d'explorer ces aspects au cours des trois premiers mois suivant l'accouchement. Enfin, il pourrait être utile d'apporter une réflexion supplémentaire visant à vérifier si l'épisiotomie n'est pas inconsciemment perçue comme une attaque du contenant. Cela, car la tendance ayant montré une diminution des IES maternels n'est pas à négliger dans cette recherche. Bien que cette dernière n'ait pas été retenue comme une variable significative, il nous semble nécessaire d'apporter des réponses aux questionnements soulevés par cette tendance.

1.9. Mise en perspective des résultats obtenus et réflexions méthodologiques

Afin de clore l'analyse de ces hypothèses, nous souhaitons apporter un regard sur l'ensemble de notre démarche. Aussi, nous avons premièrement réalisé un bref résumé des éléments principaux révélés par notre analyse quantitative. Deuxièmement, nous avons mené une réflexion sur les limites de cette dernière tout en proposant certains axes de réflexion supplémentaires.

1.9.1. Impact psychique de l'épisiotomie : résultats quantitatifs

L'étude que nous avons menée nous a permis de montrer au travers de l'analyse de l'hypothèse H1, que l'épisiotomie n'avait pas d'influence significative sur la qualité de vie mentale et physique des femmes. Nous avons toutefois questionné la présence d'une tendance baissière liant l'épisiotomie et la qualité de vie mentale 3 mois après l'accouchement. Face à cela, nous avons souligné la nécessité d'étudier plus précisément cet aspect par le biais d'études complémentaires.

Puis, l'étude réalisée sur H2 a montré que l'emploi de l'épisiotomie avait bien une influence sur la satisfaction maternelle. Toutefois, cette dernière n'est présente qu'à la période des deux mois après l'accouchement. De même, elle est d'ailleurs équivalente à celle entraînée par la survenue d'une déchirure d'incidence moyenne similaire. Face à ce résultat significatif, nous avons préconisé de reproduire cette étude sur un échantillon élargi visant à confirmer les résultats que nous avons révélés.

Dans un troisième temps, l'analyse de H3 a montré que l'incision du périnée entraîne préférentiellement l'apparition d'un vécu douloureux en suite de couche. Ce dernier est d'ailleurs plus spécifique à la période des trois mois suivant l'accouchement. Seulement, ce vécu douloureux est significativement tout aussi élevé en cas de déchirure. De même, nous avons montré que l'épisiotomie est spécifiquement associée avec la survenue de dyspareunies 3 mois après l'accouchement. Nous avons aussi remarqué la présence d'une tendance spécifique liant l'épisiotomie et la dyspareunie 9 mois après l'accouchement. En revanche, l'épisiotomie n'a pas été considérée comme une pratique à risque influençant la présence de dysfonctionnements sexuels. Nous avons toutefois émis quelques réserves au sujet de cette conclusion en rappelant que la catégorie dysfonctionnement sexuel n'était pas assez restreinte. Elle mélangeait effectivement les conséquences liées à la grossesse et l'accouchement, avec celles spécifiques du mode d'accouchement. La réflexion qualitative que nous avons ensuite

apportée a toutefois montré la présence de dysfonctionnements sexuels spécifiques de l'épisiotomie pour lesquelles la réalisation d'études quantitatives supplémentaires est ici nécessaire.

Ensuite, nous avons pu montrer que l'épisiotomie n'entraînait pas de modifications durables de l'image du corps, malgré l'impossibilité de nous positionner concernant le test de Rorschach. Sur ce point nous avons rappelé la nécessité de réévaluer ces aspects lorsque des publications fourniront des données normatives portant sur les indicateurs du Rorschach au cours de la période périnatale. Cependant, notre réflexion qualitative a soulevé la présence de nombreuses préoccupations corporelles énoncées par les participantes de notre recherche. Nous avons donc supposé que notre approche comparative ne permettait pas de mettre en évidence cet aspect car la majorité des femmes en suite de couche expérimente la présence de difficultés corporelles. Enfin, nous avons aussi montré que l'incision du périnée n'entraînait pas particulièrement l'apparition d'angoisses portant sur le corps ou l'unité somatopsychique. Pourtant, notre réflexion qualitative a montré que 5 femmes sur 16 avaient expérimenté des angoisses spécifiques comme "la peur que la cicatrice de l'épisiotomie se réouvre". Nous avons par ailleurs remarqué une quasi-absence de cette crainte chez les femmes ayant eu une déchirure (1/12). Nous pensons alors que ce résultat non significatif est le reflet de la petite taille de notre échantillon et de la méthode comparative employée. Nous avons donc préconisé la mise en place d'études complémentaires sur ce point.

Dans un cinquième temps, nous avons découvert que l'épisiotomie n'influçait pas préférentiellement la survenue de stress ou d'anxiété. Nos réflexions qualitatives nous ont mené au même constat.

L'étude de la sixième hypothèse nous a montré que l'épisiotomie était préférentiellement liée (au même titre que l'opération césarienne) à la survenue de dépression 3 mois après l'accouchement. Notre analyse qualitative a toutefois montré que les femmes n'exprimaient pas facilement ce sentiment en suite de couche et que l'emploi d'un questionnaire ou d'un outil projectif est plus efficace pour évaluer cette dimension. En revanche, nous n'avons pas retrouvé la même significativité lorsque nous avons seulement évalué la présence d'affects dépressifs. Bien que l'ensemble des indicateurs utilisés montrait que l'épisiotomie et la césarienne était largement plus concernées par l'augmentation des affects dépressifs, la petite taille de notre échantillon associée à notre méthode comparative n'a pas permis de statuer en

faveur de la significativité de cet aspect. Nous avons toutefois fortement recommandé la réalisation d'une étude supplémentaire portant sur un échantillon plus large.

Enfin, l'analyse que nous avons réalisée sur l'hypothèse numéro 7 a permis d'une part de montrer que l'épisiotomie n'engendrait pas particulièrement de vécu traumatique après l'accouchement. De même l'incision du périnée n'entraîne pas spécifiquement l'apparition d'un Etat de Stress Post-Traumatique. Nous avons néanmoins commenté la non-spécificité de l'outil que nous avons employé dans cette recherche (Traumaq). Ce faisant, nous avons rappelé la nécessité de s'appuyer sur l'évaluation qualitative pour aborder précisément cet aspect au cours de la période périnatale. Puis nous avons expliqué que dans notre étude, une seule femme avait développé un Etat de Stress Post-Traumatique. Il était donc peu envisageable de se positionner sur ce point et nous avons considéré que dans le cadre de notre étude aucun mode d'accouchement n'était spécifiquement lié à la survenue d'un Etat de Stress Post-Traumatique. D'autre part, une analyse connexe a permis de montrer que l'épisiotomie (au même titre que la survenue d'une déchirure équivalente) était considérée comme une procédure plus difficilement vécue. Notre analyse qualitative a mis en évidence plusieurs facteurs liés à cet aspect. A l'exception du vécu corporel difficile et du sentiment d'intrusion que peut représenter l'épisiotomie, nous avons trouvé nécessaire d'explorer plus encore cet aspect en proposant des recherches supplémentaires dans ce domaine.

Pour finir, nous avons pu montrer que l'épisiotomie n'engendrait pas spécifiquement l'apparition d'un vécu maternel ou féminin plus difficile. Nos réflexions qualitatives nous ont permis d'explorer plusieurs pistes d'explication. Parmi elles, la période d'évaluation, la focalisation sur le vécu maternel ou encore l'effet général de la grossesse et l'accouchement sur les femmes semblent avoir entravé la possibilité d'une étude de cet aspect sur un échantillon aussi restreint.

Au final, l'ensemble de ce parcours exploratoire nous a permis d'isoler certaines tendances spécifiques à la pratique de l'épisiotomie. Nous souhaitons toutefois commenter ces résultats et la méthodologie employée

1.9.2. Réflexions portant sur les modalités de notre étude

L'étude exploratoire que nous avons réalisée s'est appuyée sur l'évaluation de 72 hypothèses de travail. Ce processus nous a permis de nous positionner en faveur de 13 hypothèses théoriques (regroupées en 8 thèmes). Nous avons pu relever de nombreuses limites

liées à notre méthodologie. Dans un premier temps, nous avons été freiné par la petite taille de notre échantillon (N=43). Même si ce dernier est représentatif, il ne nous a pas permis de réaliser de ‘‘rapport des cotes’’ permettant d’évaluer nos hypothèses par le biais des Odd Ratio (OR) et des Risk Ratios (RR) (nécessitant pour ce faire une population d’au minimum 50 individus). Le rapport des cotes utilisant la régression linéaire aurait permis d’étudier l’incidence de rapports parfois considérés comme non significatifs par notre analyse. Il aurait alors pu apporter un autre regard sur certaines hypothèses rejetées en érigeant les facteurs de risques et les risques relatifs liés à la pratique de l’épisiotomie. A notre sens, ces mesures plus souvent employées dans le domaine épidémiologique auraient été plus maniables et auraient facilité l’émergence d’une analyse plus concise.

Dans un deuxième temps, notre analyse nous a montré que l’effet de l’épisiotomie s’estompait avec le temps. Aussi nous trouvons utile de préciser que des périodes plus proches de l’accouchement (1 mois, 2 mois, 3 mois et 6 mois) auraient peut-être permis de saisir plus facilement la présence d’effets caractéristiques. Enfin, il est important de rappeler que notre échantillon a été majoritairement recruté au sein d’une clinique privée et par le biais d’une sage-femme de préparation à la naissance. Aussi, en dépit de la représentativité de notre échantillon, il est donc possible que ces deux modalités ne nous aient pas permis de rencontrer des femmes dont le vécu périnatal était fragilisé. Effectivement, beaucoup d’entre elles concevaient la naissance comme un projet pensé et élaboré. L’investissement important de ces femmes dans l’expérience de la maternité a peut-être été un biais supplémentaire entravant l’accès à une population plus fragilisée par ce vécu.

En dépit des principales limites de cette étude, il est important de préciser que ce travail est le premier à se pencher de manière générale sur l’impact psychique de l’épisiotomie. De même, c’est le seul s’appuyant sur des outils psychodynamiques. En outre, il est un des seuls à employer l’entretien semi-directif comme outil d’analyse principal au sein d’une méthode associant questionnaires, test-projectifs, grilles d’entretien semi dirigés et entretien libre. Cette méthode nous a également permis de découvrir en fonction des thèmes étudiés quels étaient les outils les plus appropriés pour réaliser nos évaluations. Enfin, nos résultats sont congruents avec ceux précédemment révélés par la littérature scientifique. Nous regrettons toutefois de ne pas avoir pu valider certaines hypothèses sur la base de nos réflexions qualitatives. Cependant, il aurait été hâtif de se positionner de la sorte et nous pensons que ce faire aurait été le témoignage d’un positionnement subjectif de notre part vis-à-vis de notre objet d’étude.

Enfin, nous devons néanmoins rappeler que l'ensemble de l'analyse quantitative que nous avons menée est une analyse étudiant principalement les différences intersujet. En effet, l'objet d'étude de ce premier plan d'analyse est l'épisiotomie elle-même et ce n'est pas le sujet en tant que tel. En effet, nous avons donc évalué ici les conséquences de notre objet d'étude en étudiant les différences de vécu entre les sujets, et ce en fonction du mode d'accouchement. Seulement, il est important de rappeler que cette méthode spécifique de l'approche exploratoire repose sur l'idée que toutes les femmes sont les mêmes et qu'en conséquence elles réagissent de la même manière. Ce postulat qui est un prérequis de l'analyse quantitative exploratoire vient en quelque sorte nier la subjectivité de chaque femme gommant ainsi les spécificités de leur vécu subjectif.

Face à ce constat, nous avons trouvé nécessaire de premièrement réaliser une analyse quantitative complémentaire permettant cette fois-ci d'étudier certains aspects intrapsychiques inhérents à chaque sujet. L'intérêt de cette démarche est d'adopter ici une méthodologie explicative centrée sur la présence de variables intrasujet. Aussi, nous avons construit une seconde analyse complémentaire, successive à la première analyse exploratoire ayant pour but d'évaluer les facteurs amenant certaines femmes à vivre plus difficilement une épisiotomie que d'autres. Ces aspects sont présentés avec précision dans la partie suivante.

2. ANALYSE QUANTITATIVE COMPLEMENTAIRE : ETUDE DES VARIABLES INTRASUJET

Au cours de la partie précédente, nous avons évalué les facteurs intersujet relatifs à la pratique de l'épisiotomie. Cette étude se basait donc sur une méthode comparative entre les différents modes d'accouchement. Comme nous avons pu le rappeler, ce procédé ne se penche pas sur le vécu subjectif de chaque femme. Aussi, nous avons décidé de présenter une analyse complémentaire à visée explicative. Pour ce faire, un premier temps est dévolu à la présentation du contexte méthodologique global de cette seconde analyse. Puis un deuxième est spécifiquement consacré à l'étude de chaque nouvelle hypothèse.

2.1. Quels sont les facteurs ayant une influence sur le vécu de l'épisiotomie ?

Au cours de notre partie évaluant de manière comparative les conséquences psychiques potentielles de l'épisiotomie, nous avons découvert que l'incision du périnée était un facteur d'insatisfaction. De même, nous avons pu remarquer que l'épisiotomie, au même titre que la survenue d'une déchirure équivalente, était significativement vécue comme plus difficile. Dans ce contexte, il nous a semblé pertinent de pouvoir étudier les facteurs potentiellement impliqués dans la perception de ce vécu. Nous avons donc élaboré une méthodologie supplémentaire à visée explicative que nous allons préciser au cours de cette partie. Dans un premier temps, nous rappelons brièvement le contexte théorique sur lequel est basé les hypothèses que nous avons sélectionnées¹⁵⁹. Puis dans un deuxième temps, nous présentons chaque hypothèse ainsi que l'opérationnalisation qui lui est associée.

2.1.1. Réflexion théorico-clinique portant sur le vécu négatif lié à l'épisiotomie

La littérature n'ayant jusqu'alors que très peu étudié l'impact psychique de l'épisiotomie, il n'existe à ce jour aucune étude explicative portant sur les raisons amenant certaines femmes à vivre plus difficilement une épisiotomie. Notre réflexion ne peut donc pas vraiment s'appuyer sur un corpus théorique. Néanmoins, l'analyse qualitative des entretiens que nous avons menés mais aussi certains aspects développés au cours de notre partie théorique nous ont amené à identifier quatre axes d'étude possibles : "les attentes concernant

¹⁵⁹ Cette analyse étant une analyse subsidiaire, nous n'avons pas rédigé une partie théorique spécifique de cette étude. Nous nous appuyons toutefois sur les élaborations présentées tout au long de cet écrit.

l'accouchement'' ; ''le sentiment de contenance au cours de l'accouchement'', ''la présence d'antécédents traumatiques'' et enfin ''le processus de mentalisation''.

✓ Les craintes et attentes portant sur le déroulé de l'accouchement

La première catégorie concerne les attentes concernant l'accouchement. Dans la pratique clinique, nous avons pu remarquer que la grossesse était marquée par de nombreuses attentes. Ces dernières peuvent par exemple porter sur le déroulé de l'accouchement ou encore la rencontre avec l'enfant. L'existence de ces représentations évaluées au travers de l'IRMAG permet aux femmes de se projeter dans un futur les mettant en scène en tant que mère. Mais aussi, nous avons pu rappeler que les attentes avant l'accouchement étaient considérées comme un facteur déterminant de la satisfaction maternelle (Dickinson et al, 2003)¹⁶⁰. Dans un autre registre nous avons montré que l'épisiotomie pouvait être associée rétrospectivement et/ou prospectivement à un sentiment de peur (Neuhaus et al., 1994 ; Sercekus et Okumus, 2009 ; Fairbrother et al., 2018). La peur de l'épisiotomie est d'ailleurs considérée comme la raison principale de la tocophobie (Demsar et al, 2018). Dans ce contexte, nous nous sommes demandé si la présence d'attentes spécifiques (excluant généralement l'intervention d'une épisiotomie) ou la peur présente avant l'accouchement pouvaient engendrer l'apparition d'un vécu plus difficile. Ce faisant nous avons établi les deux hypothèses suivantes :

Hypothèse 9 : Les femmes ayant de fortes attentes concernant le déroulé de l'accouchement auraient plus tendance à vivre négativement la survenue d'une épisiotomie.

Hypothèse 10a : Les femmes ayant ressenti au cours de la grossesse la présence de peurs concernant l'accouchement auraient plus tendance à vivre négativement la survenue d'une épisiotomie.

Hypothèse 10b : Les femmes ayant ressenti au cours de la grossesse la présence de peurs concernant la survenue d'une épisiotomie auraient plus tendance à vivre négativement la survenue d'une épisiotomie.

✓ Le sentiment de contenance au cours de l'accouchement

La seconde catégorie étudiée correspond au sentiment de contenance. Théorisé par Winnicott en 1975 ou encore Bion en 1962, ce sentiment permet de créer une enveloppe psychique visant à contenir les expressions émotionnelles du sujet mais surtout à lui permettre

¹⁶⁰ « Les attentes avant l'accouchement, l'assiduité au cours de préparation à l'accouchement, la parité, les interventions médicales, la douleur, le sentiment de contrôle, l'étayage reçu durant le travail, la durée du travail et le mode d'accouchement » (Dickinson et al., 2003, p.463).

d'exercer par le biais de ce support, une fonction de pare excitation utile à l'établissement du sentiment de maternité (Ciccone, 2001 ; 2012). Ce dernier peut être porté par une dynamique institutionnelle favorable, une équipe médicale soudée assurant un suivi individualisé et garante de la continuité des soins mais aussi par un professionnel ayant une attitude particulièrement enveloppante ou "cadrante". Ces effets ont par ailleurs été relevés par des travaux d'orientation psychodynamique (Poizat, 2003), mais aussi par des études soulignant que le soutien du conjoint (Jeschke et al., 2012 ; Dunne et al., 2014) et la qualité du soutien médical (Goodman et al., 2004 ; Larkin et al., 2009) étaient considérés comme des facteurs de satisfaction liés à l'expérience de l'accouchement. Dans ce contexte, nous nous sommes donc interrogé sur le rôle que pouvait jouer le sentiment de contenance face au vécu de l'épisiotomie. Plus précisément, en nous appuyant sur les productions discursives que nous avons préalablement commentées et les travaux de Bick (1968), si ce sentiment ne préservait pas les femmes d'un vécu éffractant provoqué par l'incision du périnée. Aussi nous avons établi les deux hypothèses suivantes :

Hypothèse 11 : Les femmes n'ayant pas bénéficié du soutien de leur compagnon durant l'accouchement auraient plus tendance vivre difficilement la survenue d'une épisiotomie.

Hypothèse 12 : Les femmes n'ayant pas considéré avoir bénéficié d'un soutien médical contenant au cours de leur accouchement auraient plus tendance à vivre difficilement la survenue d'une épisiotomie.

✓ La présence d'antécédents traumatiques

La troisième catégorie de facteurs que nous étudions est la présence d'antécédents ayant induit la présence d'un traumatisme potentiel. Dans cette partie, nous avons mis au profit l'expérience clinique provenant de notre pratique en C.M.P. Effectivement, dans beaucoup de situations que nous avons accompagnées, nous avons remarqué la présence d'une collusion fantasmatique entre un traumatisme passé et l'évènement déclencheur amenant le sujet à expérimenter un vécu traumatique. Nous avons par ailleurs commenté ce point dans la partie théorique portant sur l'émergence du traumatisme psychique. Nous nous sommes alors demandé si le même mécanisme ne pouvait s'exprimer dans le rapport à l'épisiotomie, et ce lorsque cette chirurgie est mal vécue. Nous avons donc sélectionné certains facteurs en fonction de notre intuition clinique pour construire notre hypothèse suivante :

Hypothèse 13 : Les femmes ayant vécu dans le passé ou au cours de leur grossesse, une expérience traumatique menaçant l'intégrité corporelle, auraient plus tendance à vivre difficilement la survenue d'une épisiotomie.

Cette hypothèse a été divisée en cinq sous-hypothèses :

Hypothèse 13a : Les femmes ayant vécu au cours de leur vie une expérience traumatique vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie.

Hypothèses 13b : Les femmes ayant vécu au cours de leur vie une agression sexuelle ou un viol vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie.

Hypothèses 13c : Les femmes ayant vécu au cours de leur vie une expérience de grossesse arrêtée vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie.

Hypothèses 13d : Les femmes ayant vécu au cours de leur vie une Interruption Volontaire de Grossesse vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie.

Hypothèses 13e : Les femmes ayant été soumise au cours de leur grossesse à une menace d'accouchement prématuré vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie.

✓ Le processus de mentalisation et la qualité des symbolisations

La dernière catégorie que nous avons sélectionnée porte sur la qualité des symbolisations et le processus de mentalisation. Nous avons précisé dans notre partie théorique que le pare-excitation du sujet est un construit psychique développemental permettant de protéger le sujet d'éventuelles menaces exogènes ou endogènes. Nous avons d'ailleurs précisé avec les travaux de Marty (1983 ; 1991) que le système préconscient était impliqué dans cette dynamique et que la capacité à mentaliser un événement de vie dépendait en grande partie de la disponibilité et la permanence des représentations qui le composent (*ibid.*). En d'autres termes, la capacité de mentalisation et la richesse des symbolisations sont considérées comme des facteurs de protection majeurs face aux événements de vie potentiellement traumatiques. Aussi, nous nous sommes interrogé sur l'influence potentielle que peuvent avoir ces facteurs spécifiques sur le vécu de l'épisiotomie. Nous avons donc élaboré les 4 hypothèses suivantes :

Hypothèse 14a : Les femmes présentant un indice d'élaboration symbolique de l'agressivité inférieur à 0.5 vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie.

Hypothèse 14b : Les femmes présentant un indice d'élaboration symbolique du féminin inférieur à 0.5 vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie.

Hypothèse 14c : Les femmes présentant un indice d'élaboration symbolique du maternel inférieur à 0.5 vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie.

Hypothèse 15 : Les femmes présentant une mauvaise mentalisation vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie.

2.1.2. Opérationnalisation des hypothèses

Les 14 hypothèses subsidiaires que nous avons étudiées au cours de cette analyse complémentaire se sont toutes appuyées sur le même plan d'étude. D'un point de vue général notre analyse s'appuie sur une comparaison dichotomique entre les femmes ayant plutôt bien vécu leur épisiotomie et les femmes ayant mal vécu leur épisiotomie. Pour ce faire, nous avons retenu comme variable dépendante l'item "*mode d'accouchement vécu comme difficile*" (MAVD). Ce dernier provient de l'analyse des entretiens, et notre étude de H7 a pu montrer que cette variable était significativement associée à la survenue d'une épisiotomie. Plus précisément, la variable "*mode d'accouchement vécu comme difficile*" est composée de deux seules modalités catégorielles (Non et Oui). Sur la base de ces deux catégories, les thèmes questionnés par notre analyse quantitative complémentaire seront étudiés à l'aide de démarches statistiques spécifiques.

✓ Les hypothèses portant sur les craintes et attentes liées à l'accouchement

La première hypothèse évaluée au sein de ce premier thème est H9 : "***Les femmes ayant de fortes attentes concernant le déroulé de l'accouchement auraient plus tendance à vivre négativement la survenue d'une épisiotomie***".

Afin d'évaluer cette hypothèse, nous avons étudié l'effet de la variable indépendante catégorielle "*attentes concernant l'accouchement*" sur la VD "*mode d'accouchement vécu comme difficile*" (MAVD). Plus précisément, la variable indépendante "*attentes concernant l'accouchement*" est divisée en 3 catégories différenciant le refus de se confronter aux attentes concernant l'accouchement ("*attentes refusées*"), la présence de craintes concernant l'accouchement ("*craintes concernant l'accouchement*") et la présence d'attentes ajustées et adaptées au réel ("*attentes mesurées*"). Chacune de ces catégories mesurées au travers d'une analyse de l'entretien réalisé à T₀ correspond à une modalité qui est qualitative. De plus, les échantillons étudiés par le biais des modalités de la Variable Dépendante "*mode d'accouchement vécu comme difficile*" sont indépendants. En conséquence, nous avons employé le test de Khi-2 à k échantillons indépendants permettant une comparaison des moyennes de plus de deux catégories à la fois. Aussi, après une analyse descriptive des résultats obtenus, nous nous sommes positionné sur la significativité de l'hypothèse H9.

Les deux autres hypothèses étudiées au cours de cette partie sont H10a et H10b :

Hypothèse 10a : *Les femmes ayant ressenti au cours de la grossesse la présence de peurs concernant l'accouchement auraient plus tendance à vivre négativement la survenue d'une épisiotomie.*

Hypothèse 10b : *Les femmes ayant ressenti au cours de la grossesse la présence de peurs concernant la survenue d'une épisiotomie auraient plus tendance à vivre négativement la survenue d'une épisiotomie.*

L'étude de H10a évalue l'effet de la variable indépendante "*présence de peurs concernant l'accouchement*" (évaluée en anténatal et codée en fonction de catégories qualitatives Non et Oui) sur la variable dépendante "*mode d'accouchement vécu comme difficile*" (codée en Oui/Non). Puis l'étude de H10b appréhende l'effet de la variable "*peur de l'épisiotomie*" (également évaluée à T₀ et codée en Oui/Non) sur la VD (MAVD). Le plan de cette étude portant sur des variables qualitatives et les échantillons comparés étant indépendants, nous avons employé le test de Khi-2 à 2 échantillons. Aussi, après avoir commenté brièvement les données descriptives obtenues, la réalisation du Khi-2 nous a permis de nous positionner sur H10 en fonction des deux axes d'étude que nous lui avons apporté.

✓ Les hypothèses portant sur la fonction contenante

L'hypothèse numéro 11 est : "*Les femmes n'ayant pas bénéficié du soutien de leur compagnon durant l'accouchement auraient plus tendance vivre difficilement la survenue d'une épisiotomie*".

Pour évaluer cette hypothèse, nous avons comparé l'effet de la variable indépendante qualitative "*soutien du compagnon pendant l'accouchement*" (provenant de l'étude des entretiens à T₁ et codée en Oui/Non) sur la variable dépendante "*mode d'accouchement vécu comme difficile*" (codé en oui/non). Le plan de cette étude portant sur des variables qualitatives et les échantillons comparés étant indépendants, nous avons employé le test de Khi-2 à 2 échantillons. Cet outil nous a permis de nous positionner sur les liens potentiels existant entre le soutien du compagnon et le vécu de l'épisiotomie.

L'hypothèse numéro 12 est : ***“Les femmes n’ayant pas considéré avoir bénéficié d’un soutien médical contenant au cours de leur accouchement auraient plus tendance à vivre difficilement la survenue d’une épisiotomie”***.

La démarche que nous avons utilisée a eu pour but d’étudier comparativement l’effet de la variable indépendante *“soutien médical pendant l’accouchement”* (obtenue par le biais de l’entretien à T₁ et codée en oui/non) sur la variable dépendante *“mode d’accouchement vécu comme difficile”* (codée en oui/non). Comme pour l’étude de l’hypothèse précédente, nous avons employé un test de Khi-2 à deux échantillons. A terme, nous nous sommes positionné sur la significativité de H10.

✓ Les hypothèses portant sur la présence d’antécédents traumatiques

L’étude des liens potentiels existant entre la présence d’antécédents traumatiques et le fait de vivre plus difficilement une épisiotomie s’est appuyée sur 5 hypothèses différentes :

Hypothèse 13a : Les femmes ayant vécu au cours au cours de leur vie une expérience traumatique vivraient plus difficilement la survenue d’une épisiotomie.

Hypothèses 13b : Les femmes ayant vécu au cours au cours de leur vie une agression sexuelle ou un viol vivraient plus difficilement la survenue d’une épisiotomie.

Hypothèses 13c : Les femmes ayant vécu au cours au cours de leur vie une expérience de grossesse arrêtée vivraient plus difficilement la survenue d’une épisiotomie.

Hypothèses 13d : Les femmes ayant vécu au cours au cours de leur vie une Interruption Volontaire de Grossesse vivraient plus difficilement la survenue d’une épisiotomie.

Hypothèses 13e : Les femmes ayant été soumise au cours de leur grossesse à une menace d’accouchement prématuré vivraient plus difficilement la survenue d’une épisiotomie.

Pour chacune d’entre-elles, la démarche employée a été la même. Elle a consisté à appréhender la présence d’éventuelles fluctuations de la variable dépendante *“mode d’accouchement vécu comme difficile”*, cela en fonction de chaque modalité des variables indépendantes étudiées par chaque hypothèse. La VD (MAVD) a donc été testée en fonction des variables indépendantes suivantes : *“Trauma passé”* ; *“Viol”* ; *“grossesse arrêtée”* ; *“IVG”* et *“Menace d’accouchement prématuré”*. Toutes ces variables proviennent de l’étude des entretiens réalisé à T₀. Comme toutes ces variables étaient des variables qualitatives codées en 2 catégories (oui/non), et que nos échantillons étaient indépendants nous avons employé une

succession de 5 Khi-2 à deux échantillons. Enfin, nous avons pu nous positionner sur chaque sous-hypothèse de H13 (H13a, H13b, H13c, H13d, H13e).

✓ Les hypothèses portant sur la mentalisation et la symbolisation

Les hypothèses abordées au sein de ce dernier thème avaient pour but d'évaluer les liens existant entre certaines dimensions de la mentalisation et la variable dépendante "mode d'accouchement vécu comme difficile". Elles correspondent aux hypothèses suivantes :

Hypothèse 14a : Les femmes présentant un indice d'élaboration symbolique de l'agressivité inférieur à 0.5 vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie.

Hypothèse 14b : Les femmes présentant un indice d'élaboration symbolique du féminin inférieur à 0.5 vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie.

Hypothèse 14c : Les femmes présentant un indice d'élaboration symbolique du maternel inférieur à 0.5 vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie.

Hypothèse 15 : Les femmes présentant une mauvaise capacité de mentalisation vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie.

L'analyse des 3 premières hypothèses (H14a, H14b, H14c) s'est appuyée sur les variables indépendantes suivantes : "IES Agressivité avant l'accouchement (IESA)" ; "IES Féminin Version Cassier (IESFVC)" ; "IES Féminin Version Révisée (IESFVR)" et "IES Maternel Version Révisée". Toutes ces variables ont été sélectionnées après analyse des protocoles Rorschach en anténatal ; avant que l'expérience de l'accouchement et le devenir mère ait eu une influence significative sur la valence de ces symbolisations¹⁶¹. Pour tester l'influence de ces VI, nous avons réalisé deux analyses distinctes. D'une part, nous avons remarqué que notre échantillon était petit (N=16), que la distribution des valeurs dans notre échantillon n'était pas Gaussienne et surtout que l'égalité des variances n'était pas atteinte. Aussi, nous avons utilisé un test non paramétrique visant à attribuer un rang à chacune des participantes et évaluer la distribution moyenne de chacun de ces rangs en fonction de la VI (MAVD). Nous avons donc employé le test de Kruskal-Wallis (tenant compte de la dispersion totale) pour étudier la significativité de nos hypothèses.

¹⁶¹ Tel que nous l'avons montré au cours de l'analyse de H8.

D'autre part, pour chacune des VI que nous avons présentées (“*IESA*” ; “*IESFVC*” ; “*IESFVR*” ; “*IESMVR*”), nous avons classé les participantes en deux catégories. La première regroupe les femmes ayant un indice d'élaboration symbolique inférieur à 0.5, et elle correspond aux femmes ayant des difficultés de symbolisation. La seconde regroupe les femmes ayant un indice supérieur à 0.5. Elle correspond donc aux femmes faisant preuve d'une qualité de symbolisation affirmée. Par le biais de ce classement, chacune de nos VI ne comprenait plus que deux modalités différentes : difficultés de symbolisations et symbolisation affirmée. Nous avons donc réalisé un Khi-2 à deux échantillons pour chacune de ces VI. Ce faisant, nous avons pu nous positionner sur la significativité des sous-hypothèses de H14 (H14a, H14b, H14c).

L'analyse de H15 s'est elle aussi appuyée sur deux étapes distinctes visant à ériger des modalités de notre VI “*qualité de la mentalisation*” évaluables quantitativement. Tout d'abord, nous avons réalisé une analyse qualitative visant à appréhender les capacités de mentalisation des femmes que nous avons rencontrées. Cet aspect est présenté dans un tableau descriptif et récapitulatif. Puis, nous avons classé les résultats obtenus en deux groupes (Bonne mentalisation et mentalisation entravée). Ainsi, la variable indépendante “*qualité de la mentalisation*” était donc catégorisée en deux modalités qualitatives (bonne mentalisation et mentalisation entravée). Etant donc en présence de deux échantillons indépendant discriminés par une variable indépendante qualitative, nous avons réalisé un test de Khi-2 pour étudier cette hypothèse et nous positionner sur la significativité de H15.

2.2 Analyse des hypothèses quantitatives supplémentaires

L'analyse quantitative que nous déroulons ici est catégorisée en quatre thèmes spécifiques '*les attentes concernant l'accouchement*'; '*le sentiment de contenance au cours de l'accouchement*', '*la présence d'antécédents traumatiques*' et enfin '*le processus de mentalisation*'. Ces quatre thèmes ont été évalués en fonction de la variable dépendante (mode d'accouchement difficilement vécu). Au sein de cette variable dichotomique, 9 femmes ont exprimé avoir difficilement vécu leur épisiotomie et 7 n'ont pas exprimé une telle plainte.

Le différentiel de la variable '*mode d'accouchement vécu comme difficile (MAVD)*' pour chaque femme est présenté dans le tableau suivant :

Episiotomie bien vécue (MAVD/Non, N=6)	Episiotomie difficilement vécue (MAVD/oui, N=9)
<i>Dahlia ; Géranium ; Glycine ; Paquerêtte ; Pétunia ; Soleil ; Tournesol.</i>	<i>Alyssée ; Anémone ; Camomille ; Clématite ; Jasmin ; Jonquille ; Lilas ; Pivoine ; Tulipe.</i>

Tableau n° 121 : Perception du vécu de l'épisiotomie

Sur la base de ce positionnement dichotomique, nous avons donc étudié l'influence des variables indépendantes que nous avons préalablement présentées et regroupées au sein des quatre catégories thématiques décrites ci-dessus. Nous présentons donc ici une analyse statistique quantitative et au besoin, nous commentons dans un second point les résultats que nous avons obtenus sous un angle méthodologique ou clinique. A terme, nous proposons une réflexion générale sur les résultats obtenus.

2.2.1. Influence des craintes et attentes concernant l'accouchement sur le vécu de l'épisiotomie : hypothèses n° 9 et n°10

✓ Analyse de l'hypothèse 9

L'hypothèse H9 est intitulée : '*Les femmes ayant de fortes attentes concernant le déroulé de l'accouchement auraient plus tendance à vivre négativement la survenue d'une épisiotomie*'. L'évaluation de cette hypothèse repose à la fois sur la présentation des données descriptives et ensuite, sur l'utilisation du Khi-2.

Les données descriptives obtenues en fonction des modalités de notre variable sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau croisé Mode accouchement difficilement vécu * Attentes concernant l'accouchement

			Attentes concernant l'accouchement			Total
			Refusées	Craintes	Mesurées	
Mode accouchement difficilement vécu	Non	Effectif	2	2	3	7
		Effectif théorique	1,8	1,3	3,9	7,0
		% dans Mode accouchement difficilement vécu	28,6%	28,6%	42,9%	100,0%
	Oui	Résidu	,3	,7	-,9	
		Effectif	2	1	6	9
		Effectif théorique	2,3	1,7	5,1	9,0
	Total	% dans Mode accouchement difficilement vécu	22,2%	11,1%	66,7%	100,0%
		Résidu	-,3	-,7	,9	
		Effectif	4	3	9	16
		Effectif théorique	4,0	3,0	9,0	16,0
		% dans Mode accouchement difficilement vécu	25,0%	18,8%	56,3%	100,0%

Tableau n° 122 : Vécu de l'épisiotomie en fonction des attentes avant l'accouchement

Sur l'ensemble du groupe de femmes ayant eu une épisiotomie, trois craignaient l'accouchement, neuf avaient proposé un discours mesuré à son égard et enfin quatre avaient refusé de se confronter à cette dimension. Ici, parmi l'ensemble des données disponibles une seule tendance semble se détacher. Il se pourrait peut-être que les femmes ayant eu des attentes mesurées concernant l'accouchement aient plus difficilement vécu la survenue d'une épisiotomie ($\bar{x}= 66.7\%$). Nous ne pensons toutefois pas que cette dimension soit significative. Pour vérifier cet aspect nous avons utilisé le test de Khi-2.

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
khi-carré de Pearson	1,101 ^a	2	,577
Rapport de vraisemblance	1,109	2	,574
Association linéaire par linéaire	,620	1	,431
N d'observations valides	16		

Tableau n° 123 : Etude de la corrélation existante entre les attentes et le vécu de l'épisiotomie

Comme nous pouvons l'observer, l'hypothèse suggérant la présence d'une corrélation spécifique entre le vécu de l'épisiotomie et les attentes liées à l'accouchement n'est pas significative ($p = 577$). **De fait, nous pouvons rejeter H9 : les attentes liées au déroulé de l'accouchement n'ont pas d'influence sur le vécu de l'épisiotomie.**

✓ Analyse des hypothèses H10a et H10b

Les deux hypothèses étudiées au cours de ce point sont :

H10a : “*Les femmes ayant ressenti au cours de la grossesse la présence de peurs concernant l’accouchement auraient plus tendance à vivre négativement la survenue d’une épisiotomie*”.

H10b : “*Les femmes ayant ressenti au cours de la grossesse la présence de peurs concernant la survenue d’une épisiotomie auraient plus tendance à vivre négativement la survenue d’une épisiotomie*”

Pour étudier ces deux dimensions très proches, nous avons réalisé de manière conjointe une réflexion portant sur les données descriptives inhérentes à notre questionnement et ensuite, nous avons employé le test de Khi-2.

Les données descriptives obtenues à cette hypothèse sont présentées dans les tableaux suivants :

Tableau croisé Mode accouchement difficilement vécu * Peur de l'accouchement

		Peur de l'accouchement		Total	
		Non	Oui		
Mode accouchement difficilement vécu	Non	Effectif	2	5	7
		Effectif théorique	3,5	3,5	7,0
		% dans Mode accouchement difficilement vécu	28,6%	71,4%	100,0%
		Résidu	-1,5	1,5	
	Oui	Effectif	6	3	9
		Effectif théorique	4,5	4,5	9,0
		% dans Mode accouchement difficilement vécu	66,7%	33,3%	100,0%
		Résidu	1,5	-1,5	
	Total	Effectif	8	8	16
		Effectif théorique	8,0	8,0	16,0
% dans Mode accouchement difficilement vécu		50,0%	50,0%	100,0%	
Résidu					

Tableau n° 124 : Vécu de l'épisiotomie en fonction de la peur d'accoucher

Tableau croisé Mode accouchement difficilement vécu * Peur de l'épisiotomie

		Peur de l'épisiotomie		Total	
		Non	Oui		
Mode accouchement difficilement vécu	Non	Effectif	6	1	7
		Effectif théorique	6,1	,9	7,0
		% dans Mode accouchement difficilement vécu	85,7%	14,3%	100,0%
		Résidu	-,1	,1	
	Oui	Effectif	8	1	9
		Effectif théorique	7,9	1,1	9,0
		% dans Mode accouchement difficilement vécu	88,9%	11,1%	100,0%
		Résidu	,1	-,1	
	Total	Effectif	14	2	16
		Effectif théorique	14,0	2,0	16,0
% dans Mode accouchement difficilement vécu		87,5%	12,5%	100,0%	
Résidu					

Tableau n° 125 : Vécu de l'épisiotomie en fonction de la peur de l'épisiotomie

Les deux tableaux de données descriptives que nous avons obtenus à la suite de notre analyse nous permettent tout d’abord de montrer qu’une femme sur deux déclare avoir peur de l’accouchement. Cependant, une seule femme sur huit déclare avoir peur de l’épisiotomie. La dispersion des données concernant “*la peur de l’accouchement*” ne suggère pas spontanément la présence d’un effet spécifique de cette variable sur le vécu de l’épisiotomie. Après une deuxième lecture, il semblerait tout de même que le fait d’avoir “*peur de l’accouchement*” préserve les femmes d’un vécu difficile concernant de l’épisiotomie. En revanche, les données descriptives portant sur “*la peur de l’épisiotomie*” ne font apparaître aucune tendance spécifique. Effectivement, sur les deux femmes ayant exprimé des craintes concernant

l'épisiotomie avant l'accouchement une a bien vécu son accouchement et l'autre l'a considéré comme difficile.

Nous avons donc employé le test de Khi-2 pour vérifier la significativité de ces tendances.

Tests du khi-carré			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
khi-carré de Pearson	2,286 ^a	1	,131
Correction pour continuité ^b	1,016	1	,313
Rapport de vraisemblance	2,348	1	,125
Test exact de Fisher			
Association linéaire par linéaire	2,143	1	,143
N d'observations valides	16		

Tableau n° 126 : Corrélation entre la peur de l'accouchement et le vécu de l'épisiotomie

Tests du khi-carré			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
khi-carré de Pearson	,036 ^a	1	,849
Correction pour continuité ^b	,000	1	1,000
Rapport de vraisemblance	,036	1	,849
Test exact de Fisher			
Association linéaire par linéaire	,034	1	,854
N d'observations valides	16		

Tableau n° 127 : Corrélation entre la peur de l'épisiotomie et le vécu de l'épisiotomie

Tout d'abord, nous pouvons remarquer que l'hypothèse H10b supposant une corrélation entre la peur de l'incision du périnée et le vécu difficile de l'épisiotomie n'est absolument pas significative. **Nous pouvons donc considérer que H10b est rejetée. La présence de peur concernant la survenue d'une épisiotomie avant l'accouchement n'entraîne pas spécifiquement l'apparition d'un vécu difficile de l'épisiotomie.** Nous tenons toutefois à préciser ici que cette hypothèse présentait une dispersion des données très faibles et qu'il nous semble préférable de la réévaluer en s'appuyant sur une population plus importante.

Ensuite, nous pouvons remarquer que la corrélation entre la peur de l'accouchement et l'apparition d'un vécu difficile de l'épisiotomie n'est pas significative. **Nous pouvons donc considérer que H10a est rejetée. La présence de peur concernant l'accouchement n'est pas significativement corrélée au vécu de l'épisiotomie.** Cependant, en dépit de cette conclusion nous devons rappeler que notre analyse complémentaire se base sur seulement 16 femmes. Dans ce contexte, une significativité de .131 ne doit donc pas être négligée. Elle représente une forme de "tendance à la significativité". Nous préconisons donc la réalisation d'études futures sur cet aspect et souhaitons rappeler que le rejet de notre hypothèse se devra toujours d'être associé aux précautions méthodologiques que nous venons de souligner. Cela, d'autant que le coefficient phi (montrant la force du lien entre deux variables) est de -.378. En extrapolant ces résultats il serait utile d'étudier en quoi la présence de peur pourrait en quelque sorte préserver les femmes d'un vécu difficile concernant l'accouchement ou encore l'épisiotomie.

2.2.2. Influence de la fonction contenante au cours de l'accouchement sur le vécu de l'épisiotomie : hypothèses n°11 et n°12

✓ Analyse de l'hypothèse n°11

L'intitulé de l'hypothèse 11 est : *“Les femmes n’ayant pas bénéficié du soutien de leur compagnon durant l'accouchement auraient plus tendance vivre difficilement la survenue d'une épisiotomie”*.

Dans le contexte de notre étude, nous avons découvert que toutes les femmes ayant eu une épisiotomie ont été soutenues par leur compagnon. **Il n'a donc pas été possible de réaliser une comparaison des moyennes sur cette hypothèse par le biais du test de Khi-2. Nous n'avons donc pas pu apporter de conclusion sur l'hypothèse n°11. Nous ne pouvons donc pas proposer de réponse portant sur les liens entre le soutien du compagnon au cours de l'accouchement et le vécu de l'épisiotomie.**

✓ Analyse de l'hypothèse n°12

L'intitulé de l'hypothèse n°12 est : *“Les femmes n’ayant pas considéré avoir bénéficié d'un soutien médical contenant au cours de leur accouchement auraient plus tendance à vivre difficilement la survenue d'une épisiotomie”*.

Pour étudier cette hypothèse, nous présentons tout d'abord les données descriptives portant sur les liens entre le soutien médical et le vécu de l'épisiotomie. Puis, un temps est consacré à l'analyse de la comparaison des moyennes à l'aide du test de Khi-2. La présentation des données descriptives portant sur cette hypothèse est présentée ci-dessous :

Tableau croisé Mode accouchement difficilement vécu * Soutien de l'équipe médicale

			Soutien de l'équipe médicale		Total
			Non	Oui	
Mode accouchement difficilement vécu	Non	Effectif	2	5	7
		Effectif théorique	1,3	5,7	7,0
		% dans Mode accouchement difficilement vécu	28,6%	71,4%	100,0%
		Résidu	,7	-,7	
	Oui	Effectif	1	8	9
		Effectif théorique	1,7	7,3	9,0
		% dans Mode accouchement difficilement vécu	11,1%	88,9%	100,0%
		Résidu	-,7	,7	
Total	Effectif	3	13	16	
	Effectif théorique	3,0	13,0	16,0	
	% dans Mode accouchement difficilement vécu	18,8%	81,3%	100,0%	

Tableau n° 128 : Vécu de l'épisiotomie en fonction du soutien médical

Tout d’abord, nous pouvons constater que les femmes rencontrées au sein de notre étude se sont senties majoritairement très soutenues par l’équipe médicale (\bar{x} = 81.3%). De fait, nous constatons une faible variabilité de l’item “absence de soutien médical”. Il est donc possible que cette absence de variation entraîne une non-significativité de notre hypothèse. Nous avons donc évalué cette dernière à l’aide du test de Khi-2 présenté dans le tableau suivant :

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
khi-carré de Pearson	,788 ^a	1	,375		
Correction pour continuité ^b	,059	1	,809		
Rapport de vraisemblance	,788	1	,375		
Test exact de Fisher				,550	,400
Association linéaire par linéaire	,739	1	,390		
N d'observations valides	16				

Tableau n° 129 : Corrélation entre la présence de soutien médical et le vécu de l’épisiotomie

L’analyse réalisée à l’aide du test de Khi-2 montre que le soutien médical n’est pas corrélé aux fluctuations du vécu difficile de l’épisiotomie. **Nous pouvons donc rejeter H12. La qualité du soutien médical apporté aux patientes n’a pas d’influence sur l’apparition d’un vécu difficile lié à la pratique de l’épisiotomie.** Malgré la présence de ce résultat non significatif, nous pensons utile de reproduire cette étude sur une population plus large.

2.2.3. Influence de la présence d’antécédents traumatiques sur le vécu de l’épisiotomie : hypothèses n° 13a, n°13b, n°13c, n°13d et n°13e

✓ Analyse de H13a

L’hypothèse H13a est : “*Les femmes ayant vécu au cours de leur vie une expérience traumatique vivraient plus difficilement la survenue d’une épisiotomie*”.

Afin d’étudier plus précisément cette hypothèse, nous avons premièrement construit le tableau des données descriptives placé page suivante :

Tableau croisé Mode accouchement difficilement vécu * Traumatismes passés

		Traumatismes passés		Total	
		Non	Oui		
Mode accouchement difficilement vécu	Non	Effectif	3	4	7
		Effectif théorique	3,5	3,5	7,0
		% dans Mode accouchement difficilement vécu	42,9%	57,1%	100,0%
		Résidu	-,5	,5	
	Oui	Effectif	5	4	9
		Effectif théorique	4,5	4,5	9,0
		% dans Mode accouchement difficilement vécu	55,6%	44,4%	100,0%
		Résidu	,5	-,5	
Total	Effectif	8	8	16	
	Effectif théorique	8,0	8,0	16,0	
	% dans Mode accouchement difficilement vécu	50,0%	50,0%	100,0%	

Tableau n° 130 : Vécu de l'épisiotomie en fonction de la présence de traumatismes

Parmi les 16 femmes ayant reçu une épisiotomie, la moitié d'entre elles a déclaré avoir vécu un traumatisme dans le passé. La distribution obtenue est ici totalement équilibrée. Nous ne pensons donc pas que la présence de traumatisme influence le vécu de l'épisiotomie. Nous avons toutefois vérifié cet aspect à l'aide du test de Khi-2 :

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
khi-carré de Pearson	,254 ^a	1	,614		
Correction pour continuité ^b	,000	1	1,000		
Rapport de vraisemblance	,255	1	,614		
Test exact de Fisher				1,000	,500
Association linéaire par linéaire	,238	1	,626		
N d'observations valides	16				

Tableau n° 131 : Corrélation entre la présence de traumatisme passé et le vécu de l'épisiotomie

Le test de Khi-2 montre qu'il n'y a pas de corrélation entre la présence ou l'absence d'un traumatisme et le vécu de l'épisiotomie. **Nous pouvons donc rejeter H13a : le vécu de l'épisiotomie n'est pas influencé par la présence d'antécédents traumatiques exprimés par les femmes au cours de la période anténatale.** Sur ce point, nous tenons à préciser que la catégorie "antécédent traumatique" s'est appuyée sur le discours des patientes ayant répondu à la question n°40 de l'IRMAG-VR : "Avez-vous connu des expériences particulièrement

difficiles ou traumatiques durant votre enfance ?”. Nous pensons ici que la subjectivité des femmes et l’utilisation galvaudée du mot “traumatisme” dans le langage courant n’a pas permis de bien circonscrire la notion même de traumatisme. En conséquence il est possible que cette catégorie ne reflète pas assez bien la notion d’antécédent traumatique. Il serait alors nécessaire de répéter préférentiellement ce type d’étude sur la présence d’antécédents traumatiques avérés et évalués spécifiquement au cours d’une évaluation clinique subsidiaire.

✓ Analyse de H13b

L’intitulé de l’hypothèse 13b est : *Les femmes ayant vécu au cours au cours de leur vie une agression sexuelle ou un viol vivraient plus difficilement la survenue d’une épisiotomie.*

Pour évaluer cette hypothèse, nous nous sommes appuyé sur les données descriptives obtenues :

Tableau croisé Mode accouchement difficilement vécu * Viol

		Viol		Total	
		Non	Oui		
Mode accouchement difficilement vécu	Non	Effectif	6	1	7
		Effectif théorique	6,1	,9	7,0
		% dans Mode accouchement difficilement vécu	85,7%	14,3%	100,0%
		Résidu	-,1	,1	
	Oui	Effectif	8	1	9
		Effectif théorique	7,9	1,1	9,0
		% dans Mode accouchement difficilement vécu	88,9%	11,1%	100,0%
		Résidu	,1	-,1	
Total	Effectif	14	2	16	
	Effectif théorique	14,0	2,0	16,0	
	% dans Mode accouchement difficilement vécu	87,5%	12,5%	100,0%	

Tableau n° 132 : Influence d’une agression sexuelle ou un viol sur le vécu de l’épisiotomie

La lecture de ce tableau nous montre tout d’abord que sur 16 femmes, deux d’entre elles ont expliqué avoir été agressées sexuellement ou violées dans le passé. Seule, une de ces femmes a bien vécu la survenue de l’épisiotomie alors que l’autre participante l’a mal vécue. Au vu de la faible variabilité de cette hypothèse, il aurait été difficile de se positionner sur les

liens entre la variable “viol” et le vécu de l’épisiotomie. Nous avons toutefois vérifié cet aspect à l’aide du test de Khi-2 :

Tests du khi-carré					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
khi-carré de Pearson	,036 ^a	1	,849		
Correction pour continuité ^b	,000	1	1,000		
Rapport de vraisemblance	,036	1	,849		
Test exact de Fisher				1,000	,700
Association linéaire par linéaire	,034	1	,854		
N d'observations valides	16				

Tableau n° 133 : Corrélation entre la présence viol passé et le vécu de l’épisiotomie

Comme nous l’avons suggéré au cours de l’analyse descriptive, le test de Khi-2 n’a pas montré de corrélation entre la présence d’antécédents de viol ou d’agression sexuelle et le vécu de l’épisiotomie. **Nous pouvons donc rejeter H13b. Le vécu de l’épisiotomie n’est pas influencé par le fait d’avoir connu dans le passé une agression sexuelle ou un viol.** Nous souhaitons néanmoins ajouter quelques précisions sur cette hypothèse. D’une part, nous pensons que la faible variabilité de la variable étudiée (bien que souhaitable) n’a pas permis d’étudier avec justesse cette hypothèse. Nous pensons toutefois utile de reproduire ce type d’étude sur une population plus large. En outre, nous trouverions utile d’ajouter une modalité supplémentaire consistant à différencier les antécédents d’agression sexuelle ou de viol élaborés, de ceux étant toujours liés à la présence de difficultés psychiques. Ces précisions pourraient peut-être apporter un éclairage différent sur l’hypothèse H13b.

✓ Analyse de H13c

L’hypothèse H13c est formulée de la manière suivante : **“Les femmes ayant vécu au cours au cours de leur vie une expérience de grossesse arrêtée vivraient plus difficilement la survenue d’une épisiotomie”**.

L’analyse que nous avons réalisée s’appuie tout d’abord sur l’élaboration d’un tableau de données descriptives que nous présentons page suivante :

Tableau croisé Mode accouchement difficilement vécu * Grossesse arrêtée

		Grossesse arrêtée		Total	
		Non	Oui		
Mode accouchement difficilement vécu	Non	Effectif	5	2	7
		Effectif théorique	6,1	,9	7,0
		% dans Mode accouchement difficilement vécu	71,4%	28,6%	100,0%
		Résidu	-1,1	1,1	
	Oui	Effectif	9	0	9
		Effectif théorique	7,9	1,1	9,0
		% dans Mode accouchement difficilement vécu	100,0%	0,0%	100,0%
		Résidu	1,1	-1,1	
Total	Effectif	14	2	16	
	Effectif théorique	14,0	2,0	16,0	
	% dans Mode accouchement difficilement vécu	87,5%	12,5%	100,0%	

Tableau n° 134 : Influence du vécu lié à la survenue d'une grossesse arrêtée antérieure sur le vécu de l'épisiotomie

Sur l'ensemble des 16 femmes de notre étude ayant eu une épisiotomie, deux ont malheureusement connu l'expérience d'une grossesse arrêtée antérieure. Bien que peu nombreuses, nous pouvons remarquer que ces deux femmes ont vécu la survenue de l'épisiotomie comme une expérience positive. Il est donc possible que le fait d'avoir vécu une grossesse arrêtée puisse influencer le vécu de l'épisiotomie. Cependant si tel était le cas, ce résultat statistique devrait être confirmé par une analyse clinique spécifique. Nous avons toutefois abordé cet aspect au travers du test de Khi-2.

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
khi-carré de Pearson	2,939 ^a	1	,086		
Correction pour continuité ^b	,907	1	,341		
Rapport de vraisemblance	3,681	1	,055		
Test exact de Fisher				,175	,175
Association linéaire par linéaire	2,755	1	,097		
N d'observations valides	16				

Tableau n° 135 : Corrélation entre le vécu de l'épisiotomie et le fait d'avoir vécu une expérience de grossesse arrêtée

Le résultat obtenu à cette hypothèse présente une tendance à la significativité. Autrement dit, le fait d'avoir connu une "fausse couche" dans le passé a tendance à colorer positivement le vécu de l'épisiotomie. Face à ce constat, nous pensons premièrement que ce

type d'étude devrait être réétudié au sein d'une population plus importante pour confirmer la tendance observée. Toutefois, si cette dernière était validée par des études ultérieures il se pourrait que la joie d'être enfin mère contrastant avec la peine ressentie par la perte antérieure d'un enfant puisse être à l'origine de cette coloration positive. **Aussi, dans l'attente d'une évaluation plus poussée sur ce point, la non-significativité de cette hypothèse nous amène à rejeter H13c. La survenue d'une fausse couche antérieure à l'accouchement n'entraîne pas l'apparition d'un vécu difficile de l'épisiotomie. Au contraire elle aurait tendance à colorer positivement le vécu de l'épisiotomie.**

✓ Analyse de H13d

L'intitulé de l'hypothèse 13d est : "Les femmes ayant vécu au cours au cours de leur vie une Interruption Volontaire de Grossesse vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie".

Cette hypothèse s'est appuyée à la fois sur la dynamique de perte liée à l'IVG mais aussi au vécu corporel difficile qui lui est associé. Ces deux aspects ont tous deux été exprimés par quelques-unes des femmes que nous avons rencontrées au cours de notre recherche. Nous avons donc souhaité évoquer cet aspect dans nos analyses. Nous pouvons tout d'abord présenter les données descriptives liées à notre questionnaire :

Tableau croisé Mode accouchement difficilement vécu * IVG

		IVG		Total	
		Non	Oui		
Mode accouchement difficilement vécu	Non	Effectif	7	0	7
		Effectif théorique	6,6	,4	7,0
		% dans Mode accouchement difficilement vécu	100,0%	0,0%	100,0%
		Résidu	,4	-,4	
	Oui	Effectif	8	1	9
		Effectif théorique	8,4	,6	9,0
		% dans Mode accouchement difficilement vécu	88,9%	11,1%	100,0%
		Résidu	-,4	,4	
Total	Effectif	15	1	16	
	Effectif théorique	15,0	1,0	16,0	
	% dans Mode accouchement difficilement vécu	93,8%	6,3%	100,0%	

Tableau n° 136 : Influence du vécu lié à la survenue d'un IVG antérieur sur le vécu de l'épisiotomie

Les données que nous avons obtenues montrent ici que seule une femme sur les 16 ayant eu une épisiotomie a vécu une interruption volontaire de grossesse. Il n'est donc pas possible de proposer une analyse de cette hypothèse avec si peu d'éléments. Sur la base de ce constat, nous pensons toutefois que l'hypothèse H13d ne sera statistiquement pas significative. Nous pouvons alors présenter les données obtenues par le biais du test de Khi-2 :

Tests du khi-carré					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
khi-carré de Pearson	,830 ^a	1	,362		
Correction pour continuité ^b	,000	1	1,000		
Rapport de vraisemblance	1,202	1	,273		
Test exact de Fisher				1,000	,563
Association linéaire par linéaire	,778	1	,378		
N d'observations valides	16				

Tableau n° 137 : Corrélation entre le vécu de l'épisiotomie et le fait d'avoir antérieurement vécu une IVG

La très faible variabilité de notre hypothèse nous montre qu'il n'y a pas de corrélation entre le fait d'avoir vécu une IVG antérieurement et le vécu de l'épisiotomie. **Aussi, même si nous pourrions rejeter H13d, le fait qu'une seule femme ait été incluse dans la catégorie IVG rend l'étude de cette hypothèse statistiquement hasardeuse. Nous préférons donc ne pas proposer de conclusion portant sur les liens entre l'IVG et le vécu de l'épisiotomie.**

✓ Analyse de H13e

L'intitulé de H13e est : *“Les femmes ayant été soumise au cours de leur grossesse à une menace d'accouchement prématuré vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie”*.

Cette hypothèse s'est appuyée sur les données descriptives présente page suivante :

Tableau croisé Mode accouchement difficilement vécu * Menace d'accouchement prématuré

		Menace d'accouchement prématuré		Total	
		Non	Oui		
Mode accouchement difficilement vécu	Non	Effectif	4	3	7
		Effectif théorique	4,8	2,2	7,0
		% dans Mode accouchement difficilement vécu	57,1%	42,9%	100,0%
		Résidu	-,8	,8	
	Oui	Effectif	7	2	9
		Effectif théorique	6,2	2,8	9,0
		% dans Mode accouchement difficilement vécu	77,8%	22,2%	100,0%
		Résidu	,8	-,8	
Total	Effectif	11	5	16	
	Effectif théorique	11,0	5,0	16,0	
	% dans Mode accouchement difficilement vécu	68,8%	31,3%	100,0%	

Tableau n° 138 : Influence de la menace d'accouchement prématurée sur le vécu de l'épisiotomie

Sur l'ensemble des femmes ayant eu une épisiotomie, environ 1/3 d'entre elles ont eu une menace d'accouchement prématuré. Ce taux assez élevé ne nous surprend pas plus que cela sachant que le dernier rapport périnatal souligne qu'environ 6% des femmes étaient en 2016 spécifiquement hospitalisées pour cet aspect (Blondel et al, 2017b). En revanche la dispersion des données ne semble pas révéler de tendances spécifiques. Nous avons tout de même étudié cette hypothèse à l'aide du Khi-2.

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
khi-carré de Pearson	,780 ^a	1	,377		
Correction pour continuité ^b	,115	1	,734		
Rapport de vraisemblance	,779	1	,377		
Test exact de Fisher				,596	,365
Association linéaire par linéaire	,732	1	,392		
N d'observations valides	16				

Tableau n° 139 : Corrélation entre le vécu de l'épisiotomie et la menace d'accouchement

L'évaluation des liens potentiels existant entre le vécu de l'épisiotomie et la menace d'accouchement prématuré montre qu'il n'y pas de corrélation entre ces deux variables. **Nous**

pouvons donc rejeter H13e. La menace d'accouchement prématurée n'a pas d'influence pas le vécu de l'épisiotomie.

2.2.4. Influence de la qualité de la mentalisation et des symbolisations sur le vécu de l'épisiotomie : hypothèses n°14a, n°14b, n°14c et n°15

✓ Analyse de H14a

La formulation de l'hypothèse H14a est : *“Les femmes présentant un indice d'élaboration symbolique de l'agressivité inférieur à 0.5 vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie”*.

Afin de tester cette hypothèse, nous avons tout d'abord réalisé un premier test visant à découvrir si la dispersion des données concernant l'IES portant sur les pulsions agressives avait eu un impact sur le vécu de l'épisiotomie. Le but de ce test est d'attribuer un rang (1 à 16) à chacune des femmes rencontrées en fonction du score d'élaboration symbolique portant sur les pulsions agressives en anténatal. Puis, ce test réévalue ces rangs en fonction de la variable dépendante *“mode d'accouchement difficilement vécu”*. Ce faisant le Kruskal-Wallis permet de rendre compte d'éventuelles fluctuations corrélatant le registre pulsionnel agressif et le vécu de l'épisiotomie. Nous avons donc obtenu le résultat suivant :

Récapitulatif du test d'hypothèse

3	La distribution de IES Agressif avant accouchement est identique sur les catégories de Mode accouchement difficilement vécu.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillon s indépendant s	,549	Retenir l'hypothèse nulle.
----------	--	--	------	----------------------------

Tableau n° 140 : Etude de la corrélation potentielle existant entre l'IES agressif et le vécu de l'épisiotomie p.005

Comme le montre le résultat obtenu, l'IES agressif n'a pas eu d'influence sur la variable *“mode d'accouchement difficilement vécu”*. La population concernée par cette variable étant ici uniquement constituée de femmes ayant eu une épisiotomie, nous pouvons considérer que la présence d'une corrélation éventuelle n'est pas prouvée par le test que nous avons réalisé.

Aussi, en rappelant qu' H14a est testée sur un petit échantillon nous avons appréhendé notre hypothèse sous un angle différent. Nous avons donc décidé de comparer seulement deux groupes de femmes au lieu de les comparer toutes une à une. Pour ce faire, nous avons établi une valeur permettant de différencier les femmes ayant un IES agressif de bonne qualité et celles ayant un IES effondré. La valeur choisie est 0.5. Effectivement il s'agit de la limite communément retenue au Rorschach permettant de différencier les femmes présentant une

bonne qualité de symbolisation [+0.5 - +2] et celles dont la symbolisation est entravée ou effondrée [-2 - +0.5]. Ce procédé nous a permis de sélectionner les deux groupes de femmes que nous présentons dans le tableau suivant :

IES agressif effondré ou entravé [-2 - +0.5[IES agressif de bonne qualité [+0.5 - +2]
<i>Anémone ; Camomille ; Dahlia ; Glycine ; Jasmin ; Pâquerette ; Soleil ; Tournesol</i>	<i>Alyssée ; Clématite ; Géranium ; Jonquille ; Lilas ; Pétunia ; Pivoine ; Tulipe</i>
Total = 8	Total = 8

Tableau n°141 : Classement des femmes en fonction de la qualité de leur IES agressif

En se basant sur cette classification, nous avons obtenu le tableau des données descriptives suivant :

Tableau croisé

			Mode accouchement difficilement vécu		Total
			Non	Oui	
Symbolisation agressivité	Mauvaise	Effectif	5	3	8
		Effectif théorique	3,5	4,5	8,0
	Bonne	Effectif	2	6	8
		Effectif théorique	3,5	4,5	8,0
Total	Effectif		7	9	16
	Effectif théorique		7,0	9,0	16,0

Tableau n° 142 : Influence de l'IES agressif sur le vécu de l'épisiotomie

Les données que nous obtenons montrent qu'une majorité de femmes ayant un IES agressif faible n'a pas bien vécu leur épisiotomie (5 comparé à 3). De même, celles ayant présenté un IES agressif élevé ont plus difficilement vécu la survenue de l'épisiotomie (six comparées à 2). Sur ce petit échantillon une tendance se dessine. Effectivement, nous pouvons supposer que le fait d'avoir un IES agressif de bonne qualité entraîne un vécu plus difficile lié à la survenue de l'épisiotomie. De même le fait de présenter un IES agressif effondré semble être un facteur protecteur permettant de ne pas vivre difficilement la survenue d'une incision du périnée. Ces tendances soutiendraient toutes deux l'idée que la qualité de l'IES agressif est corrélée au vécu de l'épisiotomie.

Nous avons donc vérifié la significativité de cette affirmation à l'aide du test de Khi-2 :

Tests du khi-carré					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
khi-carré de Pearson	2,286 ^a	1	,131		
Correction pour continuité ^b	1,016	1	,313		
Rapport de vraisemblance	2,348	1	,125		
Test exact de Fisher				,315	,157
Association linéaire par linéaire	2,143	1	,143		
N d'observations valides	16				

Tableau n° 143 : Corrélation entre le vécu de l'épisiotomie et les IES agressifs

Comme nous pouvons le remarquer l'hypothèse n'a pas été considérée comme significative par notre outil statistique. Néanmoins, comme nous l'avons rappelé, nous avons réalisé cette analyse sur seulement 16 femmes. Aussi la petite taille de notre échantillon a probablement eu une grande influence sur les analyses réalisées. Pour autant, une *p value* de .131 signifie que nous pouvons considérer que le vécu de l'épisiotomie varie en fonction de l'IES agressif avec une proportion possible d'erreur portant sur cette affirmation évaluée à 13%. Pour un si petit échantillon, cet ordre de grandeur est infime. Aussi, nous avons décidé de considérer ce résultat comme le reflet d'une tendance montrant que l'IES agressif a une influence notable sur le vécu de l'épisiotomie. Plus précisément, il semblerait que la présence d'un IES faible préserve les femmes et leur permet de ne pas considérer la survenue de l'épisiotomie comme difficile. Au contraire, un IES agressif élevé aurait tendance à entraîner l'apparition d'un vécu de l'épisiotomie difficile.

Face à ce constat et nos réserves méthodologiques, nous devons rejeter H14a du fait de sa non-significativité. Néanmoins, nous considérons que l'analyse de cette hypothèse a pu mettre en évidence la présence d'une tendance spécifique montrant que la présence d'un IES agressif faible préserve les femmes de l'apparition d'un vécu difficile lié à l'épisiotomie. Il serait alors nécessaire d'évaluer plus précisément cette affirmation à l'aide d'études complémentaires basées sur un recrutement populationnel plus important. Enfin, nous commenterons ultérieurement cette tendance observée au sein de la partie réservée à cet effet.

✓ Analyse de H14b

L'intitulé de l'hypothèse 14b est : *“Les femmes présentant un indice d'élaboration symbolique du féminin inférieur à 0.5 vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie”*.

Nous avons évalué cette hypothèse en fonction des deux IES féminins disponibles dans notre étude. Il s'agit donc de l'indicateur classique “IESFVC” provenant de la grille de Cassier et l'indicateur que nous avons construit à la suite de notre proposition d'amélioration méthodologique “IESFVR”. Nous menons donc ici deux analyses en parallèle pour vérifier H14b.

Test de Kruskal-Wallis

Tout d'abord, en utilisant le même procédé qu'au cours de l'analyse de l'hypothèse précédente, nous avons étudié la dispersion de notre échantillon à l'aide du test de Kruskal-Wallis. Pour rappel, ce test non paramétrique attribue un rang (1 à 16) à chacune des femmes rencontrées, en fonction de leur Indice d'Elaboration Symbolique du Féminin évalué en anténatal. Puis, il réévalue la dispersion de ces rangs en fonction de la variable *“mode d'accouchement difficilement vécu”*. Comme nous avons mené cette étude uniquement sur les femmes ayant eu une épisiotomie, ce test permet de rendre compte de la présence d'éventuelles fluctuations témoignant de l'influence de l'IES féminin sur le vécu de l'épisiotomie.

Récapitulatif du test d'hypothèse

	Hypothèse nulle	Test	Sig.	Décision
1	La distribution de IES Féminin avant accouchement Version Cassier est identique sur les catégories de Mode accouchement difficilement vécu.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillons indépendants	,484	Retenir l'hypothèse nulle.

Tableau n° 144 : Etude de la corrélation potentielle existant entre l'IES féminin Version Cassier et le vécu de l'épisiotomie *p.005*

Récapitulatif du test d'hypothèse

4	La distribution de IES Féminin avant accouchement Version Révisée est identique sur les catégories de Mode accouchement difficilement vécu.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillons indépendants	,705	Retenir l'hypothèse nulle.
----------	---	--	------	----------------------------

Tableau n° 145 : Etude de la corrélation potentielle existant entre l'IES féminin Version Révisée et le vécu de l'épisiotomie *p.005*

Les résultats obtenus à ces deux tests montrent dans un premier temps que la dispersion des valeurs au sein des modalités de la variable “(épisiotomie) mode d'accouchement d'accouchement vécu comme difficile” n'est pas influencée par les IES féminins. Il semblerait par ailleurs que l'IES féminin révisé (n'intégrant pas les réponses maternelles) soit encore moins significatif que l'IES provenant de la version de Cassier. Aussi, nous ne pensons pas que l'IES féminin puisse influencer le vécu de l'épisiotomie.

Classement des femmes en deux groupes contrastés

Dans un deuxième temps, comme notre étude s'appuyait sur un petit échantillon et que le test de Kruskal-Wallis étudie les valeurs intersujet, nous avons souhaité étudier cette hypothèse de manière moins spécifique en réalisant une comparaison intergroupe. Nous avons donc différencié les femmes ayant un IES féminin (VC ou VF) de bonne qualité [+0.5 - +2] et celles ayant un IES féminin (VC ou VF) effondré ou entravé [-2 - +0.5[. Comme nous l'avons précisé la borne 0.5 a été sélectionnée car il s'agit de la valeur communément admise pour discriminer l'indice de symbolisation dans les études qualitatives portant sur le test de Rorschach.

Nous présentons donc premièrement la sélection des femmes réalisée en fonction de l'IES féminin obtenu à l'aide de la grille de Cassier :

IES fémin Cassier effondré ou entravé [-2 - +0.5[IES fémin Cassier de bonne qualité [+0.5 - +2]
<i>Alyssée ; Anémone ; Camomille ; Clématite ; Dahlia ; Géranium ; Glycine ; Lilas ; Pétunia ; Tulipe.</i>	<i>Jasmin ; Jonquille ; Pâquerette ; Pivoine ; Soleil ; Tournesol</i>
Total = 10	Total = 6

Tableau n° 146 : Classement des femmes en fonction de la qualité de leur IES féminin évalué à l'aide de la Version de Cassier

De même, nous présentons aussi le classement réalisé en fonction des IES féminins obtenus à l'aide de la version révisée que nous avons élaborée :

IES féminin Révisé effondré ou entravé [-2 - +0.5[IES féminin Révisé de bonne qualité [+0.5 - +2]
<i>Alyssée ; Anémone ; Camomille ; Clématite ; Géranium ; Glycine ; Pâquerette ; Pétunia ; Tulipe</i>	<i>Dahlia ; Jasmin ; Jonquille ; Lilas ; Pivoine ; Soleil ; Tournesol</i>
Total = 9	Total = 7

Tableau n° 147 : Classement des femmes en fonction de la qualité de leur IES féminin évalué à l'aide de la Version révisée de Cassier

Test de Khi-2

En se basant sur les classements que nous avons réalisés, nous avons analysé les comparaisons intergroupes à l'aide du test de Khi-2. Nous avons premièrement étudié les valeurs descriptives obtenues sur les IES provenant de la grille de Cassier :

Tableau croisé

			Mode accouchement difficilement vécu		Total
			Non	Oui	
Symbolisation féminin Version Cassier	Mauvaise	Effectif	3	3	6
		Effectif théorique	2,6	3,4	6,0
	Bonne	Effectif	4	6	10
		Effectif théorique	4,4	5,6	10,0
Total	Effectif	7	9	16	
	Effectif théorique	7,0	9,0	16,0	

Tableau n° 148 : Influence de l'IES féminin version Cassier sur le vécu de l'épisiotomie

La dispersion des données semble montrer que les femmes sont réparties de manière aléatoire au sein des quatre sous-groupes observés. Cette disposition signifierait alors que le vécu de l'épisiotomie n'est pas déterminé par l'IESFVC. Nous ne nous attendons donc pas à trouver de significativité à cette corrélation au travers de la réalisation du Khi-2 :

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
khi-carré de Pearson	,152 ^a	1	,696		
Correction pour continuité ^b	,000	1	1,000		
Rapport de vraisemblance	,152	1	,697		
Test exact de Fisher				1,000	,549
Association linéaire par linéaire	,143	1	,705		
N d'observations valides	16				

Tableau n° 149 : Corrélation entre le vécu de l'épisiotomie et les IES féminin Version Cassier

Le résultat obtenu au test de Khi-2 effectivement montre que la variable “*IESFéminin Version Cassier*” n’est pas du tout corrélée au vécu de l’épisiotomie.

Dans un second temps, après avoir étudié les valeurs provenant de la variable “*IESFéminin Version Cassier*”, nous devons également étudier celles provenant de la variable “*IESFéminin Version Révisée*”. Nous présentons ces données dans le tableau suivant :

Tableau croisé

			Mode accouchement difficilement vécu		Total
			Non	Oui	
Symbolisation féminin VR	Mauvaise	Effectif	3	4	7
		Effectif théorique	3,1	3,9	7,0
	Bonne	Effectif	4	5	9
		Effectif théorique	3,9	5,1	9,0
Total	Effectif		7	9	16
	Effectif théorique		7,0	9,0	16,0

Tableau n° 150 : Influence de l’IES féminin Version Révisée sur le vécu de l’épisiotomie

L’ensemble des valeurs obtenues montre que la distribution des données semble totalement proportionnelle. Autrement dit, il ne semble pas que les symbolisations féminines influencent le vécu de l’épisiotomie. Nous avons toutefois souhaité confirmer cet aspect à l’aide du test de Khi-2 :

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
khi-carré de Pearson	,004^a	1	,949		
Correction pour continuité ^b	,000	1	1,000		
Rapport de vraisemblance	,004	1	,949		
Test exact de Fisher				1,000	,671
Association linéaire par linéaire	,004	1	,951		
N d'observations valides	16				

Tableau n° 151 : Corrélation entre le vécu de l’épisiotomie et les IES féminin Version Révisée

Le tableau nous montre ici que la variable n’est pas du tout significative. Une analyse complémentaire nous a par ailleurs montré que la force de la corrélation ($\phi = -0.16$) est quasi nulle. Autrement dit, le lien entre les symbolisations du féminin et le vécu de l’épisiotomie est inexistant. **Nous pouvons donc tirer deux enseignements de l’étude de cette hypothèse. D’une part, nous pouvons rejeter H14b et affirmer (en nous appuyant sur la congruence des deux indicateurs étudiés) que la qualité des symbolisations féminines n’influence pas du tout le vécu de l’épisiotomie.** D’autre part, sachant que notre indice révisé se différencie

de celui de Cassier en excluant les symbolisations maternelles, nous pouvons supposer que ces dernières sont responsables du taux de significativité moins élevé pour l'indicateur IESFVC. Il est donc possible que la qualité des symbolisations maternelles ait une influence sur le vécu de l'épisiotomie. Nous avons donc testé cette hypothèse au travers de l'analyse de H14c.

✓ Analyse de H14c

L'hypothèse H14c porte sur l'affirmation suivante : **“Les femmes présentant un indice d'élaboration symbolique du maternel inférieur à 0.5 vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie”**.

L'étude de cette hypothèse s'est tout d'abord appuyée sur l'emploi du test non paramétrique de Kruskal-Wallis¹⁶². Ce dernier permet d'identifier la présence de fluctuation éventuelles corrélant l'IES Maternel et le vécu de l'épisiotomie. Il se trouve dans le tableau ci-dessous.

Récapitulatif du test d'hypothèse			
2	La distribution de IES Maternel avant accouchement Révisée est identique sur les catégories de Mode accouchement difficilement vécu.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillons indépendants	,667 Retenir l'hypothèse nulle.

Tableau n° 152 : Etude de la corrélation potentielle existant entre l'IES Maternel et le vécu de l'épisiotomie p.005

Le résultat obtenu suggère qu'il n'y a pas de lien spécifique entre l'IES Maternel et le vécu de l'épisiotomie. Toutefois, comme pour nos précédentes analyses, nous avons souhaité étudier cette hypothèse en comparant cette fois ci deux groupes de femmes (et non pas toutes les femmes entre elles). Ce choix méthodologique s'est appuyé sur le fait que notre petit échantillon pouvait ne pas mettre assez spécifiquement en évidence certaines tendances significatives. Pour ce faire, nous avons à nouveau discriminé les femmes présentant une bonne symbolisation du maternel [+0.5 - +2] et celles pour lesquelles cet indicateur était entravé ou effondré [-2 - +0.5[.

Les données obtenues à la suite de cette classification sont présentées dans le tableau présenté à la page suivante :

¹⁶² Les raisons nous ayant poussé à employer ce test ont été présentées et répétées précédemment. Nous ne les avons pas présentées à nouveau pour éviter d'accentuer la redondance de notre présentation.

IES Maternel effondré ou entravé [-2 - +0.5[IES Maternel de bonne qualité [+0.5 - +2]
<i>Alyssée ; Anémone ; Clématite ; Géranium ; Jasmin ; Jonquille ; Lilas ; Pâquerette ; Pétunia ; Pivoine ; Soleil ; Tulipe</i>	<i>Camomille ; Dahlia ; Glycine ; Tournesol</i>
Total = 12	Total = 4

Tableau n° 153 : Classement des femmes en fonction de la qualité de leur IES Maternel évalué à l'aide de la Version révisée de Cassier

La lecture de ces résultats montre tout d'abord que les IES maternels des femmes en fin de grossesse sont globalement très faibles. Cet aspect déjà constaté et discuté à un niveau plus général (Clesse et Lighezzolo-Alnot, 2017) sera commenté au sein de publications ultérieures portant sur les liens entre mentalisation et période périnatale. Nous pouvons maintenant aborder les données descriptives permettant de comparer l'effet de ces deux sous-groupes :

Tableau croisé

			Mode accouchement difficilement vécu		Total
			Non	Oui	
Symbolisation maternel VR	Mauvaise	Effectif	4	8	12
		Effectif théorique	5,3	6,8	12,0
	Bonne	Effectif	3	1	4
		Effectif théorique	1,8	2,3	4,0
Total	Effectif	7	9	16	
	Effectif théorique	7,0	9,0	16,0	

Tableau n° 154 : Influence de l'IES Maternel Version Révisée sur le vécu de l'épisiotomie

Les données descriptives nous montrent ici que les IES maternels effondrés ont plus tendance à être associés à un vécu difficile de l'épisiotomie (8 comparé à 4). De même, les IES maternels élevés sont plus liés à l'absence de vécu difficile lié à l'épisiotomie. Aussi, ces données suggèrent tout d'abord que l'IES Maternel est corrélé au vécu de l'épisiotomie. Egalement, la distribution des données suggère que les femmes ayant un IES Maternel faible ont plus tendance à vivre difficilement leur épisiotomie et celles ayant un IES Maternel élevé semblent mieux vivre l'incision du périnée. Nous avons donc vérifié cet aspect à l'aide du test de Khi-2 présenté page suivante :

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
khi-carré de Pearson	2,116 ^a	1	,146		
Correction pour continuité ^b	,762	1	,383		
Rapport de vraisemblance	2,155	1	,142		
Test exact de Fisher				,262	,192
Association linéaire par linéaire	1,984	1	,159		
N d'observations valides	16				

Tableau n° 155 : Corrélation entre le vécu de l'épisiotomie et les IES Maternels Version Révisée

L'analyse réalisée montre que la tendance que nous avons observée n'est pas significative. Avant de nous positionner sur H14c, nous souhaitons néanmoins préciser que la *p value* est de .146. Aussi, nous sommes très proche d'un seuil de significativité pour cette hypothèse. En rappelant que notre échantillon est très petit (N=16), nous trouverions sévère d'écarter ainsi cette dynamique. Cette dernière montre effectivement que la présence d'un IES faible peut entraîner un vécu difficile de l'épisiotomie et que la présence d'un IES élevé est liée à une absence de vécu difficile concernant l'épisiotomie. Malgré une non-significativité, cette affirmation a toutefois 86% de chance d'être juste. **Ainsi, en fonction des considérations méthodologiques que nous avons présentées antérieurement, nous pouvons rejeter H14c tout en soulignant la présence d'une tendance montrant que l'IES maternel effondré induit préférentiellement un vécu difficile de l'épisiotomie et qu'un IES maternel de bonne qualité semble préserver les femmes d'une appréhension de l'incision du périnée vécue comme difficile.** Nous commenterons ce résultat dans la partie ultérieure réservée à cet effet.

✓ Analyse de H15

L'intitulé de l'hypothèse 15 est : *“Les femmes présentant une mauvaise capacité de mentalisation vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie”*.

L'étude de cette hypothèse s'est premièrement appuyée sur l'évaluation des capacités de mentalisation présentées par les femmes que nous avons rencontrées au cours de la grossesse. Nous avons sélectionné les données spécifiques des femmes ayant reçu une épisiotomie en nous appuyant sur le recueil de l'ensemble des indicateurs nécessaires à la réalisation de cette première analyse qualitative. Le récapitulatif de ce travail d'analyse est tout d'abord présenté dans le tableau placé à la page suivante :

FC	A	Ban	Var. déc.	Var. cont.	Sensi CL	Assoc	IES Phall	IES Fém	IES Agr	Liaison aff/Repr.	Espace imaginaire	Symbo.	Liaison affect/Repr.	Total
-	+	+/-	-	+	+	-	+	+	+	+	↗+	+	+	+
-	-	+/-	+	+	+/-	-	+	+	-	+	↘-	+	+	↗+
+	+	+/-	-	+	+	-	+	+	-	+	↗+	+	+	+
-	-	+	-	+	+/-	-	+	+	+	-	-	+	-	-
-	+	+	-	+/-	+/-	-	-	+	-	-	↗+	-	-	-
-	+/-	+	+	-	+	-	+	+	+	+	↘-	+	+	↘-
-	+	+/-	-	+	+/-	-	+	+	-	+	↘-	+	+	↘-
+	-	+	+	+	+/-	-	+	-	-	-	+	-	-	-
-	+/-	+/-	-	-	+	+/-	-	-	+	+	↗+	↗+	+	↗+
+	+	+	-	+	+/-	-	+	+	+	-	↗+	+	-	↗+
-	+/-	+	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-
-	+	+	-	+	+	+	-	+	+	-	↗+	+	-	↗+
-	+	+	-	+	+	-	+	-	+	+	↗+	+	+	+
+	+	+	+	+	+	+/-	+	-	-	-	+	-	-	-
+	+	+/-	+	+	+/-	+/-	+	-	-	+	+	-	+	-
+	+/-	+	-	-	-	-	+	+	+	+	↗+	+	+	↗+

s de mentalisation des femmes rencontrées en fonction des indicateurs de référence obtenu au test de Rorschach

Le tableau que nous avons construit montre quatre types de capacités de mentalisation : (-) les femmes présentant un indice de mentalisation effondré ; (\sphericalangle -) les femmes présentant un indice de mentalisation plutôt faible ; (\nearrow +) les femmes présentant un indice de mentalisation considéré comme correct et (+) les femmes présentant un bon indice de mentalisation. Chacun des indices employés pour mener à cette hypothèse s'est appuyé sur les aspects normatifs spécifiquement employés au sein de la population générale. Puis, conscient qu'évaluer seulement 16 femmes en fonction de quatre catégories était très difficile méthodologiquement, nous avons regroupé les femmes présentant un indice effondré et faible dans une première catégorie et les femmes présentant un indice correct et élevé dans une seconde catégorie. Nous avons donc obtenu la classification suivante :

Capacités de mentalisation entravées	Bonnes capacités de mentalisation
<i>Clématite (-) ; Dahlia (-) ; Géranium (\sphericalangle-) ; Glycine (\sphericalangle-) ; Jasmin (-) ; Paquerette (-) ; Soleil (-) ; Tournesol (-).</i>	<i>Alyssée (+) ; Anémone (\nearrow+) ; Camomille (+) ; Jonquille (\nearrow+) ; Lilas (\nearrow+) ; Pétunia (\nearrow+) ; Pivoine (+) ; Tulipe (\nearrow+).</i>
Total = 8	Total = 8

Tableau n°157 : Classement des capacités de mentalisation des femmes en fonction de deux catégories contrastées

L'étude qualitative puis le regroupement des femmes en deux catégories distinctes (capacité de mentalisation entravée et bonne capacité de mentalisation) a permis la construction de deux groupes de huit femmes. Nous avons donc tenté de découvrir si le fait d'être dépositaire d'une bonne ou mauvaise capacité de mentalisation pouvait avoir une influence sur le vécu de l'épisiotomie. Pour ce faire, nous avons premièrement étudié les données descriptives :

Tableau croisé Mode accouchement difficilement vécu * Mentalisation

Tableau n° 158 : Influence de la mentalisation sur le vécu de l'épisiotomie

		Mentalisation		Total	
		Mauvaise mentalisation	Bonne mentalisation		
Mode accouchement difficilement vécu	Non	Effectif	6	1	7
		Effectif théorique	3,5	3,5	7,0
		% dans Mode accouchement difficilement vécu	85,7%	14,3%	100,0%
		Résidu	2,5	-2,5	
	Oui	Effectif	2	7	9
		Effectif théorique	4,5	4,5	9,0
		% dans Mode accouchement difficilement vécu	22,2%	77,8%	100,0%
		Résidu	-2,5	2,5	
Total	Effectif	8	8	16	
	Effectif théorique	8,0	8,0	16,0	
	% dans Mode accouchement difficilement vécu	50,0%	50,0%	100,0%	
	Résidu				

Les données descriptives montrent ici l'apparition d'une tendance forte. Ainsi, les femmes présentant une qualité de mentalisation moindre ont majoritairement bien vécu leur épisiotomie (6 comparées à 1). De plus, celles ayant une bonne capacité de mentalisation semblent avoir plutôt mal vécu leur épisiotomie. Ces deux tendances semblent suggérer d'une part que les capacités de mentalisation des femmes ont une influence sur le vécu de l'épisiotomie. D'autre part, cette tendance semble montrer qu'une capacité de mentalisation élevée est un facteur de risque pouvant amener préférentiellement à vivre difficilement la survenue d'une épisiotomie. Cela, alors qu'une capacité de mentalisation amoindrie pourrait être un facteur protecteur permettant de ne pas vivre difficilement la survenue d'une épisiotomie. Nous avons donc évalué la significativité de ces tendances à l'aide du test de Khi-2 :

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
khi-carré de Pearson	6,349 ^a	1	,012		
Correction pour continuité ^b	4,063	1	,044		
Rapport de vraisemblance	6,904	1	,009		
Test exact de Fisher				,041	,020
Association linéaire par linéaire	5,952	1	,015		
N d'observations valides	16				

Tableau n° 159 : Corrélation entre le vécu de l'épisiotomie et les capacités de mentalisation des femmes

La réalisation du test de Khi-2 nous montre que la corrélation entre la mentalisation et le vécu de l'épisiotomie est significative ($p .012$). Autrement dit, les capacités de mentalisation ont une influence sur le vécu de l'épisiotomie. Nous avons voulu vérifier la force de cette influence en établissant le coefficient phi et V de Cramer :

Mesures symétriques

		Valeur	Signification approximative
Nominal par Nominal	Phi	,630	,012
	V de Cramer	,630	,012
N d'observations valides		16	

Tableau n° 160 : Force de l'association existant entre les capacités de mentalisation et le vécu de l'épisiotomie

L'indice obtenu (phi ou V de Cramer) est un coefficient d'association. Nous pouvons alors considérer que le vécu de l'épisiotomie dépend à hauteur de 63% des capacités de mentalisation des femmes ce qui montre ici une très forte influence. De même, ce coefficient

étant positif, il permet de confirmer qu'une capacité de mentalisation élevée entraîne préférentiellement l'apparition d'un vécu difficile de l'épisiotomie et qu'une capacité de mentalisation amoindrie permet aux femmes de ne préférentiellement pas ressentir la survenue d'une épisiotomie comme un évènement difficile. **Nous pouvons donc alors rejeter H15 pour affirmer le contraire de ce que nous pensions au départ. Les femmes présentant une mauvaise capacité de mentalisation vivent plus facilement le vécu d'une épisiotomie et celles présentant une bonne capacité de mentalisation vivent plus difficilement le vécu d'une épisiotomie.** Nous commentons ce point dans la partie suivante dédiée à la mise en perspective des résultats obtenus.

2.2.5. Mise en perspective des résultats obtenus

L'ensemble des analyses complémentaires que nous avons réalisées a permis de proposer une réflexion sur les éventuels facteurs liés à la survenue d'un vécu difficile de l'épisiotomie. Notre démarche s'est appuyée sur quatre thèmes différents. Aussi, pour chacun de ces thèmes, nous allons proposer un récapitulatif des résultats obtenus à chaque hypothèse et commenter ces derniers sous un angle méthodologique et clinique.

✓ Vécu de l'épisiotomie et crainte et attentes concernant l'accouchement

Pour introduire cette partie, nous souhaitons tout d'abord rappeler les résultats apportés par notre analyse au sujet des hypothèse étudiées au sein de cette catégorie :

Hypothèse 9 : *“Les femmes ayant de fortes attentes concernant le déroulé de l'accouchement auraient plus tendance à vivre négativement la survenue d'une épisiotomie”*.

L'hypothèse a été rejetée. Les attentes concernant l'accouchement n'avaient pas dans notre échantillon d'effet significatif sur le vécu de l'épisiotomie.

Hypothèse 10a : *Les femmes ayant ressenti au cours de la grossesse la présence de peurs concernant l'accouchement auraient plus tendance à vivre négativement la survenue d'une épisiotomie.*

L'hypothèse a été rejetée. Toutefois, ce rejet ne doit pas masquer la présence d'une tendance ayant montré que la peur de l'accouchement permettait de préserver sensiblement les femmes de l'apparition d'un vécu difficile liée à l'épisiotomie.

Hypothèse 10b : Les femmes ayant ressenti au cours de la grossesse la présence de peurs concernant la survenue d'une épisiotomie auraient plus tendance à vivre négativement la survenue d'une épisiotomie.

L'hypothèse a été rejetée. Nous avons toutefois précisé que la distribution de cette hypothèse ne permettait pas une évaluation satisfaisante.

L'étude que nous avons menée montre que les attentes concernant l'accouchement ou la peur de l'épisiotomie n'influencent pas vraiment le vécu lié à l'incision du périnée. Ces données mériteraient d'être confirmées par des travaux ultérieurs menés sur un échantillon populationnel plus large. Toutefois, nous tenions à souligner qu'au niveau clinique, nous n'avons pas vraiment rencontré de tendances contraires à ce qui est affirmé par notre analyse quantitative. Aussi, même si les attentes concernant l'accouchement peuvent avoir une influence sur le vécu de l'accouchement en général, il semblerait que ces dernières n'aient pas d'impact sur l'épisiotomie.

En revanche, la tendance observée concernant la peur de l'accouchement n'a vraisemblablement pas encore été étudiée par la littérature scientifique. Face à ce résultat, une interprétation possible consisterait à penser que la peur de l'accouchement peut favoriser l'élaboration de nombreux scénarii possibles permettant aux femmes de se préparer psychologiquement à la réalisation d'interventions soudaines. De même, cette peur pourrait protéger les femmes en évitant d'induire un contraste très élevé entre les attentes concernant l'accouchement et la réalité de cette expérience. Des explications neurobiologiques pourraient également être invoquées. Elles pourraient peut-être suggérer que la peur induisant une hausse supplémentaire de l'adrénaline et de l'ocytocine (déjà fortement impliquée lors de l'accouchement) puisse avoir un effet protecteur au niveau de l'accouchement. Il serait alors pertinent de mener des études complémentaires dans ce domaine.

✓ Vécu de l'épisiotomie et fonction contenante

Le thème étudié ici faisait appel à l'impact de l'attitude contenante apportée par les proches et l'équipe médicale au cours de l'accouchement. Notre démarche s'est appuyée sur l'étude des deux hypothèses suivantes et leurs résultats respectifs :

Hypothèse n°11 : «*Les femmes n'ayant pas bénéficié du soutien de leur compagnon durant l'accouchement auraient plus tendance vivre difficilement la survenue d'une épisiotomie*».

Toutes les femmes ayant été selon leurs dires soutenues par leur compagnon, il n'a pas été possible d'évaluer cette hypothèse. Nous n'avons donc pas pu proposer de conclusion sur ce point.

Hypothèse n°12 : «*Les femmes n'ayant pas considéré avoir bénéficié d'un soutien médical contenant au cours de leur accouchement auraient plus tendance à vivre difficilement la survenue d'une épisiotomie*».

L'hypothèse a été rejetée. Dans le cadre de notre étude, le soutien médical n'a pas une influence significative sur le vécu de l'épisiotomie.

L'étude de ces deux hypothèses n'a pas été vraiment concluante. Ainsi, nous n'avons pas pu étudier l'impact du soutien du compagnon. Au niveau qualitatif, les discours des femmes ont tendance à présenter les hommes comme soutenant mais en retrait par rapport à une expérience, qui sur le moment convoque le corps et donc l'individualité. En revanche, nous n'avons pas relevé de discours spécifique montrant l'impact contenant du compagnon. Enfin, dans un autre registre, nous pensons qu'il serait également utile d'étudier l'impact de l'épisiotomie sur les hommes assistant à l'accouchement :

« Mais il [NB : son mari] a pas aimé qu'on me fasse ça [...] Il a eu l'impression qu'on me blessait. [...] Alors que si ça s'était déchiré, il aurait eu l'impression que c'était naturel » (Soleil, 3 mois après l'accouchement).

L'ensemble de ces aspects pourrait être étudié au sein d'études ultérieures centrées sur les vécus spécifiques masculins liés à l'épisiotomie.

Pour finir, l'impact du soutien médical n'a pas non plus été retenu comme une variable significativement associée avec le vécu de l'épisiotomie. Pourtant, dans les productions discursives, l'influence de la contenance représentée par l'équipe médicale, la sage-femme et parfois seulement l'obstétricien est un aspect fondamental impliqué dans la perception du vécu de l'accouchement :

« Et [prénom du compagnon], mon conjoint m'a dit « il est rentré, mais même ton visage s'est apaisé. » Donc c'était assez impressionnant, il est rentré, il m'a tenu la main. Il a posé sa main sur mon plexus et il m'a dit : « voilà vous respirez vous ne luttez pas contre la douleur, vous ne sur-ventilez pas. Ça ne sert à rien. Vous respirez normalement, vous posez votre utérus à côté de vous ». [...] Oui ouais ouais. Vraiment, et puis une fois que le Docteur était passé, je sais pas si j'étais apaisée je n'en sais rien. Mais j'ai géré les contractions vraiment, limite j'avais plus mal quoi » (Passiflore, 3 mois après l'accouchement).

A plusieurs reprises nous avons même pu entendre certaines femmes se plaindre d'une intervention puis rajouter derrière : « *mais elle était gentille alors je n'ai rien dit* » (Rose d'Inde 3 mois après l'accouchement).

Enfin, même si cette variable n'est pas ressortie comme une variable influençant significativement le vécu de l'épisiotomie, la notion de consentement est un aspect qui a été souvent invoqué dans le discours des femmes. Il est souvent lié avec le besoin pour les femmes d'être impliquées dans la prise de décision. Le long extrait de l'entretien de Jonquille montre très précisément cet aspect :

« Disons que c'est là qu'on se rend compte qu'on n'est pas totalement formées... qu'à la mat' ils ne nous disent pas attention vous risquez d'avoir ceci d'avoir cela ne vous inquiétez pas c'est normal quoi. Donc du coup je pense qu'on est ... enfin ... mal informées sur ce genre de trucs quoi ils devraient peut-être prendre plus de temps selon qu'on a eu une césarienne. C'est comme quelqu'un qu'à une césarienne on lui dit pas "rentrez chez vous et démerdez-vous" non on lui explique "voilà s'il y a ça ou ça pensez à venir consulter" et je pense qu'ils le font beaucoup moins pour ce qui est épisio parce qu'il doit y avoir moins de séquelles par la suite. Ils nous consultent pas forcément ni avant ni après ... c'est ce que je vous avais déjà dit ce sera toujours le grand débat mais sur le coup ils le font mais sans nous demander est-ce qu'on peut ... est-ce qu'on peut pas est-ce que vous préférez ... je sais que je connais des gens qui n'ont pas eu d'épisio ils ont été déchirés mais à priori on cicatrise mieux d'une déchirure que d'une épisio donc euh ... à priori il vaudrait mieux être déchirée naturellement par le passage que d'avoir une épisio. Ce genre de trucs on ne le sait pas avant... on n'est pas informé avant. Sur le coup ils ne nous demandent pas notre avis, moi j'avais pas vu ... c'est mon mari qui l'a vu, bon il m'a rien dit car il savait que ... scanner incision ça allait pas aller ; Mais du coup lui il l'a vu mais à aucun moment on ... enfin on on nous a posé la question « comment ... si on doit faire une épisio est-ce qu'on vous la fait ou non ? » je pense qu'il y a moyen d'avoir des débats autour oui. Surtout il y en a qui disait qu'ils le faisaient par facilité, le travail allait beaucoup plus vite et que voilà ... (Jonquille, 3 mois après l'accouchement).

Au travers de cet extrait, nous pouvons percevoir la perception construite dans l'après coup par Jonquille au sujet de son épisiotomie. Sa plainte latente ne concerne pas l'épisiotomie directement mais le fait qu'elle n'ait pas pu en discuter avant ou après l'intervention, et que cette possibilité n'ait pas non plus été présentée sur le moment. Cet aspect nous semble assez important et lorsqu'il n'est pas possible de le faire cliniquement au moment de la réalisation de l'épisiotomie, il semble tout à fait approprié de proposer un temps de réflexion et de reprise aux femmes ayant vécu cette intervention. Ce procédé permettrait alors à certaines femmes de ne pas développer de pensées négatives sous-tendues par l'idée que le manque de communication autour de l'épisiotomie serait le reflet d'une négligence médicale :

« *Moi quand l'épisio a été faite je me suis dit c'est pas possible c'est le petit déj, ils ont faim ou quoi ? Et franchement, je me suis dit c'est l'apéro du matin. Voilà ma pensée ça a été ça, faut aller vite parce qu'il y a un truc* » (*Alyssée 3 mois après l'accouchement*).

Ainsi, comme l'attitude des professionnels donne tout de même à certaines femmes une direction influençant la perception subjective de l'accouchement, nous avons été surpris que cette dimension n'ait pas été significativement associée au vécu de l'épisiotomie. Il est possible que cet aspect ne puisse être appréhendé que par le biais d'une analyse qualitative fine portant sur les entretiens. Néanmoins, nous n'avons relevé que trois discours de ce type parmi les 16 patientes ayant eu une épisiotomie. Il serait alors nécessaire de développer des études supplémentaires portant sur cet aspect. Enfin, il faut rappeler que l'épisiotomie survient à un moment très particulier et bien souvent, les femmes ne vivent pas ce moment de manière totalement consciente. Il est possible que cet aspect ait aussi influencé notre résultat. Nous suggérons alors de prolonger ces réflexions par le biais de travaux qualitatifs supplémentaires.

✓ Vécu de l'épisiotomie et antécédents traumatiques

Afin de commenter les résultats portant sur les liens entre le vécu de l'épisiotomie et la présence d'antécédents traumatiques nous devons tout d'abord rappeler les résultats que nous avons pu apporter à nos hypothèses :

Hypothèse 13a : Les femmes ayant vécu au cours au cours de leur vie une expérience traumatique vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie.

L'hypothèse a été rejetée.

Hypothèses 13b : Les femmes ayant vécu au cours au cours de leur vie une agression sexuelle ou un viol vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie.

L'hypothèse a été rejetée. Nous avons toutefois noté la faible variabilité de nos données et nous avons donc formulé une certaine réserve sur la généralisation des résultats de cette hypothèse.

Hypothèses 13c : Les femmes ayant vécu au cours au cours de leur vie une expérience de grossesse arrêtée vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie.

L'hypothèse a été rejetée. Toutefois une forte tendance à la significativité a été observée montrant que la survenue d'une grossesse arrêtée antérieure semble préserver les femmes d'une perception négative liée à la survenue de l'épisiotomie au cours de l'accouchement. Même si des études complémentaires sur un échantillon plus large seraient très utiles pour confirmer la tendance observée, nous pouvons tout de même considérer que la survenue d'une grossesse arrêtée influence sensiblement le vécu de l'épisiotomie.

Hypothèses 13d : Les femmes ayant vécu au cours au cours de leur vie une Interruption Volontaire de Grossesse vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie.

Non n'avons pas proposé de conclusion à cette hypothèse car la dispersion des données était insuffisante pour réaliser un Khi-2.

Hypothèses 13e : Les femmes ayant été soumise au cours de leur grossesse à une menace d'accouchement prématuré vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie.

L'hypothèse a été rejetée. La menace d'accouchement prématurée n'a pas d'influence sur l'apparition d'un vécu difficile lié à l'épisiotomie.

D'un point de vue général, il nous a été difficile d'appréhender les liens potentiels liant la présence d'antécédents traumatiques et le vécu de l'épisiotomie. Comme nous l'avons invoqué à de nombreuses reprises au cours de cette recherche, le faible nombre de femmes impliquées n'a pas réellement permis de tester cette hypothèse. Il semble donc très utile de réévaluer H13a, H13b et H13d par le biais d'études ultérieures. La dispersion des données ayant été suffisante pour H13e, nous ne préconisons toutefois pas forcément de réitérer l'évaluation de cette hypothèse avec une méthodologie plus fine.

Enfin, malgré certaines précautions méthodologiques, nous avons montré la présence d'une tendance liant le vécu de l'épisiotomie avec le fait d'avoir connu une fausse couche antérieure à la grossesse. Nous avons été premièrement surpris de ce résultat. Aussi, notre interprétation première est de supposer qu'il s'agit d'un effet pseudo-significatif lié à l'association du hasard et de la faible dispersion des données. Nous avons donc préconisé de

réaliser à nouveau une étude sur ce point. Nous avons également considéré qu'en cas de significativité établie, le fait qu'un antécédent de grossesse arrêtée puisse entraver l'apparition d'un vécu difficile lié à l'épisiotomie pouvait être liée à la satisfaction d'être enfin en contact avec l'enfant. En effet, les femmes ayant connu un antécédent de fausse couche vivent les grossesses ultérieures sous le sceau de l'angoisse de perdre à nouveau l'enfant. Nous avons d'ailleurs souvent remarqué que cette angoisse ne disparaît qu'à partir du moment où la jeune mère est rassurée par l'état de santé de son enfant. Cet état peut parfois apparaître seulement plusieurs mois après la naissance. Aussi, il est possible que la présence de cette crainte amène les femmes à se focaliser uniquement sur la santé de leur enfant négligeant alors les aspects périphériques de l'accouchement comme la survenue d'une épisiotomie. Il serait toutefois utile de confirmer cet aspect par le biais d'études sur ce point.

✓ Vécu de l'épisiotomie et mentalisation

L'étude de ce thème a permis de fournir de nombreux résultats aux hypothèses suivantes :

Hypothèse 14a : Les femmes présentant un indice d'élaboration symbolique de l'agressivité inférieur à 0.5 vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie.

Abordée sous un angle statistique, l'hypothèse H14a a été initialement rejetée. Toutefois, devant le faible taux représenté par la p value, nous considérons tout de même que l'Indice d'Élaboration Symbolique de l'agressivité est corrélé au vécu de l'épisiotomie. Plus précisément, nous avons montré qu'un IES agressif bas soulignant que la symbolisation de l'agressivité est effondrée ou entravée préserve les femmes de l'apparition d'un vécu difficile de l'épisiotomie. De même, la présence d'un IES agressif élevé soulignant que les femmes ayant une bonne capacité de symbolisation de l'agressivité est associée à l'expression d'un vécu difficile de l'épisiotomie. Ces tendances nécessiteraient toutefois d'être réévaluées au sein d'un échantillon plus large.

Hypothèse 14b : Les femmes présentant un indice d'élaboration symbolique du féminin inférieur à 0.5 vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie.

L'hypothèse a été rejetée. Le vécu de l'épisiotomie n'est pas du tout lié à la qualité des symbolisations féminines. L'influence quasi nulle intervient en faveur de la non-reproduction de cette hypothèse.

Hypothèse 14c : Les femmes présentant un indice d'élaboration symbolique du maternel inférieur à 0.5 vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie.

L'hypothèse a été initialement rejetée. Pourtant, en dépit de ce rejet, nous avons pu montrer la présence d'une tendance dont la force ne pouvait pas être négligée. Cette dernière associe le vécu de l'épisiotomie à la qualité des IES maternel. Ainsi, les femmes présentant un IES maternel élevé montrant la présence d'une forte qualité des symbolisations maternelles ont plus tendance à ne pas vivre difficilement l'épisiotomie. En revanche, celles ayant un IES maternel effondré ou entravé (témoignant de la présence de certaines difficultés conscientes ou inconscientes avec le devenir mère) ont plus tendance à vivre difficilement l'épisiotomie.

Hypothèse 15 : Les femmes présentant une mauvaise mentalisation vivraient plus difficilement la survenue d'une épisiotomie.

L'hypothèse 15 a été rejetée. Effectivement, nous avons trouvé une relation inverse et significative. Autrement dit, les femmes présentant une bonne qualité de mentalisation vivent plus difficilement la survenue de l'épisiotomie. En revanche, les femmes présentant une qualité de mentalisation plus faible ont plus tendances à être préservées de la survenue d'une épisiotomie.

L'ensemble des résultats obtenus à ces quatre hypothèses nous a premièrement surpris. Il ne s'agissait effectivement pas du type de réponses que nous pensions trouver. Néanmoins, nous avons tenté d'apporter une réflexion et une interprétation cohérente portant sur ce point. Tout d'abord, en nous penchant sur les résultats obtenus à l'hypothèse n°15, nous avons montré qu'une bonne qualité de la mentalisation entraînait l'expression d'un vécu plus difficile de l'épisiotomie. Cette affirmation nous a amené à questionner le rôle de la mentalisation. Initialement, au cours de notre parcours nous avons toujours eu tendance à considérer le processus de mentalisation comme un outil permettant de faire face aux événements de vie extérieurs. Dans une perspective structuraliste, nous avons même tendance à considérer que plus la qualité de la mentalisation était élevée, plus les individus étaient armés face aux agressions extérieures et problématiques psychiques. Cette impression était fortement colorée par nos convictions structuralistes bergeretiennes. Aussi pour proposer une interprétation solide des résultats que nous avons obtenus, nous proposons ici un parcours en plusieurs points questionnant premièrement les composants invoqués par le processus de mentalisation. Deuxièmement nous nous sommes penchés sur le fonctionnement rigidifié du processus de

mentalisation et ses composantes au cours de la période périnatale. Puis, nous proposons un commentaire portant sur les conséquences induites par l'enkystement de la fonction imaginaire (et par conséquent de la mentalisation) sur le devenir mère. A terme, en nous appuyant sur ces élaborations théoriques, nous pourrions apporter une interprétation concernant chaque hypothèse.

Processus de mentalisation et composantes topiques du sujet

Au cours de notre parcours, nous avons été amenés à questionner la nature du processus de mentalisation en 2017 lorsque nous avons présenté une communication au congrès international du Rorschach appelée “*Période périnatale et processus de mentalisation au Rorschach*” (Clesse et Lighezzolo, 2017). L'étude que nous avons menée montrait que la majorité des femmes enceintes présentait des capacités de mentalisation effondrées en comparaison aux indices de mentalisation normatifs provenant de la population dite “normale”. De même, ces aspects s'observaient également par le biais d'une pauvreté de l'associativité remarquée au niveau de la passation associative du Rorschach. Enfin, ces constats tranchaient fortement avec le concept de “transparence psychique” qui est communément présenté comme une forme de richesse psychique marquée par une forte labilité et associativité. Nos travaux nous ont donc amenés à requestionner le rôle joué par le processus de mentalisation au niveau de la grossesse et dans la période post-accouchement.

Pour rappel, les travaux de Marty (1983, 1991) ont bien souvent rappelé que la qualité du système préconscient (hautement impliqué dans le processus de mentalisation) dépendait à la fois de l'épaisseur (le nombre), de la richesse, la disponibilité et la permanence des représentations mentales disposées au sein du système préconscient. La dimension topique “épaisseur” fait appel à la richesse de l'imaginaire considérée aujourd'hui comme une concaténation d'expériences symbolisées au fil du développement du sujet que l'on pourrait comparer à un oignon (comme l'avait si bien métaphorisé Françoise Dolto, 1985). La qualité du système imaginaire obéit à la règle suivante : plus le moi a expérimenté et symbolisé d'expériences au cours de son développement, plus le nombre de ses représentations (épaisseur) est important. Un nombre élevé de représentations est alors le reflet d'une richesse de l'imaginaire du sujet. Cet aspect est donc le premier aspect évalué lorsque nous nous penchons sur le processus de mentalisation des sujets car c'est un prérequis nécessaire au bon déroulement de ce processus. C'est aussi pour cette raison qu'il est d'usage de considérer qu'un imaginaire peu développé est le signe d'une mauvaise mentalisation. En effet, de la même manière qu'il

est impossible de faire un feu sans bois, il n'est pas possible de mentaliser efficacement une situation en l'absence d'un background imaginaire riche. Le nombre de représentations n'est pas le seul aspect pertinent. Il faut aussi que les représentations acquises par le sujet soient de bonne qualité pour permettre au sujet de bien mentaliser l'évènement. Cet aspect fait donc écho à l'évaluation de la qualité des symbolisations du sujet évaluée par le biais des IES relatives à l'agressivité, la féminité et la maternité. Enfin, la disponibilité et la permanence des représentations sont étudiées par le biais des capacités de liaison affect/représentation des sujets mais aussi de leur capacité (ou incapacité) à réagir en fonction des situations vécues. Au test de Rorschach ces aspects s'appuient sur la notion de contenu latent, les mouvements de planche, la capacité à s'investir dans la situation projective mais aussi les liaisons évaluées à l'aide du psychogramme. La notion de mentalisation s'appuie donc sur trois caractéristiques bien définies toutes basées sur la qualité du système préconscient : richesse de l'imaginaire, qualité des symbolisations et capacités de liaison affect/représentation

Processus de mentalisation et période périnatale : quelques spécificités

Au cours de nos recherches précédentes, nous avons montré et présenté en 2017 que les capacités de mentalisation des femmes enceintes étaient majoritairement effondrées en anténatal (Clesse et Lighezzolo, 2017). Nous avons par ailleurs situé que la reconstruction de ces capacités commençait à se rétablir à partir de 9 mois après l'accouchement (*ibid.*). Puis, en observant ces données avec plus de précision, nous avons pu remarquer que cet effondrement s'appuyait principalement sur un enkystement du système imaginaire (*ibid.*). Effectivement, le nombre de représentations mentales du sujet ne peut pas disparaître spontanément et subitement pour commencer à réapparaître ensuite 9 mois après l'accouchement. Cette pauvreté observée semblait donc spécifique à la période périnatale.

Les conséquences de cet enkystement du système imaginaire seraient nombreuses. Il permettrait tout d'abord de rendre les représentations du sujet moins accessibles ce qui compliquerait la dynamique de liaison des affects/représentations basée sur les liens entre inconscient, préconscient et conscient et le trajet de la pulsionalité (Dejours, 2003). De même, l'enkystement de l'imaginaire ne laisserait alors passer que l'expression d'une pulsionnalité corporelle crue provenant de l'inconscient amentiel de l'inconscient dont l'expression serait facilitée par l'état de gel du préconscient favorisant ainsi les échanges directs entre inconscient et conscient. Enfin, nous avons supposé que l'enkystement de l'imaginaire réduisait le rôle pare-excitant du système préconscient et minimisant son importance dans le trajet pulsionnel

favorisant ainsi l'apparition de la "transparence psychique". Autrement dit, la rigidité du préconscient pourrait favoriser une dialectique directe entre inconscient et conscient excluant majoritairement le parcours de la pulsion passant ordinairement par le système préconscient tel que théorisé par Dejours, (1986 ; 2003). Cet aspect correspond également aux observations cliniques du quotidien. Par ailleurs, il est souvent dit en s'appuyant sur les théorisations lacaniennes que les psychoses "ont un inconscient à ciel ouvert" et par ailleurs Winnicott caractérisait bien de son côté la notion de préoccupation maternelle comme une sorte de phénomène proche de celui des psychoses (1956). Il nous semble donc que cliniquement et théoriquement l'élaboration que nous proposons semble s'accorder avec les élaborations psychanalytiques qui lui sont associées.

Conséquence de l'enkystement de l'imaginaire sur le devenir mère

Face aux constats établis ci-dessus, nous avons alors tenté d'appréhender les différentes conséquences entraînées par l'enkystement de l'imaginaire sur le devenir mère. Tout d'abord, nous avons considéré que ce gel de la fonction imaginaire pouvait être perçu comme un processus protecteur. Il permettrait alors aux femmes de ne pas vivre pleinement et totalement la désorganisation corporelle induite par l'ensemble des changements inhérents à la grossesse mais aussi par l'expérience de l'accouchement. Sur ce point, nous ne savons toujours pas si cet aspect est la conséquence des changements corporels provoquant un débordement des capacités de symbolisation et donc un gel du processus de mentalisation, ou s'il s'agit d'une compétence spécifique du préconscient s'appuyant sur une forme de maléabilité lui permettant de préserver le sujet en se "mettant en veille". Quoiqu'il en soit, cet enkystement induirait alors une mise en veille du processus de mentalisation amenant les femmes à vivre une non-reconnaissance du vécu corporel. Sur ce point, les observations cliniques nous montrent que cette reconnaissance du vécu corporel se trouve majoritairement questionnée à partir de 9 mois après l'accouchement, cela lorsque le corps commence à retrouver l'aspect qu'il avait avant la grossesse.

Une des conséquences du gel de la fonction imaginaire est donc de modifier substantiellement le trajet habituel de la pulsion théorisé par (Dejours, 2003). Cette dernière provenant de l'inconscient amential puis des éprouvés constituant l'inconscient ne passerait plus spontanément par le système préconscient car ce dernier serait rigidifié par l'abaissement de la fonction imaginaire. Le système préconscient ne pouvant plus jouer son rôle de filtre, certaines pulsions s'exprimeraient alors par une irruption de la représentation inconsciente crue

du sujet dans le système conscient. Ce procédé permettrait alors de donner une explication à la présence des réponses très crues portant sur le féminin, le maternel ou le corps au Rorschach. Il expliquerait aussi le contraste que nous avons pu observer associant parfois au sein d'une même planche l'irruption d'angoisses corporelles massives suivies juste après par l'énonciation d'une réponse s'appuyant sur un degré de symbolisation extrêmement élevé (exemple planche 3 : "du sang de règles c'est dégeulasse" et réponse suivante "un couple, un homme et une femme. Ils s'aiment et au milieu en rouge ce serait le produit de leur amour, un enfant"). Ainsi, les expressions pulsionnelles crues peuvent être appréhendées comme une faillite de la symbolisation où la pulsionalité s'exprimerait de la même manière que le passage à l'acte : une expulsion du registre inconscient dans le conscient excluant le traitement réalisé par le (ou n'étant pas assez traité) système préconscient. En d'autres termes, la rigidité du préconscient permettrait une dialectique facilitée entre le système conscient et le registre inconscient favorisant la production d'expressions pulsionnelles crues mais aussi l'émergence de la transparence psychique (que nous caractérisons certes par une forte labilité et associativité mais au final, nous considérons que ces dernières sont pauvres car détachées du système préconscient).

Interprétation de l'hypothèse H15

Dans ce contexte, les résultats obtenus à l'hypothèse 15 prennent alors un sens particulier. Effectivement, les femmes présentant une qualité de la mentalisation faible sont celles qui ont le mieux vécu la survenue de l'épisiotomie. En étayant notre réflexion sur les propositions théoriques avancées dans cette partie, deux interprétations peuvent émerger de ce constat. D'une part, il est possible que l'enkystement de l'imaginaire établi dans un but protecteur ait permis aux femmes de ne pas se confronter trop vivement au vécu corporel induit par l'épisiotomie, les préservant alors d'une élaboration percevant cette chirurgie comme une effraction (mais aussi par celui de l'accouchement etc). D'autre part, il est possible que la rigidité du préconscient (provenant de l'enkystement de l'imaginaire) ait empêché le traitement psychique du vécu de l'épisiotomie permettant la transformation d'une expérience corporelle en représentation de mots. Enfin, il est possible qu'à contrario les femmes pour qui le système préconscient était trop riche pour subir totalement le processus d'enkystement de l'imaginaire aient eu plus facilement accès aux fonctions du système préconscient. Ce faisant, cette dynamique aurait pu les faire se confronter directement au vécu de l'épisiotomie sans la protection du gel du préconscient. Mais aussi, en gardant son rôle, le non-gel du système préconscient pourrait induire une plus grande facilité à mettre en mots (par une transformation

de la représentation de chose en représentation de mot) le vécu de l'épisiotomie. **Le rôle du système préconscient et par corrélation l'enkystement de l'imaginaire nous semble ici être un des facteurs prépondérants de l'appréhension du vécu de l'épisiotomie.**

Interprétation de l'hypothèse H14a

Les résultats obtenus à l'hypothèse H14a ont montré une tendance considérant que plus l'IES de l'agressivité était bas, moins les femmes exprimaient un vécu difficile lié à l'épisiotomie. A l'inverse plus l'IES de l'agressivité était haut, plus les femmes exprimaient un vécu difficile lié à l'épisiotomie. Nous avons été premièrement surpris de remarquer une certaine variation du vécu de l'épisiotomie en fonction des symbolisations (même s'il s'agit là d'une tendance non significative). Effectivement ce point semblait contredire les constats que nous proposons concernant la mentalisation. Puis en réfléchissant sur les caractéristiques spécifiques liant le processus de mentalisation et la notion de symbolisation nous avons décidé de considérer l'éventualité d'une hiérarchie entre ces deux facteurs. Ainsi, nous pensons que le facteur mentalisation est le facteur déterminant premièrement le vécu de l'épisiotomie (outre les aspects physiques spécifiques de l'épisiotomie). De plus, nous pensons qu'un gel de la fonction imaginaire ne signifie pas que le système préconscient est totalement à l'arrêt. Il est à notre sens beaucoup moins sollicité car rigidifié. Dans ce contexte, la richesse des symbolisations et les liaisons affect/représentation s'expriment mais dans une proportion moins importante. En conséquence et sur la base de ces explications il est possible que la qualité des symbolisations puisse avoir tout de même un impact sur le vécu de l'épisiotomie même si ce dernier est essentiellement dirigé par la qualité de la mentalisation.

Dans un second temps, pour apporter une interprétation à l'hypothèse H14b, nous nous sommes appuyés sur les théorisations de Bergeret proposées au sein de son ouvrage "*la violence fondamentale*" (2010). Dans ce dernier, il est expliqué que l'élaboration de la pulsionnalité agressive se construit au cours du développement psychoaffectif (par le biais d'une sublimation de la violence fondamentale). A terme, son expression dépend de la structure de personnalité du sujet. En partant de ce postulat, Bergeret souligne que les sujets dont la personnalité est considérée comme psychotique ou comme "une astructurations dite état-limite" ont plus tendance à faire preuve de violence fondamentale (à valence excrective) là où les sujets de structure névrotique feraient preuve d'agressivité (à valence relationnelle). Nous retrouvons très clairement cet aspect au niveau de l'activité clinique que nous exerçons en CMP (à l'exception de certains sujets schizophrènes dits "simples" et marqués par une profusion de

symtômes négatifs). Nous savons également que cette propension à l'expression de la violence crue induit généralement chez les sujets de structure psychotique ou dits "états-limite" la présence d'un IES de l'agressivité faible. Par le biais de cette association, nous pouvons penser que les sujets ayant un IES agressif faible ont tendance à faire plus facilement preuve de violence fondamentale. De même, notre pratique clinique nous montre au quotidien que ces personnes vivent dans un rapport à l'autre marqué par l'analité (rétention ou excréation) ou le sadisme oral toujours exprimé par le biais d'un rapport de force induit dans la notion de fusion, dépendance, contre-investissement, projection crues et identifications projectives, anaclitisme, persécution etc. Chez bon nombre de ces sujets, la violence n'est pas pour eux un problème en soi mais il s'agit surtout de leur moyen d'entrer en relation avec l'autre. De même, entrer en relation avec ces sujets est bien souvent facilité si le psychologue est capable de se mettre transférentiellement dans une place instaurant un dialogue avec cette agressivité (en tout cas dans un premier temps). Ce que nous comprenons de ces observations c'est que les sujets ayant un IES agressif faible sont bien souvent ceux qui sont les plus habitués à l'expression et à la réception de la violence. Leur sensibilité sur ce point est alors bien moins éprouvée (et parfois facilité) en cas de vécu violent. Cela contrairement aux sujets ayant un IES agressif élevé (plus souvent de structure névrotique) pour qui la sensibilité à la violence est bien différente.

Aussi, nous pensons que ces constats amènent les individus ayant un IES agressif faible "habitués" à la présence de violence à psychologiquement moins ressentir l'effraction corporelle violente induite par l'épisiotomie. Ces sujets étant plus facilement soumis à des débordements pulsionnels crus sont peut-être plus sensiblement protégés contre la survenue d'un acte effracting car leur psyché est en partie construite autour de cette dynamique pulsionnelle. De même, les sujets ayant un IES agressif élevé auraient une plus grande sensibilité sur ce point et auraient tendance à vivre plus difficilement la survenue d'une épisiotomie. En partant de ce constat nous pouvons également considérer que l'épisiotomie est traitée comme une effraction violente au niveau du psychisme. Cela, car si tel n'était pas le cas, son vécu ne serait pas associé aux symbolisations agressives. Enfin, cette réflexion nous a amené à requestionner la notion de symbolisation. Aujourd'hui, nous ne pensons pas que la présence d'une symbolisation de l'agressivité élevée préserve le sujet du vécu violent exogène. Nous pensons alors que la symbolisation de l'agressivité est le reflet de la capacité du sujet à "y faire avec sa propre violence".

Analyse de l'hypothèse H14b

L'analyse de l'hypothèse H14c montre que le vécu de l'épisiotomie ne dépend pas de la dynamique des symbolisations féminines. A nouveau, nous avons été surpris par les résultats de cette hypothèse. Nous avons compris que cette surprise était liée à notre regard d'homme sur le sexe féminin et que nous faisons sans le savoir prévaloir le féminin (en tant que dialectique avec le masculin) sur le maternel. Aujourd'hui, nous pensons ici que la dualité exercée entre féminin et maternel s'efface parfois au cours de la grossesse, l'accouchement et en suite de couche favorisant une focalisation des femmes sur l'aspect maternel. Ce procédé est peut-être un aspect protecteur évitant de réactiver trop fortement les vécus de plaisir ou jouissance provoqués par la stimulation du corps érotique intervenant au sein de la relation mère-enfant. Ces aspects ont par ailleurs déjà été commentés concernant l'orgasme intervenant parfois au moment de l'accouchement par Postel (2013a ; 2013b) ou encore au niveau de l'allaitement par Parat (2006 ; 2007). Nous avons également retrouvé ces aspects dans de nombreux entretiens :

« CC : Alors du coup, vous avez fait comment parce que d'un seul coup votre poitrine c'était à la fois un lieu maternel pour nourrir votre enfant et à la fois aussi un lieu érotique alors comment vous avez fait ? - PI : Bah c'est réservé [rires]. Nan bah il a pas touché mes seins depuis ... pendant l'allaitement c'est pas possible. [...] Ouais c'est ça. C'est vrai que moi la sage-femme quand elle m'a ... je pense que ce qui m'a le plus bloquée, enfin bloquée entre guillemets, c'est l'allaitement. Ouais moi je me disais que ça me faisait un peu bizarre j'avais besoin de séparer ce côté donc oui nan le retour à la sexualité c'est pas difficile pas pour la cicatrice ou quoi que ce soit, mais plus la poitrine ou allaitement » (Dahlia, 9 mois après l'accouchement).

Ainsi, dans cette dynamique il est fort probable que le vécu corporel de l'accouchement soit uniquement tourné vers le vécu maternel marquant alors un désinvestissement du corps érotique féminin au profit du maternel. Sur la base de cette supposition, la qualité des symbolisations féminines n'influencerait donc pas le vécu de l'épisiotomie. Notons toutefois que la réappropriation du corps et sa dialectisation dans le couple au travers de la reprise de la sexualité et le lien avec la qualité des IES féminin pourrait être une piste d'étude pertinente pour de prochains travaux de recherche.

Analyse de H14c

Même si cette dernière n'était pas significative, l'hypothèse H14d a montré une certaine tendance induisant l'idée que la présence d'une faible qualité des symbolisations maternelles était corrélée à un vécu de l'épisiotomie perçu comme plus difficile. En se basant sur l'ensemble des réflexions auparavant proposées, nous pensons que nous avons ici observé l'effet de

l'impact de l'épisiotomie en fonction de la qualité de l'élaboration de la fonction contenante des femmes rencontrées. Effectivement, en s'appuyant sur les travaux de Houzel (2005), nous pouvons considérer que la fonction contenante est plus spécifiquement associée à la dimension maternelle. La fonction contenante est d'ailleurs une principale caractéristique ayant amené à la sélection des réponses constituant l'Indice d'Evaluation Symbolique maternel.

En rappelant que les qualités de la fonction contenante maternelle caractérisées par Houzel sont la réceptivité et la souplesse, il est donc possible qu'une élaboration affirmée de cette fonction puisse permettre au sujet de faire plus facilement face à un vécu effractant. Ce dernier pourrait alors plus facilement invoquer la maléabilité contenante du pare-excitation (même si ce dernier est rigidifié) pour se défendre de la déformation induite par l'événement potentiellement traumatogène. Aussi dans le cas de l'épisiotomie, il est possible que l'élaboration d'une fonction contenante assurée permette une déformation assez importante du pare-excitation tout en ne provoquant pas un éclatement de la fonction déjà mise à rude épreuve au cours de la grossesse. Ce faisant les sujets ayant élaboré une fonction contenante interne affirmée pourraient être plus exempts d'un vécu difficile associé à l'épisiotomie. A l'inverse ceux n'ayant pas vraiment pu symboliser une forme de contenance interne maternelle seraient peut-être plus facilement soumis à l'effraction du corps. Ce dualisme permettrait alors d'expliquer les résultats obtenus à H14c.

Enfin, une hypothèse portant plus sur la dimension consciente pourrait aussi considérer que les symbolisations maternelles plus affirmées du sujet permettent aux femmes de mobiliser plus facilement l'emploi de mécanismes de défense et de coping dans le discours. Ces derniers inviteraient alors plus facilement les femmes ayant une facilité au devenir mère (celles ayant un IES maternel plus élevé) à se réjouir de la venue de l'enfant et ce, peu importe les événements s'étant présentés au cours de ce processus. Autrement dit, il serait possible qu'en fonction de la qualité des symbolisations maternelles le devenir mère soit facilité. Dans ce contexte, la survenue d'obstacles serait plus facilement surmontée par l'emploi de mécanismes de défenses secondarisés invoqués afin de préserver la satisfaction d'être mère en présence de son enfant. Il serait alors utile de poursuivre ces réflexions au sein de recherche future portant sur les liens entre mentalisation et vécu périnatal.

3. ANALYSE QUALITATIVE

Avant de clore la partie de cet écrit consacrée aux résultats, nous avons souhaité apporter à l'ensemble de nos élaborations un éclairage qualitatif. Aussi, bien que les conclusions dédiées à chacune de nos 27 hypothèses théoriques comportent majoritairement toutes une réflexion qualitative nous avons décidé de résumer brièvement ces élaborations dans un premier point. Puis, un second point sera consacré à la présentation de deux études de cas contrastés. L'ensemble de cette démarche a pour but de réintégrer la réflexion que nous avons développée au sujet de l'épisiotomie au sein de la dynamique globale du devenir mère elle-même ancrée au sein de la subjectivité du sujet.

3.1. Résumé des réflexions qualitatives portant sur l'analyse des entretiens

Au cours de notre analyse, nous avons pris le soin de commenter chaque aspect quantitatif isolé par notre analyse en nous appuyant sur de nombreux extraits de discours provenant de l'analyse qualitative que nous avons réalisée sur les entretiens. Dans cette partie, nous avons souhaité proposer une vision synoptique des aspects qualitatifs portant sur l'épisiotomie et discutés au sein de notre écrit.

3.1.1. Le vécu corporel consécutif à l'épisiotomie

L'aspect le plus marquant de notre analyse qualitative concerne le vécu corporel des femmes que nous avons rencontrées. En effet, beaucoup d'entre-elles ont exprimé de nombreuses difficultés liées aux conséquences corporelles de l'épisiotomie. Ainsi, nous avons montré que le discours des femmes abordait très facilement le vécu douloureux consécutif à l'incision du périnée. De même, nous avons pu montrer que les femmes abordaient bien souvent la présence de dyspareunies et de craintes concernant la reprise de la sexualité qui est par ailleurs plus tardive en cas d'épisiotomie. Parmi elles, nous avons pu noter que de nombreuses femmes expérimentaient une angoisse spécifique à l'épisiotomie : la peur que la cicatrice se réouvre. Nous percevons cette peur comme le résultat d'une attaque de la fonction contenante sexuelle assurée ordinairement par le sexe féminin. A notre sens les femmes expérimentant ce type d'angoisse sont fragilisées au niveau de l'unité somatopsychique et il ne serait pas surprenant que ce soit ces dernières qui reprennent le plus tardivement la sexualité.

De même, nous avons noté que les femmes ayant eu une épisiotomie se plaignent souvent du ressenti induit par la cicatrice. Cette trace corporelle est généralement décrite

comme “rugueuse” ou “cartonnée” induisant un contraste avec le reste de l’intimité féminine. La présence de ce contraste semble renforcer d’une part la crainte de la réouverture de la cicatrice. D’autre part, elle a tendance à engendrer une non-reconnaissance du corps propre ce qui oblige les femmes à se réapproprier cette nouvelle sensation et rendre, paradoxalement, à nouveau intime un vécu rugueux spécifique de l’extime. Sur ce point, nous avons vu au cours des entretiens beaucoup de femmes frotter leurs doigts au moment où elles évoquaient cette rugosité. Ce faisant elles montraient par le biais du geste que la sensation provenant de la cicatrice faisait plus appel aux fonctions extérieures du toucher ou à la rugosité de la peau des doigts qu’à l’intime, plus souvent représenté par le creux de la main. Nous pensons ici que ce vécu a tendance à engendrer une non-reconnaissance du corps propre provoquant alors l’apparition d’une insécurité sexuelle concernant la capacité de contenance sexuelle. De même, le vécu de la cicatrice semble avoir des conséquences physiques notamment au niveau de la lubrification. Les femmes se plaignent alors de ne pas retrouver la qualité des sensations vécues auparavant. Enfin une autre femme (Pivoine) s’est plainte de la suture qui selon ses ressentis était beaucoup trop resserrée induisant l’emploi probable de la pratique controversée du “point du mari” sans en avoir été informée.

En somme l’analyse des entretiens que nous avons réalisée a montré que le discours des participantes au sujet des conséquences de l’épisiotomie évoquait la présence de douleurs mais aussi la survenue d’angoisses somatopsychiques plus spécifiques de l’épisiotomie comme “la peur que la cicatrice se réouvre” ou “la peur d’avoir mal au cours de l’acte sexuel”¹⁶³. De même, l’épisiotomie engendre l’apparition de discours portant sur les difficultés sexuelles lui étant liées à l’instar de la dyspareunie mais aussi des difficultés de lubrification. En outre, ces difficultés peuvent être induites par la cicatrice dont la rugosité est souvent commentée par les femmes en suite de couche. Face à l’ensemble de ces aspects les femmes réalisent alors un travail de réappropriation du corps propre nécessaire à l’établissement réactualisé d’un nouvel équilibre somatopsychique où l’intime n’est plus vécu comme une menace pour le vécu de femme.

3.1.2. Une interprétation de l’épisiotomie dépendant de la relation au soignant

Le second aspect que nous avons remarqué au sujet de l’épisiotomie est que la nature du discours des femmes à son sujet semble aussi dépendre de la relation au professionnel l’ayant réalisée. Bien souvent, nous avons remarqué l’apparition de nombreux mécanismes de défenses

¹⁶³ Cet aspect a été également retrouvé au niveau des angoisses liées à la survenue d’une déchirure.

(rationalisations, annulations rétroactives, formations réactionnelles contre l'agressivité...) associés aux discours portant sur l'épisiotomie. Ces derniers permettent aux femmes de relativiser le vécu effractant de l'épisiotomie en s'étayant sur la dynamique contenante positive induite par le professionnel. Nous avons également remarqué que le dialogue autour de la survenue de l'épisiotomie facilite la survenue d'une expression positive ou neutre la concernant. A l'inverse, l'absence de discours entourant cette pratique associée au non recueil du consentement amènent les femmes à porter une interprétation plutôt négative au sujet de l'épisiotomie mais aussi de la dynamique de soin. En l'absence de consentement donné au cours de la réalisation de l'épisiotomie il serait alors utile pour les femmes de s'exprimer à ce sujet auprès d'un professionnel de l'écoute comme le psychologue. Ce passage permettrait aux femmes de se réapproprier par le biais de l'énonciation un vécu qu'elles ont expérimenté sous l'angle de la passivité.

3.1.3. L'épisiotomie en tant que pratique perçue comme une effraction

Le dernier point que nous souhaitons aborder fait appel à la notion d'effraction. Bien souvent le discours des femmes ne présente pas directement l'épisiotomie comme un vecteur d'effraction. Néanmoins nous avons souvent entendu des discours montrant que le vécu corporel que nous avons précédemment commenté faisait écho à la survenue d'une effraction. Certaines femmes peuvent alors relier certaines difficultés sexuelles avec ce vécu. Bien que non spécifique et n'entravant pas l'ensemble de la dynamique physique et psychique des femmes, il semble néanmoins utile de le préciser. Enfin, un homme a vécu l'intervention de l'épisiotomie comme une attaque faite à sa femme. L'image de ce vécu effractant est par ailleurs exprimée par certaines femmes en anténatal pour lesquelles l'épisiotomie est une crainte réelle souvent basée sur les discours de proches ayant mal vécu cette intervention.

En guise de conclusion, il est fort possible que nous n'ayons pas recensé dans ce résumé l'ensemble des aspects qualitatifs déployés au sein de nos analyses. Néanmoins, nous avons pu isoler trois tendances qualitatives rencontrées dans les entretiens que nous avons réalisés. Leur présence ne doit pas être négligée et peut être appréhendée comme un outil supplémentaire au service de la compréhension subjective du vécu de l'épisiotomie.

3.2. Présentations de deux études de cas contrastées

L'étude du vécu de l'accouchement que nous avons réalisée jusqu'alors s'est majoritairement basée sur un traitement quantitatif de données qualitatives et quantitatives. Puis, nous avons construit une réflexion qualitative globale portant sur la dynamique des entretiens réalisés auprès des femmes ayant eu une épisiotomie au sein de cette étude. Dans ce contexte, nous souhaitons pouvoir aborder le vécu de l'épisiotomie par le biais d'une analyse clinique portant majoritairement sur le discours et pouvant caractériser avec justesse le parcours de certaines femmes.

Aussi, en nous appuyant majoritairement sur les méthodes portant sur l'étude de cas et ses composantes exemplifiées par Schauder (2012) et décrites par Rabeyron (2018), nous proposons ici la présentation de deux vécus contrastés. D'une part, nous présenterons le parcours de Dahlia pour qui la survenue d'une épisiotomie n'a pas été un problème. D'autre part nous commenterons le parcours d'Alyssée pour qui l'incision du périnée n'a pas été bien vécue. Nous tenons toutefois à rappeler que notre démarche a été complexifiée par notre méthodologie exploratoire. Effectivement les seules hypothèses explicatives validées par notre étude portent sur des composantes difficilement observables au sein d'une succession d'entretiens exploratoires dont le but n'était pas d'étudier spécifiquement l'épisiotomie mais de laisser les femmes rencontrées s'exprimer librement quantitativement et qualitativement au sujet du devenir mère et l'accouchement.

En conséquence, pour chaque femme nous n'avons obtenu que très peu de production discursive portant sur l'épisiotomie comparé à l'ensemble des aspects abordés. Dans ces conditions dictées par notre méthodologie, la réalisation d'une étude de cas contrastés portant uniquement sur le vécu de l'incision du périnée aurait été impossible à réaliser. Effectivement, les deux études de cas que nous présentons ne peuvent donc pas imaginer avec précision les résultats de nos hypothèses. Aussi, nous avons pris la décision d'effectuer une présentation clinique de chaque femme visant à être le témoin de leur parcours réalisé en direction du devenir mère. Pour ce faire, nous avons particulièrement axé notre réflexion sur les enjeux principaux de ce parcours, le vécu de l'accouchement et ses conséquences sur le devenir mère. Ce faisant, nous avons plutôt tenté de rendre compte de l'inscription du vécu de l'épisiotomie au sein du devenir mère de ces deux femmes.

3.2.1. Le Parcours de Dahlia

✓ Présentation de Dahlia

Dahlia est une femme âgée de 30 ans exerçant le métier d'infirmière en neurochirurgie. Elle est la cadette d'une fratrie de deux enfants. Son parcours de vie s'est essentiellement construit à Paris où elle a grandi puis, en raison du métier exercé par son père et ses mutations (policier), elle a vécu dans les Vosges pour enfin s'installer dans la région. Ses parents se sont séparés lorsqu'elle avait 20 ans et son père est aujourd'hui en couple avec une femme plus jeune. L'arrivée de cette belle-mère semble avoir été marquée par un éloignement de la relation père/fille décrite comme fragile depuis l'enfance. Ce dernier est présenté comme "égoïste" et "distant". Il est alors difficilement reconnu dans une place paternelle. Cette position se retrouve également à la planche IV du test de Rorschach présentant "un animal de dos... un peu noir là mais si on mettait de la couleur ce serait sympa" signant à la fois la distance et le retrait narcissique ressenti à l'égard de la figure paternelle mais aussi l'effet dépressif de cette absence induisant un registre défensif maniaque.

A l'inverse, Dahlia évoque une relation qualifiée de "fusionnelle" avec sa mère. Cette dernière serait perçue comme celle qui a su trouver les bonnes réponses tout au long de son parcours de vie. Au test de Rorschach Dahlia choisit d'ailleurs la planche 7 pour représenter l'image maternelle en exprimant "plus pour le côté un peu miroir puis un peu rassurant" marquant ainsi la nécessité d'un lien de co-reconnaissance vécu dans la specularité. Les parents de Dahlia sont éloignés géographiquement. Cet éloignement peut d'ailleurs parfois cristalliser certains conflits concernant la durée des visites vécues comme le reflet du lien familial. Enfin, Dahlia explique également avoir une belle relation avec sa grand-mère malgré l'éloignement géographique.

Aujourd'hui, Dahlia vit en couple avec un homme depuis 4 ans au sein d'un appartement et dans des conditions socioéconomiques jugées correctes. Cet homme est électricien dans l'armée. Elle s'est pacée dans la semaine suivant notre rencontre même si elle préférerait le mariage. Son compagnon semblait plus réticent à cette idée car ses parents ont divorcé au cours de son enfance ce qui n'a vraisemblablement pas été bien vécu. Dahlia nous expliquera même que pendant 15 ans il n'a pas parlé à son père. La relation de Dahlia et son conjoint est également qualifiée par cette dernière de "fusionnelle" malgré une organisation complexe liée à des horaires décalés. Le couple formé par Dahlia et son conjoint est vécu comme satisfaisant.

Il est présenté comme “*un équilibre*” questionnant alors cette notion lorsque Dahlia se trouve seule. Cette dernière a pu dire sur ce point “*ne pas trop aimer faire les choses toute seule*” questionnant ici la force et la nécessité du lien anaclitique permettant l’équilibre de Dahlia. Cet aspect a d’ailleurs été souligné par le test de Rorschach montrant une dynamique de relation d’objet essentiellement tournée vers l’anaclitisme. Enfin le compagnon est décrit comme “*ce qui manquait à sa vie*”. Cet équilibre a d’ailleurs été éprouvé par la survenue d’un lymphome traité par chimiothérapie pendant une année et dont l’apparition est survenue assez tôt au cours de la relation amoureuse. Aujourd’hui, le conjoint de Dahlia est en rémission depuis une année et demie. Les conséquences du cancer ont été nombreuses et il apparaît que de nombreux amis se sont détournés du couple au cours de cette période. Néanmoins, Dahlia explique être plus tournée vers la notion de famille. Elle semble toutefois s’épanouir dans cette dynamique caractérisée par un lien privilégié avec un couple d’ami vivant à proximité, une relation saine au sein d’une équipe de travail qualifiée comme soudée et enfin, en réalisant des activités extérieures notamment sportive avec une amie tombée enceinte à la même période.

Lors de la première rencontre Dahlia était enceinte de 8 mois. Son parcours avait inclus une aide à la procréation (PMA) qui a été plutôt mal vécu notamment le jour de la ponction ovarienne. Le recours à la PMA est ici consécutif à la chimiothérapie reçue par le conjoint. Ayant congelé des gamètes avant d’entrer en chimiothérapie, le procédé PMA a été retenu pour accompagner le couple dans son désir d’enfant. Une première fécondation in vitro (FIV) a malheureusement échoué. Hormis l’expression de déception, Dahlia ne s’exprimera que très peu sur ce point. La grossesse fait donc suite à la deuxième FIV où deux embryons ont été implantés dans un contexte vécu comme stressant, mais toutefois compensé par la contenance médicale. Dahlia ne parlera pas non plus des premiers embryons avant l’entretien des trois mois où elle nous a expliqué avoir fait créer quelque chose de symbolique pour ces embryons ce qui souligne la présence d’un investissement psychique de ces derniers abordés sous l’angle de la perte. Nous regrettons aujourd’hui ne pas avoir plus exploré ce point. Enfin, pendant la grossesse, Dahlia expliquait que sa fille dont le prénom n’avait pas totalement été retenu du fait de sa symbolique “*était très attendue*”.

Dahlia semble de fait être plus à l’aise avec le maternel qu’avec le féminin. Elle rappelle d’ailleurs régulièrement le lien fort qu’elle entretient avec sa mère “*appelée tous les jours*” et qui est considérée comme “*la meilleure maman du monde*”. La qualité des symbolisations maternelles de Dahlia est d’ailleurs plutôt élevée par rapport à celles de l’ensemble des participantes (+1). Le devenir mère de Dahlia semble alors marqué par une volonté identificatoire

que nous avons plus perçu comme une volonté de “faire comme” par rapport à celle “d’être comme” (“*je pense qu’il faudrait que j’arrive à être aussi bien que ma maman*”). Effectivement, hormis cette phrase à tonalité régressive, la mère de Dahlia est uniquement représentée par le biais de son rôle et sa fonction laissant de côté l’idée de couple parental mais aussi scotomant totalement l’attitude maternelle à l’égard de la fratrie ou en général. Cette relation en miroir suggère alors la présence d’une volonté inconsciente où la petite fille veut devenir “comme la mère” (oubliant le féminin dans le maternel). Par ailleurs les grilles de représentations des qualités maternelles de Dahlia (obtenues à l’IRMAG) et celle portant sur les composantes maternelles de sa mère sont quasiment identiques montrant à nouveau la présence de cette transmission vécue sur le registre de la ressemblance.

Enfin, il nous a donc semblé qu’il était plus facile pour Dahlia de s’énoncer au centre de la contenance et des attentions offertes par sa mère ce qui nous a laissé supposer la présence d’une difficulté à accéder à une identité de femme affirmée, nourrie d’une identification oedipienne réussie. Cet aspect s’est d’ailleurs ressenti lorsque suite à la question “*qu’est ce qu’une femme pour vous ?*”, elle nous a répondu “*Bah pour moi le côté femme c’est le côté maternel, pas du fait que je sois enceinte, ça a toujours été comme ça*”. L’aspect maternant est d’ailleurs prépondérant dans la vie de Dahlia. Elle le liera spontanément avec le métier d’infirmière qu’elle exerce : “*après j’aime bien ce côté maternant aussi. C’est ce que j’aime aussi dans mon métier, c’est que du coup ça me permet d’être...*”. Le maternage semble être aussi le modèle relationnel de Dahlia pour qui un homme “*a toujours ce côté rassurant et du coup paternel [rires.] Mais pareil ce n’est pas spécialement dû à la grossesse [...] je pense que c’est une image de petite fille qui m’est restée*”. Cette prédisposition semble induire l’idée que le couple est vécu sur un mode maternel/paternel plus que sous l’angle de la génitalité structurée autour de la dialectique féminin/masculin. Pour Dahlia, aimer c’est “être rassurée”. Les mots de Dahlia semblent également induire l’idée que les hommes sont un contrefort à l’affirmation d’un maternel phallique et omnipotent dans la bienveillance. Le compagnon s’est d’ailleurs trouvé très vite exclu de l’intimité du couple dès les premières sensations de l’enfant. Ces dernières ont engendré l’apparition d’une coexistence impossible entre maternel et féminin faisant du devenir mère le centre d’attention absolu de Dahlia. Par ailleurs, la planche sexuelle du Rorschach (planche VI) lui a évoqué “*l’illustration du petit prince posé sur sa planète minuscule*” montrant d’une part la dynamique fusionnelle liant le “*petit prince*” et “*une petite planète*” dont l’association nous suggère la présence d’une sexualité infantile anaclitique persistant entre l’enfant et l’image maternelle. Cette représentation est par ailleurs soumise au

mécanisme de clivage car à la passation associative, la planète est décrite comme “*grosse*” alors qu’auparavant elle était “*petite*” induisant une représentation maternelle oscillant entre support anaclytique (petite) et omnipotence bienveillante (grosse). Enfin, l’acte sexuel est évoqué sous l’angle de l’obligation et de la possession : “*Même le petit prince là, il a sa grosse planète et il a ses trois petits volcans qu’il est obligé de ramoner et puis sa fleur et son mouton (rire)*”.

✓ Dynamique de la première rencontre

Dahlia nous a été orientée au sein de notre recherche par Sandrine Hamlin sage-femme de préparation à la naissance. Ce jour là, nous l’avons rencontré seul. Cheveux courts coiffés avec soins, maquillage discret et tenue soignée, la manière de se présenter de Dahlia était particulièrement étudiée pour un rendez-vous au dernier mois de grossesse. Nous avons aussi remarqué une attitude prompte et consciencieuse que nous pensions déceler dans sa manière de s’exprimer ou de ponctuer ses phrases. Lors de notre rencontre, les échanges se sont déroulés de manière naturelle avec spontanéité. Le discours était clairement énoncé, ponctué de quelques rares traits d’humour et spontanément nous avons cette idée en tête : “rien ne dépasse” suggérant la présence d’un contrôle important exercé par Dahlia. Aujourd’hui, nous pensons que ce contrôle lui permet d’être l’image qu’elle souhaite d’elle-même et que cette dernière a été construite pour ne pas faire face à la blessure engendrée par la non-reconnaissance paternelle et le surinvestissement maternel.

Dans la dynamique des échanges, nous ne nous souvenons pas avoir eu de contre attitude particulière ce qui est en soi une contre-attitude. Le cadre de la rencontre était posé et clair. Nous avons toutefois été surpris de la neutralité de notre contre-transfert à ce moment. Nous nous sommes alors interrogés sur le sens que nous pouvions mettre derrière ce vécu spécifique. Dans un premier temps, nous avons eu l’impression d’entrer en dialogue avec l’image de Dahlia plus qu’elle-même. La dialectique de rencontre émotionnelle habituellement en jeu dans les échanges que nous avons avec les patientes ne prenait pas et nos mots restaient très fonctionnels. Nous avons également le sentiment que ce que Dahlia “*exprimait*” devait être “ce qui était dit” suggérant une adéquation entre le signifiant et le signifié. Nous ne ressentions pas non plus chez Dahlia la nécessité de mettre en place une dynamique spécifique à notre égard. Nous retenons d’elle l’expression d’un certain altruisme et d’une volonté de bien faire. Avec le recul nous avons le sentiment d’avoir été placé dans la position du père de Dahlia considéré comme un témoin présent dans l’absence. Nous pensons alors que ce ressenti était déjà le reflet d’une

dynamique à trois liant préférentiellement Dahlia et sa fille, devant un témoin réconfortant et rassurant mais dont la valence personnelle restait effacée.

✓ Positionnement concernant la grossesse et l'accouchement

Le discours portant sur la grossesse et l'accouchement de Dahlia est assez peu développé. Il semble d'ailleurs se centrer sur l'accession à la grossesse plus qu'à l'expérience de la grossesse. Cet aspect a probablement été potentialisé par le vécu lié à l'aide à la procréation. Ainsi, il semblerait que les premières semaines aient été associées à la peur constante de perdre l'enfant. La réalisation de prises de sang chaque semaine semblait scander ce vécu diffus et apporter quelques éléments de réassurance. Par la suite, la grossesse est plutôt présentée en termes d'organisation et de planification signant encore ici la conscienciosité de Dahlia. Mais également, nous pensons qu'elle lui permet de ne pas se confronter à ses vécus émotionnels. Cela, malgré une émotivité forte exprimée spontanément par le biais de larmes lorsqu'elle évoquera la ponction ovarienne. La grossesse est toutefois vécue avec fierté et satisfaction. Dahlia a pu verbaliser le fait de survaloriser sa fille au détriment de sa propre santé :

“Je me suis rendue compte que j'écoutais pas suffisamment mon corps et que du coup bah ... ça allait être un peu compliqué le jour où j'allais accoucher [rires] parce que je me suis rendue compte que je savais pas trop souffler. Bon après j'avais un petit problème de fer qui a été réglé entre temps donc je pense que ça ira mieux mais oui je me suis rendu compte que je faisais beaucoup attention à elle et pas trop à moi”.

Le vécu corporel semble effectivement uniquement énoncé sous l'angle de la fonction. Prendre soin du corps, c'est ici prendre soin de l'outil permettant à l'enfant de naître. Pourtant, il est possible que Dahlia ne réussisse pas à ce moment là à exprimer une difficulté particulière concernant l'image du corps. Effectivement, son protocole de Rorschach était parsemé de réponses anatomique décrivant des corps ouverts et signant ici la présence d'une fragilité de l'image du corps. N'étant pas conscient de cet aspect au moment de la rencontre, nous n'avons pas exploré cet aspect dans le discours. Nous faisons toutefois l'hypothèse que l'association de la PMA, la perte des premiers embryons, le cancer du compagnon etc. ont impacté la dynamique subjective de Dahlia nécessitant alors la présence d'une forme de contenance et d'anaclitisme. Cette collusion aurait probablement grandement fragilisé le narcissisme mais aussi l'image inconsciente du corps de Dahlia.

Concernant l'accouchement, Dahlia le présente d'emblée sous la forme d'un trait d'humour trahissant ses attentes véritables comme *“Idéal bien sûr [rires]”*. Puis, elle fait preuve de recul et exprime sous la forme d'une rationalisation relativisant les attentes énoncées :

“nan ... nan je m'attends pas à quelque chose d'idéal après euh ... je ... j'ai des fois peur de pas y arriver mais alors pas par rapport à la petite mais plus par rapport à moi, à me dire qu'il y ait quelque chose qui se passe mal et que ça soit de ma faute voilà c'est idiot parce que ... de ma faute [rires]... j'ai ... j'ai pff j'ai peur de pas ... pas forcément ... pas pas y arriver parce que tout le monde le fait et il faut bien passer par là après quand je parle à une collègue elle me dit « t'as peur de quoi d'une césarienne » je lui « bah non parce que s'il faut passer par une césarienne c'est qu'il y a des raisons médicales et qu'il faudra la faire et qu'on la fera » et voilà après on y peut rien mais j'ai ... ouais j'sais pas j'ai peur d'avoir trop peur ou trop mal. Après je me dis mais nan ... je sais pas c'est pas très réaliste tout ça mais il sera là donc ça sera très bien ça ira [rires]”

Le discours de Dahlia montre ici la présence d'une certaine crainte exprimant la peur de ne pas réussir à accéder au devenir mère vécu au travers de la dépréciation retrouvée derrière l'expression *“ma faute”*. Dans le fantasme de Dahlia, si tel était le cas, l'intervention médicale permettrait une solution heureuse à cette incapacité envisagée ainsi : *“Après je me dis que les médecins savent ce qu'ils font ... et puis c'est pas [rires] ils vont me la faire sortir, faut la faire sortir”*.

Pour finir, nous avons remarqué que Dahlia s'exprime plus facile au sujet de ses attentes au sujet de sa fille. Elle expliquait alors souhaiter une enfant fusionnelle (*“collée à moi”*). Il s'agit d'une crainte exprimée par Dahlia mais que nous avons plutôt comme un désir assumé par le biais de la plainte : *“Voilà ce que je pense maintenant c'est que ça sera un peu trop ... un peu trop fusionnel un peu trop ... bah de toute façon elle passera avant tout donc c'est voilà ça me fait un peu peur dans le sens où va falloir que j'apprenne aussi à prendre un peu de distance à la laisser un peu bah c'est bien c'est les bons conseils que je donne à mes copines aujourd'hui... [rires]”*. Nous avons donc dit au revoir à Dahlia le jour de notre première rencontre avec le sentiment que l'investissement du maternel supplantait tous les aspects de la vie de cette participante et qu'ils seraient prépondérant dans le vécu de l'accouchement.

✓ Retour sur l'expérience de l'accouchement et le vécu de l'épisiotomie

L'accouchement de Dahlia s'est déroulé 15 jours avant le terme. Sa survenue plus précoce a été vécue comme une déception pour Dahlia : *« Du coup je lui dis « t'inquiètes pas moi je vais pas accoucher maintenant ». Je me sentais pas du tout en fin de grossesse comme certaines en ont marre, marre d'être enceinte, marre du poids [...] Après un peu un petit côté déçue que ça soit maintenant parce que je me disais qu'il me restait encore au moins 15 jours à l'avoir avec moi. [...] J'avais pas trop envie de ... pas d'accoucher sur le fait de l'accouchement mais pas envie que la grossesse se termine' »*. Le vécu de grossesse semble ici avoir apporté une contenance particulière à Dahlia provenant de la fusion avec l'enfant. Nous nous sommes alors interrogés sur le devenir de cet aspect en suite de couche. Le déroulé de l'accouchement est présenté en fonction des étapes médicales (perte des eaux, dilatation à 3 cm, péridurale...). Tout ce processus est alors exprimé de manière très fonctionnelle mais aussi de manière brute.

Ainsi l'emploi constant de paraphrases énonciatives *« elle m'a dit... »* ; *« il me dit... »* montre ici une présentation exprimée comme une trace mémorielle de l'expérience mais plutôt dénuée de symbolisation véritable basée sur une mise en mot articulant signifiant et signifié. Ici, c'est comme si un décrochage du discours associant signifiant/signifié était présenté et nous avons eu le sentiment de retrouver certains discours de patients ayant vécu une expérience traumatique. Une autre association que nous avons réalisée nous a fait penser à ces situations où certains patients dépassés par le transfert désignent parfois le psychologue comme l'interlocuteur d'une conversation passée et rejouent en acte le dire. Le psychologue se retrouve alors dans une situation assez cocasse où le patient lui explique la situation parfois en le montrant du doigt et lui énonçant les choses avec la même tonalité et ce, comme s'il était l'interlocuteur passé des phrases dites (ex : *« Alors là vous voyez, je lui ai dit « tu es égoïste, tu n'aurais pas dû [...] »*). Une autre interprétation serait que Dahlia utilise la spécularité en présentant l'interaction de manière brute pour que cette dernière soit porteuse de sens. A notre sens, ce procédé discursif semble montrer ici que Dahlia s'est plutôt centrée sur le cadre des échanges plus que sur son ressenti à l'égard de ces derniers. Cette centration sur la forme et l'explication du vécu par l'induction du dire de soi et de l'autre est pour nous un des marqueurs d'une faille de la symbolisation de cette expérience. Une hypothèse possible rejoignant nos résultats quantitatifs pourrait considérer que la venue de l'enfant est ici marquée par un gel du mécanisme de mentalisation.

A l'exception des interactions présentées par Dahlia, cette dernière a répondu à nos questionnements en s'appuyant principalement sur le registre intellectuel et en restant centrée sur les faits. Ainsi, l'accouchement est présenté par le biais du regard du conjoint et de la manière suivante : *‘‘Et en fait, il voyait tout, il arrêtait pas de me dire ... trois fois trois contractions c'était pas non plus ... ça a duré 10 minutes et euh ... -CC : Et il est resté calme ? - PI : Ah oui super calme et il regardait et il me disait « nan mais vas-y pousse, je vois la tête arriver hein mais vas-y pousse » [rires]’’*. L'ensemble de cette dynamique montre encore à notre sens l'expression d'une entrave de la mentalisation du vécu. Ce point de vue est par ailleurs amplifié par le fait que le moment de l'expulsion est quasiment résumé dans ces deux phrases. Dahlia a eu une épisiotomie. Cette intervention est présentée comme très secondaire : *‘‘Episio oui mais moi je m'en suis pas rendue compte. Je l'ai su après quand il m'a dit genre je vais vous recoudre’’*. Ici, la notion de consentement n'est pas vraiment importante pour Dahlia pour qui le ressenti corporel était prépondérant par rapport à la représentation de l'acte : *‘‘Ouais moi honnêtement on peut pas dire que j'ai eu mal’’*. Ce dernier est d'ailleurs rationalisé et s'étaye sur l'idée d'un professionnalisme de l'équipe médicale *‘‘Bah non au final je me dis qu'ils ont fait ce qu'ils avaient à faire puis ... [...] C'est qu'elle passait pas et fallait passer par là donc non je ... [...] Bah non, je ne me dis que si c'est le côté technique qui m'aurait gâché le moral, voilà moi j'étais un peu concentrée [rires]’’*. L'épisiotomie reçue par Dahlia a induit la suture d'une dizaine de points. Sa survenue comme la suture ne semble pas avoir induit l'apparition de douleur : *‘‘l'épisio je vous jure, j'ai jamais eu mal’’*. Au sujet de la suture elle nous a également dit : *‘‘honnêtement on peut pas dire que j'ai eu mal’’*. Ainsi, il est probable que le côté très *‘‘fonctionnel’’* de Dahlia associé aux codes de sa profession mais aussi à l'absence de mentalisation de l'évènement puissent être à l'origine de ce vécu spécifique. De même, en l'absence de vécu douloureux l'épisiotomie ne semble pas avoir invoqué de représentation spécifique chez Dahlia, la réduisant alors à un *‘‘fait divers’’* de l'accouchement.

En effet, le point culminant du discours de Dahlia est l'attention portée à sa fille. Après l'avoir serrée une première fois dans ses bras elle est partie avec les soignants pour les premiers soins. Puis le moment de la seconde rencontre intervient incluant cette-fois-ci le conjoint : *‘‘Et là il est revenu tout fier avec sa fille dans les bras. Et du coup je me suis mise à pleurer. Lui aussi, pas elle [rires]. Mais du coup ... oui même la sage-femme lui a dit. Parce qu'il venait de finir de coudre, il s'est relevé il a commencé à dire « bon bah vous pourrez vous relever dans deux heures ». Je sais plus je sais même plus ce qu'il m'a racontée et la sage-femme à dit « nan mais arrêtez de leur parler de toute façon ils vous écoutent pas » [rires]’’*. Dahlia parlera

ensuite plus facilement des soins apportés à sa fille comme les tétées mais aussi sa nécessité d'écouter son instinct dans le lien à sa fille. Elle semble avoir bien vécu les quelques jours passés à la clinique. L'ensemble de ces aspects se retrouve par ailleurs dans le score obtenu au CPQ (46) et au WOMBLSQ4 (72%) montrant que le discours de Dahlia est congruant avec son positionnement aux questionnaires.

✓ Vécu post accouchement

Le vécu post accouchement est majoritairement centré sur la relation avec Amélia. Ce rapport semble avoir été dicté par une dynamique fusionnelle marquée par la peur de l'abandon. Une situation clé a par ailleurs été évoquée le jour du départ de la clinique :

‘Le jour du départ comment ça s’est passé ? - PI : [rires] J’en ai encore des frissons. -CC : [rires] Oui je vois que d’un coup ça ... -PI : [rires] Oui ah nan oui le jour de la sortie alors ... pas ... je pensais pas que ça soit forcément le fait de la sortie car j’étais contente de sortir, contente de rentrer. Alors la veille au soir la veille de rentrer, donc on est rentré le vendredi matin, le jeudi soir j’ai un peu paniqué parce que je me suis dit demain elle va dormir dans sa chambre et ça c’était pas possible. Et bon ma mère qui me connaît très bien, a vu que c’était panique à bord et du coup elle a bien vu que y avait un truc qui n’allait pas. -CC : Oui. -PI : Et du coup elle m’a demandé ce que c’était et je lui ai dit « écoute ça m’embête demain elle va dormir dans sa chambre parce que j’avais pas du tout prévu qu’elle pouvait pas dormir dans sa chambre ». Avant je me suis dit bah non elle va rentrer, elle va dormir dans sa chambre elle a une chambre toute bien faite ... mais c’est vraiment un truc qui m’a angoissé. Du coup [prénom du compagnon] m’a dit « regarde sur le bon coin, trouve un berceau, ce que tu veux, je vais te le chercher ». Et puis c’est tout, c’est pas compliqué elle dormira avec nous. Et du coup ma maman a été le chercher. J’avais trouvé un petit berceau on a fait comme ça, il l’a monté avant que je rentre et au final voilà passer ce petit coup de stress, là le jeudi soir ça allait. Et le vendredi du coup bah la photographe est venue faire les photos de la maternité voilà -CC : Ouais ? -PI : Bon on a rigolé avec ça. Elle a fait son bain, son truc, puis on est parti. Et au moment de partir dans le couloir, elle était dans le cosy, [prénom du compagnon] est parti avec le cosy et euh pour faire la petite blague il est part 2-3 mètres avant moi et puis il dit à Amélia, « oh Amélia bah c’est bon maintenant on est tous les deux, on a plus besoin de maman, on s’en va ». Mais vraiment en plaisantant. Et je me suis mise à pleurer en plein milieu du couloir [rires]. Et du coup j’savais plus quoi faire [rires]. -CC : Bah oui parce que du coup la blague elle fait un peu un flop [rires]. -PI : Il savait plus quoi faire [rires] il me dit « mais

pleure pas, pleure pas, pleure pas, c'est bon c'était une blague, c'était pour rire ». Mais j'dis non non je peux pas, c'est pas possible. Il m'dit « elle est là, elle est avec toi, on rentre à trois ». Mais ouais nan c'était un peu dur et quand on est arrivé ici, je savais pas quoi en faire en fait. Alors que tout était prêt, le parc il était là depuis super longtemps, y avait ce qu'il fallait dedans pour la poser tranquille. Mais j'étais stressée de la poser d'aller dans la chambre, alors qu'elle était là toute seule ... alors qu'elle était pas toute seule, elle était avec son père''.

Dans ce long extrait, nous pouvons remarquer la grande difficulté ressentie par Dahlia dans le fait d'être éloignée de son enfant. Même si ce discours est généralement porté par l'ensemble des mères, et que de nos jours, il est beaucoup plus commun de porter un regard positif sur la période de fusion entre la mère et l'enfant, l'interaction vécue avec le conjoint révèle ici la nature des angoisses ressenties. L'effacement de la relation mère-fille au profit du père semble générer l'apparition d'une détresse profonde. Aussi, là où certaines femmes arboreraient avec fierté l'image du conjoint impliqué tout en tirant un certain plaisir à observer une dynamique père/fille jouée dans une dialectique à trois, Dahlia a ressenti une profonde tristesse. Malgré les sollicitations contenantantes du conjoint se confondant en excuses, Dahlia explique que l'ensemble de sa détresse est lié au fait de laisser sa fille seule, ce qu'elle résume par "*sans-elle*". La manière dont Dahlia a fait face à ce fait semble s'être en grande partie étayée sur le lien corporel à Amélia. Ainsi, Dahlia nous a parlé longuement de l'allaitement et ce que cela impliquait pour elle. Sur ce point, l'allaitement a d'ailleurs déssexualisé la poitrine uniquement vécue comme un objet nourricier. La persistance du contact corporel est aussi évoquée lorsque Dahlia raconte avoir dormi de nombreuses nuits la main posée sur sa fille. La séparation corporelle est intervenue deux mois après l'accouchement non sans mal. Ce soir là, Dahlia expliquera avoir pleuré jusque minuit. Progressivement l'emploi de la rationalisation et le retour de la conjugalité vraisemblablement encouragée par le conjoint a facilité cette séparation corporelle.

En dépit de ce besoin de connection corporelle, il semble que Dahlia ait été peu tournée vers sa dynamique corporelle personnelle et ce, dès les premiers jours suivant l'accouchement. Effectivement, beaucoup de femmes nous ont parlé de leur reflet dans les grands miroirs des chambres de la Polyclinique Majorelle. Nous avons donc souhaité voulu cet aspect avec Dahlia. Sa réponse fut assez surprenante : "*Bah alors bizarrement, je sais pas si c'est les hormones ou ... bah pas si ... un peu fatiguée sur le coup*". Alors que nous pensions que Dahlia nous aurait parlé de son corps, elle est restée focalisée sur le visage excluant totalement la perception du corps post-accouchement sans l'enfant commenté métaphoriquement comme "*une chambre à*

aire dégonflée''. Par la suite, Dahlia abordera très peu ces aspects. Elle nous dira avoir rapidement perdu son ventre grâce à l'allaitement pour reparler à nouveau du lien nourricier que nous considérons comme primordial au sein de cette relation mère/fille.

Les conséquences de l'épisiotomie quant à elles seront à peine esquissées par Dahlia. Le premier moment où cet aspect est invoqué s'est appuyé sur le discours d'une sage femme *''vous avez une belle cicatrice, vous verrez pas la différence [rires]. Bah je dis en même temps j'ai jamais été regarder par-là [rires]''*. Ce premier extrait rappelle qu'avant tout, le vécu douloureux dépend principalement de facteurs comme le tracé de l'épisiotomie, sa grandeur ou encore la tonicité des chairs et la réfection. Nous notons néanmoins que Dahlia n'avait pas regardé son sexe depuis l'accouchement nous suggérant ici que la question du corps n'est à nouveau pas centrale dans le rapport qu'elle entretient avec elle-même. Cette notion fait d'ailleurs écho à son discours d'avant l'accouchement où Dahlia expliquait ne pas assez penser à elle lorsqu'elle évoquait la dynamique corporelle. Il semble toutefois que Dahlia ait expérimenté la présence d'angoisses liées à la cicatrice et notamment la peur que cette dernière se réouvre. De même, elle expliquera avoir ressenti une certaine sensibilité dans la reprise de la sexualité mais aussi, la présence de la peur d'avoir mal et la peur d'éprouver des sensations différentes pour elle et son conjoint. Il s'agit des seuls aspects consécutifs à la pratique de l'épisiotomie abordés par Dahlia. A 9 mois ces aspects n'ont plus été soulevés.

Nous pensons ici que Dahlia n'a pas été vraiment tournée vers son corps de femme mais plus vers le corps de mère. Il semble par ailleurs étonnant que son discours n'invoque pas la nécessité de se réapproprier son corps. Tout se passe comme si le corps agissait de lui-même dans une relative indépendance. Il est aussi possible que le fait que Dahlia ait expérimenté très peu de douleurs et que son image du corps ait été peu dégradée par la grossesse aient amené à ce que son discours soit peu tourné vers le vécu somatique. En outre, Amélia a pu rapidement dormir et l'allaitement s'est bien déroulé. Dahlia était alors peu concernée par des facteurs de risques spécifiques ayant pu éprouver son intégrité psychique ou physique. Il semblerait néanmoins que Dahlia ait exprimé une baisse de la qualité de vie mentale 3 mois après l'accouchement. Nous avons supposé que cette dernière était liée aux difficultés de l'allaitement.

Neufs mois après l'accouchement, nous avons eu peu de temps d'échange avec Dahlia. Cette dernière articulait reprise du travail à plein temps, allaitement, lien conjugal le tout de manière très organisée de façon à pouvoir alier l'ensemble de ces aspects. La rencontre s'est

d'ailleurs réalisée au domicile pour faciliter les échanges (de même que celle portant sur la période de 1 an après l'accouchement). A cette période, plus aucun vécu lié aux conséquences de l'accouchement n'a été évoqué. Le discours s'est alors plus porté sur le lien à l'enfant, la rivalité avec la belle-mère mais aussi le vécu de femme ici réaffirmé au travers du sentiment de maternité : *“je dirais que pour moi être mère, c'est un peu la finalité d'être femme car je me sens plus épanouie depuis qu'elle est là” [...] J'ai l'impression que c'est quelque chose qu'il me manquait à ma vie de femme vraiment*". La prévalence du maternel affirmée dans le discours s'est d'ailleurs exprimée au Rorschach où 9 mois après l'accouchement la première réponse donnée était *“un bassin”* montrant une présentation à l'autre guidée par l'identité maternelle. Cependant, il semblerait que l'affirmation du maternel ait permis à Dahlia d'esquisser un prémice d'élaboration du féminin. Ainsi, à la planche 7 du Rorschach la réponse avant l'accouchement faisait appel à *“deux visages face à face”* est devenue après l'accouchement *“deux visages de femme”* signant ici la présence d'un parcours du féminin exprimé derrière le lien maternel spéculaire. A nouveau ici, le corps n'a pas été réellement évoqué à l'exception du discours portant sur la sexualité. Il sera juste requestionné 1 an après l'accouchement lorsque Dahlia a décidé d'arrêter de donner le sein.

Cette période semble avoir marqué l'apparition d'une distance entre mère et fille. Dahlia a invoqué sur ce point l'image d'une série *“Game of Thrones”* montrant une mère allaitant un enfant de 10 ans. Elle expliquera que cette image de fusion l'a plutôt dérangée et que les premiers pas d'Amélia ont induit chez elle ce sentiment. Nous avons toutefois pu noter que les moments d'autonomie d'Amélia sont de prime abord vécus comme une frustration ou un abandon *“le sevrage, le sevrage... pfff [...] bah c'est tout. Elle comme une lettre à la poste... moi, un peu vexée au début [rires] c'est moi le problème”*. La resexualisation de la poitrine a été d'ailleurs été très progressive et regrettée *“j'ai mis du temps aussi à accepter que c'était plus pour Amélia. Même si c'était évident ça a été un...”*. Pour finir, Dahlia nous résumera son *“devenir mère”* de la manière suivante :

“Je dirais de me sentir plus adulte entre guillemets ... oui c'est plus ça oui. Encore une finalité, une impression d'avoir ma famille, d'avoir un truc complet, d'avoir été jusqu'au bout de ce qu'on ... après peut-être à cause de la FIV mais bon, je pense pas car le désir d'enfant c'était bien avant la FIV ou voilà mais euh ... bah du coup oui de l'avoir elle, je me dis qu'on a tellement de choses à faire, à partager, on va au parc, je la vois évoluer un peu, je me dis y'a encore tout ça à faire. Ça m'a permis de me projeter plus sur l'avenir et puis d'imaginer beaucoup de belles choses. Voilà quand on s' imagine nos vacances, bah on sait [rires],

[prénom du compagnon] il me disait, on en parlait y'a pas longtemps, il me disait « oh bah c'est bien on va s'éclater ces vacances avec elle car elle est là et y'aura plein de choses à faire avec elle ». Comme si avant on s'ennuyait [rires], alors qu'on s'ennuyait pas, on faisait plein de choses pendant nos vacances mais ouais voilà cette idée que c'est mieux maintenant''

Le discours prononcé ici semble montrer que Dahlia a accédé à une forme de complétude au sein de laquelle l'identité maternelle et la présence d'Amélia semblent jouer un contrefort et un rôle utile à la fois dans la dynamique individuelle et celle de couple. Ce vécu semble d'ailleurs avoir été assez positif pour redonner l'envie à Dahlia de s'investir à nouveau dans une démarche de PMA afin d'avoir un nouvel enfant dont la venue nous a été annoncée récemment.

✓ Conclusion

Le parcours vécu par Dahlia a été marqué par une forte ascendance du pôle maternel engendrant un investissement privilégié de cet aspect. Au cours de la présentation de cette situation clinique, nous avons montré que l'accouchement n'avait pas été réellement investi comme un processus au service de la construction identitaire. Il semble avoir plutôt été vécu comme un moyen d'accéder à une relation fortement souhaitée, vécue dans la fusion des corps avant l'accouchement et dans les premiers mois suivant la naissance d'Amélia. Notre parcours a suggéré la présence d'une non-mentalisation de l'expérience de l'accouchement faisant écho à l'interprétation que nous avons apportée à l'hypothèse 15. Aussi, il est possible que Dahlia ait été préservée du vécu de l'accouchement mais aussi de celui de l'épisiotomie grâce à la réduction des capacités de mentalisations de cette dernière.

Effectivement, l'épisiotomie a été vécue comme un "fait divers" anodin et sa réalisation n'a pas été remarquée par Dahlia (alors que son conjoint l'a perçu). La suture n'a été que très peu commentée sans expression d'affect incarné. Sur un autre plan, Dahlia n'a pas vraiment expérimenté de conséquences physiques liées à la survenue de l'épisiotomie à l'exception de la peur que la cicatrice se réouvre, une forme de sensibilité accrue et d'une peur des modifications de la sensation sexuelle. Ces dernières se sont rapidement estompées suite à un échange avec la sage-femme. Il est possible que l'absence de difficultés signée par l'évocation de la douleur ait préservé Dahlia d'une possible réinterprétation dans l'après coup du vécu de son épisiotomie.

Dans un troisième temps, nous avons suggéré que le vécu corporel n'était pas au centre de l'attention de Dahlia. Cette dernière ne s'est que peu tournée vers celui-ci. Ainsi, elle n'a pas regardé une seule fois son intimité ni la cicatrice de l'épisiotomie au cours de la période des 3 mois suivant l'accouchement. En outre, nous avons relevé au test de Rorschach la présence d'une image corporelle plutôt effondrée et morcellée montrant ici que les symbolisations agressives sont assez peu élaborées signant que l'attaque du corps est une donnée constante pour Dahlia. Dans ce contexte, il est alors possible que le vécu de l'accouchement et de l'épisiotomie n'aient pas été perçus comme difficiles ce qui rejoindrait les réflexions développées au sujet de H14a (soulignant que les femmes ayant un IES agressif faible vivent plus facilement la survenue d'une épisiotomie). Enfin, nous avons noté que le surinvestissement du pôle maternel semble avoir aiguillé l'attention de Dahlia sur sa fille et le devenir mère à l'instar de la dynamique observée à l'hypothèse H14c soulignant que plus la symbolisation du maternel était élevée plus le vécu de l'épisiotomie était facilité. Pour finir, il semble que le vécu de l'accouchement n'ait pas été abordé comme un processus inscrit au sein de l'identité de Dahlia, signant alors une certaine indifférence par rapport à ce dernier. L'accouchement est décrit par les questionnaires comme satisfaisant mais nous n'avons pas entendu d'expression positive ou négative par la suite.

3.2.2. Le Parcours d'Alyssée

✓ Présentation d'Alyssée

Alyssée est une femme âgée de 39 ans se définissant tout d'abord par sa profession. Elle exerce le métier de diététicienne mais aussi celui d'enseignante universitaire depuis 4 années et dont l'établissement définitif pourra être confirmé à la suite d'un processus de recrutement spécifique. Ce dernier interviendrait apparemment au moment de l'accouchement d'Alyssée. Très vite, Alyssée semble faire beaucoup plus jeune que son âge, une particularité qu'elle explique par son hygiène de vie et notamment une alimentation équilibrée et "cadrée" lui venant de son travail. Elle s'exprime avec vivacité et humour. Il est d'ailleurs possible que cette tonalité semble être une forme de légère hypomanie utilisée comme un type de défense contraphobique. Cet aspect se retrouve d'ailleurs au niveau du test de Rorschach où nous pouvons remarquer de nombreuses réponses ponctuées d'un "*c'est rigolo*". De plus, pour certaines réponses les notions de "*danse*", "*clown*" ou de "*bal masqué*" sont invoquées. Aujourd'hui, Alyssée vit dans une maison achetée récemment avec son compagnon et dont la réfection génère l'apparition de travaux lourds. Cet aspect ne semble pas gêner Alyssée pour qui l'achat de cette maison représente plutôt une forme d'engagement mais aussi une entrave à la liberté présentée avec humour.

Lors de la première rencontre avec Alyssée, elle était en couple depuis une dizaine d'années avec un homme rencontré fortuitement au sein d'une journée de travail en collaboration. Après avoir vécu quelques relations de longue durée considérées comme insatisfaisantes pour différentes raisons, il semble qu'un équilibre ait été trouvé avec lui. Alyssée le présente de la manière suivante : "*c'est pas un rayon de soleil, il a une tête d'enterrement au premier abord, c'est un connard au premier abord*". A l'exception de cette perception que nous qualifierions de brute, Alyssée exprime avoir été séduite par sa beauté, sa simplicité mais aussi sa capacité d'écoute. Sans s'en rendre compte elle nous dira "*c'est mon rayon de soleil*". L'emploi du même signifiant soleil pour qualifier l'antagonisme des deux positionnements représentant son compagnon semblait suggérer ici la présence d'un mécanisme de clivage portant sur la représentation du compagnon d'une part dévalorisé et d'autres part idéalisé. Une pointe d'ambivalence sera toutefois présente au moment où Alyssée nous dira : "*c'est mon rayon de soleil, enfin c'était mon rayon de soleil parce que maintenant devant y'a quelques nuages [rires] mais c'est quelqu'un qui a un charme*". Alyssée n'est pas mariée. Cet

aspect semble représenter pour elle une forme d'engagement entravant un sentiment de liberté qu'elle souhaite préserver. L'histoire de la relation semble s'appuyer sur un vécu considéré comme très enrichissant (voyages, échanges...) au cours des premiers temps de l'histoire du couple. Seulement, il semble que les derniers temps semblent être marqués par une certaine discorde exprimée à mi-mot et venant toujours ponctuer les aspects positifs relatés par Alyssée : *“Sinon il y a eu des moments plus difficiles mais parce qu'il est hyper têtù, alors lui pour le coup il est hyper têtù et il est d'une mauvaise foi absolue ! [Rires] C'est une catastrophe”*. Les déterminants principaux de l'entente du couple semblent s'appuyer sur une certaine complicité acquise au niveau du travail. Enfin, nous avons également décelé chez Alyssée une sorte d'intérêt dans la dualité représentée par son compagnon décrit aussi comme *“le bourrin [...] un peu brutus”*.

Au niveau familial, Alyssée est l'aînée d'une fratrie de deux. Elle parle plus facilement d'un petit frère âgé de 9 ans de moins qu'elle. Ce dernier a eu une petite fille dont elle est la marraine. Concernant les relations parentales, Alyssée semble entretenir une relation particulière avec sa mère. Cette dernière est décrite de la manière suivante : *“C'est un boulet ma mère, je l'adore mais c'est un boulet quoi [rires]. Mais après on est très très différentes mais elle a énormément de qualités mais elle a des défauts horribles quoi et il a fallu quand même s'en séparer enfin se ... s'éloigner de ces défauts-là et de l'emprise qu'elle avait sur moi sans qu'elle le veuille je pense”*. Elle est également décrite comme peu expressive ce qui a vraisemblablement induit *“un manque d'affection euh, assez important de la part de ma mère”*. Curieusement, dans la dynamique de l'entretien le manque de communication conféré à l'image maternelle est spontanément associé au compagnon dont le fonctionnement semblerait être similaire. Ce lien vient ici interroger la nature du transfert et les modalités relationnelles inconscientes du couple probablement vécu pour Alyssée comme une tentative de réparation de la relation insatisfaisante passée vis-à-vis de l'objet maternel. Enfin, cette dernière est décrite de la façon suivante *“tout le temps en train de me faire culpabiliser ma mère et jamais elle ne se remet en question”*. Alyssée explique avoir effectué un travail psychothérapeutique au sujet de cette relation mais son discours semble marquer la persistance de la relation d'emprise et la difficile séparation induite par le manque et le trop plein de mère simultanément invoqués induisant alors ici l'idée d'une dualité maternelle faisant écho avec celle du conjoint. Il semble néanmoins qu'Alyssée ait pu s'appuyer sur un imago maternel positif provenant en grande partie de la relation qu'elle a entretenue avec sa grand-mère d'origine Malgache qui est *“sa première confidente”*. Ce lien est par ailleurs suggéré à la planche VII du test de Rorschach où Alyssée

voit “*une Mamie*” tournée vers la spécularité signant toutefois les difficultés de transmission au travers d’une dynamique arelationnelle.

Le père est appréhendé comme “*un bucheron [...] taillé à la serpette avec un discours pas toujours évident*”. Ce dernier a souffert de problèmes d’alcolismes pendant une dizaine d’années. Alyssée s’est positionnée à son égard comme une soignante pendant une période engendrant l’apparition de quelques difficultés et une certaine distance. Ce dernier semble également entretenir une certaine difficulté avec l’expression émotionnelle et il est possible que cela ait engendré un manque chez Alyssée. Il semble néanmoins faire preuve d’une expression retenue qui permet à Alyssée de préserver une image aimante de son père : “*Je pense qu’il a dépassé plein de problèmes et donc du coup c’est ce qui fait qu’on est allé se balader en forêt et je lui ai dit papa faut que je te dise puis il est gauche quoi, tu vas être papi pour la deuxième fois y’a des chances parce que ça a pris là. Il a avancé, donc le bucheron qui avance, et puis au bout d’un moment il fait « oh » et il me tape sur le bras comme ça et il me fait « je suis content » voilà bucheron [rires] donc trop rigolo. [...] il met des barrières puis des fois il revient il parle*”. Cette distance est d’ailleurs bien représentée à la planche IV du test de Rorschach invoquant un “*monstre dans un manteau à queue de pie de dos*” qui au cours de la passation associative sera associé à Hagrid (qui est dans Harry Potter connu pour être un homme des bois). Ce “*monstre*”, présenté de dos et en train de partir, montre ici le sentiment de perte d’objet lié à la fonction phallique associée à l’image paternelle. La vivacité de la planche IV va même amener Alyssée à y voir directement son père en deux endroits différents marquant la difficulté de cette dernière à avoir une représentation unifiée de ce dernier.

Pour finir, Alyssée expliquera être avec son frère “*les parents de ses parents*” montrant ici que la construction des imagos s’est basée sur l’absence. Cette dernière semble avoir induit une intériorisation phallique pregnante chez Alyssée dans son rapport à l’autre. Ce ressenti que nous avons particulièrement perçu au sein de la dynamique transféro-contretransférentielle se retrouve également à la planche VIII du test de Rorschach où Alyssée choisira comme support identificatoire (les banalités en roses) la réponse suivante : “*Une sorte d’hybride, le corps ne va pas avec la tête. Dans le corps on pourrait voir une sorte de félin euh, la position un peu tendue de félin. Mais par contre dans la tête un ours*”. Nous pensons par ailleurs que cet aspect phallique associé au féminin se retrouve à la fois dans le rapport à l’alimentation qui est contrôlée (induisant l’idée d’un contrôle de l’oralité spécifiquement considérée comme un écho du lien à la mère), mais aussi au travers de l’emploi itératif du mot “*cadrer*” (8 fois). Cet aspect ne semble toutefois pas gommer le rapport au féminin d’Alyssée. Ce dernier se retrouve

particulièrement exprimé à la planche V du test de Rorschach où Alyssée y décelera ‘‘*quelqu’un qui s’est déguisé avec un grand taffetas noir [...] et une femme parce que c’est plus fin là*’’. Nous avons également pu noter qu’Alyssée présentait une excellente symbolisation du féminin (IESVR) de +2. Aussi, en dépit de la présence de cette attribution phallique, Alyssée nous donnera la seule définition acceptable d’un féminin génitalisé en basant sa réponse sur le principe de l’opposition symbolique et ce, sans tomber dans une forme de métonymie : ‘‘*être femme c’est un homme différent quoi*’’. Au travers de cette définition Alyssée montre clairement la présence d’une altérité dans la différence. De même la définition de l’homme qu’elle nous proposera semble se détacher de la notion de virilité. Alyssée semble alors exclure l’idée qu’une forme de violence genrée socialement considérée comme une expression de la masculinité soit uniquement le reflet du masculin. Cela, en rappelant que le masculin ne peut exister que dans la dialectique avec le féminin tout comme le féminin n’existe que dans sa dialectique avec le masculin.

Bien que fournissant des réponses de haut niveau symbolique, Alyssée ne relie pas forcément le masculin et le féminin au sein d’une dialectique constructive. Il est plutôt présenté sous la forme d’un combat : ‘‘ [au sujet du côté femme] *C’est vaste, pour moi, le truc c’est que ça fait écho avec une actualité et puis, comment dire, quand je vois juste parce qu’on a un chromosome qui change, juste parce qu’on a peut-être une sensibilité autre, juste parce qu’on a peut être moins de force, on développe moins de force au niveau musculaire, juste parce qu’on porte des enfants, on va être empêché de vivre, on va devoir se soumettre à l’autorité d’un autre chromosome dans certaines contrées, on va pas avoir le droit à la parole et ... ben moi je me dis le côté femme je le trouve bafoué alors que c’est juste 50% de la population et qu’on a le droit de vivre comme tout le monde*’’. Au travers de ce discours, nous pouvons remarquer que la dialectique masculin/féminin s’articule bien plus autour de la notion de rivalité. Elle est par ailleurs marquée par la notion de revendication dont les aspects s’appuient sur le refus d’une hiérarchisation sociale du féminin et du masculin. Même si nos convictions personnelles ne pouvaient être qu’en accord avec ce discours, nous avons été particulièrement interpellés ce jour par le mot bafoué. Ce dernier nous semblait à ce moment chargé d’affects spécifiques au vécu d’Alyssée.

Aujourd’hui, nous pensons que ce mot était affectivement teinté d’une situation que nous a évoqué Alyssée un peu plus tard dans la dynamique de notre rencontre. Elle expliquera effectivement avoir été abusée sexuellement par son cousin lorsqu’elle était enfant. Cet aspect semble avoir été abordé en psychothérapie et de nombreuses actions ont été entreprises par

Alyssée pour faire face à son agresseur qui était considéré comme “*un dieu vivant*” dans la famille. Cette agression a été reconnue au niveau familial il y a 9 ans et notamment par la mère d’Alyssée. Cette écoute et acceptation des mots/maux d’Alyssée semble avoir été le support de la mise en place d’une nouvelle dynamique entre mère et fille. Nous pensons toutefois que ce vécu a fortement coloré la personnalité d’Alyssée. Aussi, outre la notion de combat et l’intégration d’une fonction phallique bien souvent utilisée face à l’écrasement supposé de l’homme, nous avons retrouvé de nombreuses réponses à valence protectrice au test de Rorschach “*casques*”, “*masques*”. De plus, même si le ratio barrière pénétration était respecté, nous avons remarqué qu’Alyssée avait 8 réponses barrières et 4 réponses pénétrations. Elle est probablement une des seules femmes à avoir un nombre de réponses barrières aussi élevées induisant sa nécessité d’un recours à la protection. En outre, le refus planche VI montrant une forme de sidération face à l’expression de la sexualité semble être aussi le témoin d’un vécu traumatique lié à l’agression passée. Malgré ce parcours difficile, Alyssée montre une certaine assurance et un narcissisme affirmé que nous retrouvons par ailleurs bien représentés au travers de la grille de représentations de soi. Malgré le parcours de grossesse, elle présente un ratio de 13 réponses intègres, pour 8 réponses atteintes, 2 réponses parcellaires et 2 réponses fragmentées. Il semblerait toutefois que les capacités relationnelles d’Alyssée tendant à éviter la relation objectale de type génitale et nous avons fait la supposition que cet aspect était lié à la fois à l’agression passée mais aussi aux difficultés ressenties à l’égard de ses parents. Enfin, malgré quelques difficultés avec l’IES maternel, Alyssée présente un haut niveau de symbolisation et de mentalisation.

✓ Dynamique de la première rencontre et analyse transféro-contretransférentielle

Alyssée a été orientée vers notre recherche par le biais de la sage-femme de préparation à la naissance avec qui nous avons préférentiellement collaboré. Elle explique s’être inscrite dans la dynamique de notre étude car elle souhaitait pouvoir apporter son aide, étant consciente des difficultés liées à la mise en place d’étude clinique. Nous pensons également qu’en entamant cette démarche, Alyssée souhaitait être entendue dans sa difficulté à être entendue, notamment par son conjoint ou ses images parentales. Nous pensons aussi qu’Alyssée souhaitait remercier le psychologue auprès duquel elle avait fait un travail dans le passé en apportant cette fois ci, son aide à un psychologue. Cet aspect a d’ailleurs été directement formulé à la fin de la rencontre du 9^{ème} mois lorsque nous nous sommes dit au-revoir.

Lors du premier entretien, Alyssée est apparue comme une femme très vive d'esprit et énergique. A ce moment, nous pouvions sentir dans son attitude un besoin de reconnaissance que nous lui apportions au travers du cadre de cette recherche. Immédiatement la rencontre s'est déroulée avec spontanéité associant humour, introspections et échanges. Il est probable que les composantes de la personnalité d'Alyssée mais aussi son parcours thérapeutique passé aient facilité cette dynamique. Nous avons également eu le sentiment qu'au travers de cette attitude Alyssée se positionnait comme une petite fille dans l'attente d'un regard positif sur sa manière de fonctionner. Au moment où nous écrivons ces lignes une image nous revient où nous voyons Alyssée assise sur sa chaise, les deux mains posées sur les genoux, balançant ses jambes avec vivacité et présentant un regard que nous interprétons aujourd'hui comme une demande de reconnaissance.

Cet aspect, nous l'avons également retrouvé dans le contre-transfert que nous avons éprouvé. Dès le début de la rencontre clinique nous avons eu l'impression qu'il ne fallait pas "*manquer*" face à Alyssée. Derrière cette impression, nous comprenions aussi ne pas "*la laisser tomber*" au sens de ne pas provoquer la chute de ses attentes inconscientes. Nous pensons premièrement que ce sentiment s'est construit en réponse de l'investissement massif et soudain engagé par Alyssée. Nous avons par ailleurs supposé que ce dernier était guidé par une répétition transférentielle dont nous étions l'objet. A cet instant précis, nous pensions que cette dernière était seulement nourrie des difficultés de communication portées par le compagnon et que nous représentions une sorte d'antipode à ce dernier. Ce n'est qu'à la suite d'une réflexion plus spécifique que nous avons pu saisir les enjeux nous ayant lié avec Alyssée.

Effectivement, au niveau de la dynamique contre-transférentielle nous avons tout d'abord ressenti un sentiment de gêne induit par la survenue de cette situation. L'attitude d'Alyssée oscillait entre plusieurs positionnements. D'un côté, nous avons l'impression d'être en face d'une petite fille blessée, feignant de ne pas ressentir de douleur ou de peine. Cela sachant que le fait de le cacher montrait assez cette dernière pour questionner l'autre. D'un autre côté, Alyssée se positionnait de façon maternelle à notre égard et subitement nous devenions à ses yeux l'étudiant en quête d'un savoir spécifique dont elle avait la clé. Parfois aussi, nous avons également le sentiment qu'Alyssée cherchait à trouver en face d'elle une sorte de support spéculaire notamment lorsqu'elle abordait la question du combat entre femme et homme. Dans ces moments, les aspects plus phalliques de sa personnalité invoquaient alors une forme de plaisir inconscient induit par la co-reconnaissance d'un savoir différent induit par l'échange que nous avons co-construit (le savoir supposé du psychologue et de son côté le

savoir induit par son histoire de vie). Enfin, nous nous retrouvions parfois soumis à une dynamique de séduction inconsciemment proposée par Alyssée. D'un autre côté, nous avons également apprécié la dynamique de ces rencontres faisant écho de notre côté à une forme de dialectique spécifique articulant avec aisance et facilité féminin et masculin. Nous avons d'ailleurs beaucoup ressenti cette dernière dans les nombreux rires partagés mais aussi au sein de la communication gestuelle et corporelle des entretiens.

Nous avons également apprécié le fait d'avoir été placé dans une position paternelle. Dans la rencontre clinique, c'est effectivement un des positionnements où nous sommes le plus à l'aise. Moins construit autour de la notion de contenance, cette place paternelle nous permet d'être dans une relation beaucoup plus dialectique (au sens de socrate) induisant alors un échange dont le moteur est le manque et ses corrélats, et ce, dans le but de permettre à l'autre d'advenir et être lui-même. Toutefois, nous avons également vécu cette valence paternelle avec culpabilité. Effectivement, même si ce positionnement s'est construit au sein d'une dynamique duelle, nous pensons qu'il était associé au plaisir inconscient d'être reconnu comme un homme "satisfaisant" au yeux d'Alyssée. Avec le recul, nous pensons qu'au sein d'une relation thérapeutique, cet aspect (s'il n'avait pas été conscientisé) aurait pu être un frein à ses avancées. Cela, car bien que vécu positivement, ce positionnement dans lequel nous nous sommes retrouvés semble être guidé par l'établissement d'une construction idéale visant à réparer dans le présent les manques passés d'Alyssée. Seulement ce fonctionnement semble être une forme de répétition à visée antidépressive dont le but serait d'éviter à Alyssée de se confronter au manque apporté par l'objet aimé et en faire le deuil. Ce processus nous a semblé être la clé de voute du fonctionnement d'Alyssée dans son rapport à la relation amoureuse et aux hommes. Ce dernier semble d'ailleurs toujours débiter sous la forme d'une idéalisation de l'autre en tant qu'objet non manquant, source de satisfaction et totalement à l'écoute. Puis, au fil du temps il redevient progressivement un objet source de déception.

En plus de cet aspect, nous pensons que cette dynamique a pu nous apporter une forme de satisfaction inconsciente car nous étions transférentiellement positionné dans la place de celui qui avait su rivaliser à la fois avec le compagnon mais aussi avec le père et ce, dans une dialectique avec le féminin. Le fait d'isoler la présence de ce sentiment de rivalité inconsciente a été quelque chose de difficile à ressentir car il a été associé à une sensation de culpabilité assez forte que nous ressentons encore vivement en écrivant ces lignes. Cette dernière s'est manifestée quelques mois après le dernier rendez-vous de cette recherche. Alyssée nous a alors expliqué que lorsque nous serions prêt à lui fournir les retours et les retranscriptions des

entretiens que nous avons réalisés tels que nous nous y étions engagés, cette rencontre ne se ferait plus là où elle résidait car elle avait déménagé suite à une rupture avec son compagnon. A ce moment, nous avons ressenti un sentiment de malaise et nous nous sommes sentis responsable de cette rupture. Nous nous sommes souvenus de lui avoir demandé si c'était la dynamique des rencontres qui avait engendré sa décision. Avec le recul, nous pensons que cette question était guidée par la culpabilité d'avoir fantasmé et ressenti dans la dynamique transférentielle de ces échanges la satisfaction d'être satisfaisant dans la rencontre, et ce, plus que son compagnon ou son père. Elle nous a alors répondu que ces aspects étaient déjà présents dans son esprit quelques temps auparavant. Que le fait d'avoir parlé lui avait fait simplement réfléchir sur elle-même et enfin, que le fait de devenir mère lui avait fait prendre conscience de beaucoup de choses sur ce qu'elle attendait de l'homme avec qui elle voulait partager sa vie.

Enfin, au cours de cette conversation, Alyssée qui devait nous rendre un des trois formulaires de consentement éclairé signé (deux seulement avaient été signés lors du premier rendez-vous) nous a alors proposé de nous rencontrer pour nous transmettre ce formulaire. A cet instant, nous nous souvenons lui avoir répondu que nous ne pouvions pas nous rendre prochainement disponible pour cela et que nous préférions qu'elle puisse le déposer à la Polyclinique Majorelle comme elle l'avait déjà fait pour certains autoquestionnaires auparavant. En revanche, nous lui avons rappelé que nous pourrions lui proposer un retour sur le parcours vécu une fois notre travail de thèse terminé et ce, au sein de la Polyclinique Majorelle. A cet instant nous avons également compris que sous la pression de notre culpabilité, nous nous sommes retranchés à la fois derrière le sentiment d'indisponibilité et derrière un repositionnement du cadre des rencontres dans le but de réinstaurer (sans doute trop tardivement) une forme de distance face à la demande consciente et inconsciente d'Alyssée. Nous lui avons toutefois demandé comment les choses se passaient de son côté et très spontanément, elle nous a expliqué ressentir le besoin de parler à un professionnel du soin psychique et aurait apprécié connaître quelques noms de professionnels intervenant dans la région. Nous nous souvenons lui avoir donné deux noms de femmes psychanalystes et celui d'un homme en lui rappelant que c'était surtout à elle de se positionner vis-à-vis de ces "adresses" en fonction de son ressenti.

Pour finir, nous avons eu premièrement peur que notre refus ait été mal perçu par Alyssée. Elle a toutefois semblé satisfaite de pouvoir se tourner vers une relation thérapeutique où nous espérons qu'elle pourra envisager de questionner ces aspects probables au sein d'un

parcours thérapeutique. La présentation de ces aspects transférentiels effectués, nous pouvons maintenant aborder le positionnement d'Alyssée concernant le devenir mère et la grossesse.

✓ Positionnement concernant la grossesse

L'histoire de la grossesse d'Alyssée est décrite comme *“très chaotique”*. Le couple a effectivement essayé d'avoir un enfant pendant plus de trois années avant qu'Alyssée tombe enceinte. Ces difficultés sont expliquées en partie par un *“souci hormonal”* du côté de Alyssée et une qualité du sperme insuffisante du côté du conjoint. Le tout a été également associé à un manque de sécurité provenant de l'accumulation de l'ensemble des objectifs de vie qu'avait entrepris de réaliser Alyssée. Habituee à ce que les choses ne se passent pas comme cela était souhaité depuis ces trois années, Alyssée ne s'est pas tout de suite réjouie et a attendu d'avoir un rendez-vous médical permettant de confirmer la nouvelle. Après quelques inquiétudes, concernant la présence de l'enfant suite à une échographie réalisée à une période peu propice, la grossesse est confirmée. Néanmoins, cette dernière a été vécue dans l'angoisse de la survenue d'une fausse couche puis encore de la toxoplasmose. Face à ces dernières, le médecin d'Alyssée a su trouver des mots que nous qualifierions de cadrants pour la rassurer par rapport à cet aspect. Alyssée explique avoir ressenti les premiers mouvements suite à la deuxième échographie réalisée avec sa gynécologue. Elle dira à ce sujet en insistant sur le rôle joué par le psychisme dans son vécu : *“ Et en fait jusqu'à l'écho avec la gynéco, la deuxième écho ou elle me dit « vous sentez quelque chose ? ». Ben non pas des masses et je crois que ça a déclenché, comme quoi le mental, le fait d'en parler le lendemain pfiou ça tambourinait, j'ai su ce que c'étaient les coups de pieds etc”*.

Alyssée explique avoir fait l'annonce de la grossesse en premier à sa grand-mère puis à son frère et progressivement à tous les membres de la famille. Cette annonce a toutefois été réalisée plus tardivement concernant sa mère. Cela, pour éviter d'être confrontée à ce qu'elle présente comme une dualité entre une extrême protection et un désintérêt qualifié de *“je m'enfoutisme”*. Le vécu corporel de la grossesse quant à lui est présenté comme satisfaisant (*“moi je m'éclate”*). Il semble néanmoins que la grossesse ait été marquée par un désinvestissement de la sexualité du couple. Toutefois il semblerait que cette sphère soit peu investie : *“c'est pas que c'est pas une priorité loin de là, c'est que ce sont des moments ... super mais pas fréquents, donc quand je dis pas fréquents c'est pas tous les jours c'est pas toutes les semaines, il nous est arrivé déjà pendant un mois, mais au bout d'un mois la on se dit ça va pas du tout la”*.

Le sentiment de maternité d'Alyssée s'est développé très tôt. Elle explique que ce dernier est apparu au cours de la première échographie lorsqu'elle a éprouvé un sentiment de fierté en envoyant une photo de sa fille au deux figures maternelles qu'elle a positivement investies : sa tante et sa grand-mère. Elle proposera d'ailleurs sa définition d'être mère au travers des mots suivants : *“Et c'est toujours dans le côté éducation, émerveillement, je suis toujours émerveillée par les gamins en fait. Je les trouve d'une simplicité dans tout ce qu'ils font qui est géniale. Enfin si on l'attrape quoi, et du coup devenir maman c'est avoir la chance d'accompagner pendant un petit temps un être qui va grandir, qui va devenir une personne en espérant lui apporter un maximum de clefs, d'outils, de cartes pour être multipass [rire partagé] avec tout le côté ... je pense que je vais être une mère poule mais pas castratrice parce que j'ai vécu ça, ça va, je ne reviendrai pas sur ma mère [rire partagé]. Mais ouais j'ai envie, je suis très câline et en même temps vers l'éducation, ouais, c'est ça être maman. Et un accomplissement parce que je me sentirais utile, au-delà de moi-même”*. Le devenir-mère est ici présenté comme un accomplissement apporté à autrui. De même, il semble que ce processus s'inscrive en porte à faux avec ce qui a été réalisé par la mère d'Alyssée. Il est décrit comme un émerveillement et une rencontre vers l'altérité et le développement d'un côté mère poule. De même, nous avons supposé que le désir de devenir-mère d'Alyssée était peut-être construit autour d'une dialectique visant à réparer le lien maternel vécu comme défaillant tout en prenant une forme de revanche sur les difficultés vécues en incarnant l'objet maternel intériorisé comme défaillant. Enfin, Clémentine semble très attendue et elle est déjà pensée comme une fille avec de nombreuses caractéristiques faisant écho à ce qu'Alyssée aurait souhaitée pour elle. Ces dernières caractérisées au sein des grilles de représentation de l'IRMAG semblent être définies comme une association des composantes paternelles et maternelles montrant ici une volonté de transmission basée sur la complémentarité représentée par le couple conjugal.

Pour finir, Alyssée a abordé la question de ses attentes portant sur l'accouchement. Tout d'abord, nous avons noté qu'elle n'aimait pas du tout les piqûres : *“moi j'aime pas les piqûres, je peux voir du sang, des trippes mais alors les piqûres [rires]chacun son domaine”*. Il est possible que cet aspect soit lié au traumatisme induit par les abus sexuels vécus antérieurement. Cet aspect n'a pas pu être exploré en entretien car la notion d'abus sexuel a été abordée tout à la fin de l'entretien à la dernière question. Néanmoins, nous avons pu noter qu'Alyssée faisait appel à *“son côté scientifique”* et donc à l'intellectualisation lorsqu'elle était mise en difficulté par une situation potentiellement anxiogène. En prenant un peu de recul, Alyssée exprime avoir une compréhension théorique du processus d'accouchement mais qu'elle ne peut pas vraiment

savoir quelle expérience elle pourra vivre. Les attentes présentées sont plutôt mesurées même si elle précisera ne pas souhaiter d'intervention et accoucher de la manière la moins médicale possible. Elle nous dira par ailleurs : *“Oui c'est sûr qu'il y a des préférences, oui moi j'aimerais, moins ça va être médicalisé entre guillemets, même si la péridurale je l'attends quand même on va pas s'en priver mais moins ça va être intrusif ou... comment on dit ? C'est pas le terme intrusif mais y'a quand même un trauma de nature chirurgical quoi, voilà. Moins ce sera comme ça mieux ce sera après... on peut pas choisir donc j'espère que ça se passera bien, au mieux, en tout cas pour le bébé, et pour moi”*. A ce moment, nous avons noté la prépondérance prise par le mot intrusif survenu de manière spontanée sans que ce signifiant soit réellement celui correspondant au signifié souhaité. Cette incursion nous a amené à penser que l'effraction était un point de sensibilité probable d'Alyssée. Cela en rappelant la nécessité de s'en préserver et les abus dont elle a été la victime. Nous avons toutefois remarqué ici qu'elle s'inclue tout naturellement dans l'accouchement signifiant qu'elle reste également à l'écoute de son bien-être au cours de ce moment.

Enfin, l'accouchement est aussi représenté comme un moment de perte de contrôle possible : *“Enfin moi après j'ai des ... enfin je suis dans le contrôle quand même donc je me suis dit mais bon sang même si je sais qu'il y a un gros intérêt quand même à avoir ... je vais vous parler très crument ... euh y a un oncle que j'aime pas du tout, que je trouve odieux mais qui n'a pas tort mais qui est vulgaire, qui dit « un bébé faut pas croire, ça naît dans la merde et l'urine ». Et ben oui soit, mais en même temps il y a un intérêt, moi je l'ai vu au niveau microbiologique. C'est pour que le bébé puisse avoir son microbiote qui se met en place et on le voit dans les études entre des bébés qui sont nés par césarienne ou qui sont nés par voie naturelle, on sait qu'il y a un meilleur microbiote, un microbiote maternel et une meilleure immunité parce que c'est le deuxième cerveau au niveau du corps enfin bref. On a tout ce qui se met en place d'où l'intérêt d'avoir peut-être des déjections anales mais côté maternel c'est vrai c'est pas top quand même. J'ai une troupe devant moi qui est en train d'assister à l'accouchement de ma fille, ma fille arrive et je ne vais pas pouvoir retenir, ni mon système urinaire, ni mon système fécal. Super [rires] ! Représenté comme ça tout de suite c'est un peu moins top donc voilà le côté contrôle ça m'embête”*. Au sein de cet extrait, Alyssée exprime ressentir une difficulté relative au fait de perdre le contrôle du système urinaire et fécal. Cet aspect faisant écho à sa nécessité de “cadrer” commentée auparavant semble néanmoins compensé par une capacité à rationaliser et intellectualiser les choses tout en les présentant par

le biais de l'humour. Il est alors possible qu'Alyssée emploie les mêmes mécanismes au cours de son accouchement.

✓ Retour sur l'expérience de l'accouchement

Les premières contractions d'Alyssée se sont déclenchées la veille de l'expulsion vers 16h. Ensuite, vers 22h30 le couple s'est dirigé vers la structure de soin pour accoucher. Alyssée explique ensuite que la péridurale n'a plus fonctionné au moment où la douleur devenait la plus intense ce qui semble avoir engendré une forte déception : *“Ouais moi j'étais très très déçue d'autant plus que ça ne s'est pas terminé comme ça. C'est donc que les ¾ d'heures qui ont précédé la naissance de Clémentine donc pic de douleur à fond donc anesthésiée par la douleur parce que je suis passée de zéro à 100, voire à 300”*. Associé à cette première déception, Alyssée racontera qu'une sage femme lui a fait *“une expression abdominale”*. Cette manoeuvre consistant à pousser fortement sur le haut de l'abdomen pour faciliter la sortie de l'enfant a été très difficilement vécue. Cela car au cours de sa réalisation, la sage-femme a cassé une côte d'Alyssée. Cet aspect ainsi que l'ensemble de la dynamique de l'accouchement n'ont pas été bien vécus.

Tout d'abord, l'attitude supposément contenante de la sage-femme n'a pas été réellement ressentie et Alyssée s'est sentie plutôt agressée au cours de l'accompagnement qui lui était proposé : *“Voilà c'était que ça, des petites réflexions comme ça. « Vous faites du bruit », un petit peu sarcastique, [...] j'ai trouvé qu'il y avait deux trois petites remarques qui étaient un petit peu déplacées, un petit peu sèches, alors que c'est un moment où on est peut-être pas au top de sa forme ni de ses ... voilà ... Emotionnellement y'a une vraie fragilité, physiquement et émotionnellement. Et du coup voilà j'ai trouvé que c'était un petit peu déplacé mais voilà. [...] Mais c'est revenu après je me suis dit mais elle manque vraiment de ... je sais pas, ça se fait pas, pour moi y'a un souci au niveau pro. Et humainement c'est très léger. Voilà du coup elle fait son expression abdominale et puis la puce est née”*. Cette dynamique a été mal vécue par Alyssée. Par ailleurs, elle attribue l'expression abominale à la sage-femme *“son expression abdominale”* montrant ici que cette intervention n'était pas liée à sa volonté mais à celle de la sage-femme plutôt perçue négativement. Elle expliquera juste *“avoir entendu un crac”* mais ne pas avoir eu mal car en l'absence du fonctionnement de la péridurale la douleur de l'accouchement masquait tout le reste. Clémentine est donc née à 4h40 du matin.

Alyssée a également eu une épisiotomie. Elle ne parlera pas du moment de sa réalisation. En revanche elle a expliqué avoir été recousue pendant 25 minutes “à vif” car la péridurale ne fonctionnait pas. A ce sujet, Alyssée dira que “ça commençait à piquer sérieusement”. Cette expression nous a spontanément fait penser à sa peur des aiguilles que nous avons reliée au vécu d’abus sexuel passé. Nous avons également été interpellé par le fait que la réfection de l’épisiotomie n’ait pas été réalisée sous anesthésie. Cela, notamment parce que cet aspect est très largement rappelé et recommandé dans les manuels d’obstétrique. Cet épisode marquera alors la fin du discours portant sur l’accouchement.

Au niveau du discours, nous pouvons observer ici une production discursive incarnée et portée par des affects. Alyssée s’énonce ici en tant que principale sujet de son expérience suggérant une capacité de mentalisation affirmée et active au moment de l’évènement. L’accouchement semble toutefois avoir été teinté de nombreux aspects négatifs. D’une part le vécu de douleur a été négativement vécu. D’autre part, il est possible que la relation entre la sage-femme et Alyssée n’ait pas été marquée par la contenance et que cette dernière ait été marquée par une forme d’agressivité. Enfin, l’emploi de l’expression abdominale, la survenue d’une côte cassée, et la longue réfection de l’épisiotomie recousue en l’absence d’anesthésie semblent avoir coloré très négativement le vécu de l’accouchement. L’épisiotomie n’est ici pas commentée tout comme le premier contact avec l’enfant. Dans le discours, il semblerait effectivement que la dynamique de l’accouchement s’arrête au moment de l’expression abdominale. L’intervention de cette manœuvre a probablement privé Alyssée du sentiment de contrôle nécessaire à l’embodiment lié à l’expérience de l’accouchement : “elle a fait son expression abdominale et la puce est née”. Nous pouvons également remarquer que le conjoint n’est pas du tout évoqué dans le discours et, au final, Alyssée reste focalisée sur les aspects négatifs de l’accouchement qui n’est pas présenté comme un moyen pour rencontrer Clémentine mais plutôt comme un processus uniquement composé de moments négatifs. La satisfaction liée à l’expérience de l’accouchement semblait alors très compromise. Sur ce point, le taux de satisfaction lié à l’accouchement et évalué au WOMBLSQ4 était de 51%. Les sous-dimensions les plus impactées ont été celles évaluant le lien aux soignants.

✓ Retour en chambre et premier jour suivant l’accouchement

Le retour en chambre suite à l’accouchement a été vécu difficilement. Alyssée semble avoir vécu l’attente jusqu’au diagnostic mettant en évidence la présence de sa côte cassée comme une négligence de l’équipe médicale : “Les sages-femmes qui sont passées dans la

chambre, qui sont venues me voir, matin/midi/soir et encore, sur les trois jours où je suis restée à la mat m'ont demandé à chaque fois « et ça va ? la cicatrice au niveau de l'épissio ça va ? » et à chaque fois je disais ben c'est pas là que j'ai mal. Moi j'étais vraiment focalisée sur la zone qui me faisait mal et c'est pas ça qui me gênait le plus, c'était gênant mais par rapport à la douleur que j'avais à la côte c'était pas la même chose''. Ici, nous pouvons voir que la douleur engendrée par la côte cassée supplante totalement le vécu en suite de couche mais aussi le vécu de l'épisiotomie. Nous nous souvenons que cette phrase nous a enjoint à peu parler de l'épisiotomie et laisser le discours portant sur le diagnostic difficile de la souffrance physique d'Alyssée s'exprimer pour ne pas reproduire avec nos questions la situation déjà vécue avec les sages-femmes. Le diagnostic de la situation s'est passé après qu'Alyssée ait insisté sur la présence de sa douleur. Elle exprime avoir premièrement perçu une forme de minimisation de l'expression de ses ressentis suivis par une affirmation plus poussée de son ressenti (*''Ah ben c'est normal c'est abdominal''*, première journée comme ça, puis ça c'était tôt le matin du coup parce qu'elle est née à 4h et des cacahuètes et du coup le soir j'ai dit « non j'ai vraiment mal »''). Ce dernier et l'explication du bruit entendu lors de l'expression abdominale permettront de fournir un diagnostic et une reconnaissance médicale à la souffrance éprouvée par Alyssée en suite de couche.

Malgré une forte contenance offerte par l'équipe médicale, Alyssée n'a pas reçu la visite des deux intervenants ayant exercé le jour de l'accouchement : *'' Et j'ai eu le droit au défilé de tout le monde sauf la sage-femme concernée et l'obstétricien concerné [...] Voilà, et donc du coup il est même pas venu, il s'est pas déplacé. Et elle non plus. Et tout le monde s'est excusé pour ce qu'il s'était passé. Mais j'ai dit « c'est très gentil mais c'est pas de votre faute à vous déjà ». Et j'ai eu écho que cette sage-femme était très peinée, qu'elle en avait beaucoup pleuré mais bon venir s'excuser ou au moins prendre de mes nouvelles ça aurait été plus judicieux que de pleurer dans son coin''*. Le vécu d'Alyssée montre d'une part que la contenance institutionnelle apportée par l'ensemble du personnel n'a pas pu compenser la logique interindividuelle qui semble manquer au sein de cette dynamique. Alyssée aurait souhaité des excuses ou même simplement communiquer avec la sage-femme. Nous nous sommes toutefois interrogés sur la dynamique transférentielle opérée entre Alyssée, l'obstétricien et la sage-femme. Nous suggérons ici l'idée que ces deux professionnels ont été investis en fonction des images parentales peu tournées vers l'expression des affects et n'ayant jamais apporté d'excuses aux situations vécues dans le passé. Le besoin de réparation d'Alyssée semble alors s'exprimer

ici avec vivacité. Il ne sera toutefois pas suivi de quérulence et le souhait d'être réparée au travers d'un échange avec au moins un des deux intervenants n'a pas été réévoqué.

Il semble alors que le vécu difficile induit par l'expression abdominale ait supplanté l'ensemble des aspects liés au retour en chambre. Aussi, les visites ne sont pas évoquées. Le rôle du conjoint semble avoir été scotomé et le début de la construction de la relation entre Clémentine et Alyssée ne sont pas abordés. Cet aspect nous a particulièrement interpellé car ordinairement il s'agit des points culminants du discours des femmes concernant cette période. Il est alors possible ici que soit le vécu difficile induit par la côte cassée d'Alyssée ait supplanté ces aspects mais il est aussi possible que la rencontre avec Clémentine ait été peu investie à ce moment et que le conjoint se soit peu impliqué. Nous n'avons pas eu accès à cet aspect spécifique dans le discours et nous ne pouvons alors que maintenir la potentialité de chacune de ces interprétations.

✓ Conséquences de l'accouchement sur le vécu postnatal

La dynamique du discours présenté par Alyssée lie fortement le vécu post-accouchement avec les conséquences engendrées par la côte cassée. Elle expliquera entre-autres avoir eu quelques difficultés dans les soins vis-à-vis de Clémentine. Nous avons remarqué qu'Alyssée ne rentre pas nécessairement dans le registre émotionnel pour aborder ces aspects. De même, elle ne semble pas s'appuyer sur le registre de la plainte. Elle présente alors les conséquences vécues comme des faits cliniques voire sémiologiques contrastant avec sa volonté d'avoir un accouchement le moins médicalisé possible. Ces faits sont majoritairement rationalisés et minimisés grâce à l'emploi de nombreux mécanismes de défense secondarisés de type annulation rétroactive, formation réactionnelle contre l'agressivité ou encore rationalisation. Leur présence montre ici à la fois la colère ressentie, mais aussi sa capacité à y faire face : *‘‘Ah ben les conséquences, c'est pour ça j'avais mal et puis en plus sur le côté j'avais énormément de mal à la prendre parce que c'était donc ce côté-là enfin ça a été ... pendant le premier mois et demi ça a été compliqué’’*. [...] *Ça a été et puis en même temps moi j'étais dans l'optique de me dire c'est super chiant, voilà, c'est un fait, on va pas non plus gaspiller de l'énergie à lutter contre, c'est un fait. Et au-delà de ça ben j'ai eu du paracétamol et je vais faire avec et puis ça va aller vers du mieux. Et c'est passé ouais. J'aurai tendance à dire que le premier mois a été dur. Après au bout de 6 semaines ça allait quand même’’*.

Bien que supplantée par les conséquences liées à la côte cassée, l'épisiotomie a été également abordée. Alors que cette dernière n'avait été commentée qu'en rapport avec la suture, ses conséquences seront premièrement décrites à l'aide d'un procédé de type défense contraphobique très vite associé à une forme de rationalisation : *“Ce que j'ai dit aux copines qui sont venues, aux copines, famille etc. on en a rigolé tout de suite hein. Ce que j'ai dit c'est que j'avais le derrière en pâquerette. J'imaginai ... [rire de CC] 25 minutes à être recousue j'imagine que c'est pas juste une petite ligne. Et donc du coup c'est juste la sage-femme qui m'a dit ça va la cicatrice est belle, voilà”*. Cette dynamique nous semble particulièrement importante. Effectivement toutes les situations provoquant angoisses, fortes inquiétudes ou colère chez Alyssée ont été présentées au cours des entretiens par le biais de l'expression *“c'est rigolo”*. Cette manière de se défendre contre l'angoisse se retrouve directement médiatisée ici dans le discours portant sur l'épisiotomie. La présence de ce mécanisme de défense montre ici une certaine difficulté inconsciente vécue par Alyssée. Cette dynamique est par ailleurs suggérée derrière l'expression *“j'imagine que c'est pas juste une petite ligne”* montrant à la fois l'appréhension et la fantasmatisation d'Alyssée concernant l'effet de l'épisiotomie sur le corps et le fait qu'elle n'ait pas cherché à vérifier par elle-même.

Sur cet aspect précis, bien que généralement suggéré par l'équipe médicale, Alyssée n'a pas procédé à la vérification visuelle de la cicatrice de l'épisiotomie. Cette dernière semble avoir été exclue, comme si le corps meurtri ou blessé induisait l'apparition d'une représentation rejetée par Alyssée. Nous pouvons particulièrement observer les difficultés exprimées au travers d'un discours cette fois-ci cadré et truffé de mécanismes de défenses : *“Voilà mais j'ai pas voulu l'imaginer outre mesure voilà.-CC : Pourquoi d'ailleurs ? Vous n'avez pas voulu regarder ? Ou même encore aujourd'hui ? -PI : Ouais non c'est pas ... je préfère me fier à mon ressenti, voilà. Non j'ai pas eu de curiosité à ce niveau-là. Moi je suis assez sur les faits, c'est bon. Ils m'ont coupé, ils m'ont recousu, apparemment les sutures sont bien, tout va bien. Le ressenti ben y'a quand même la rééducation qui va aider donc tout va aller pour le mieux après”*. Au sein de cet énoncé, inhibition, rationalisation, intellectualisation, formation réactionnelle, annulation rétroactive et même pensée magique sont employés afin de préserver Alyssée d'un vécu inconscient probablement anxiogène. Lorsque nous écrivons ces lignes, nous avons supposé que l'évitement de la vision de la cicatrice pouvait être liée à l'évitement de la vue d'un sexe marqué par l'effraction ; ce dernier pouvant possiblement faire échos aux abus vécus antérieurement par Alyssée.

Le vécu de l'épisiotomie reçue par Alyssée ne semble pas avoir invoqué de douleurs spécifiques. Ces dernières seront qualifiées de gênes tout en rappelant que la côte cassée était la principale préoccupation d'Alyssée. Cependant, il semble que l'incision du périnée ait entraîné l'apparition de difficultés sexuelles. L'intimité sexuelle qui était déjà assez entravée au cours de la grossesse a donc été reprise *“tardivement”* et cette dernière était considérée comme *“quantitativement pas correct(e), qualitativement pas correct(e)”*. Plus précisément, Alyssée nous expliquera avoir expérimenté l'angoisse que la cicatrice se distende ou se réouvre : *“Une peur par rapport à, moi j'avais ... une peur, légère parce que ça m'a pas empêché, mais une peur légère de venir distendre ou de venir ... j'avais peur au niveau de la cicatrice, c'est pas que ce soit pas solide parce que je suis raisonnable et raisonnée, que je connais le soin et que je savais que ça avait cicatrisé. Mais qu'il y ait une sensibilité autre”*. Cette peur bien spécifique liée à l'épisiotomie et sa trace cicatricielle a également été invoquée comme un des freins au bon fonctionnement de l'intimité sexuelle du couple : *“Oui ça manque du coup ... alors je sais pas, je me dis du coup la libido prend une claque, y'a la cicatrice, tout est là finalement pour que ça se passe pas bien et qu'il y ait peut-être pas ces sécrétions là ou que ce soit asséchée”*.

Plus loin dans l'entretien, Alyssée nous proposera alors une interprétation de son vécu. Cette dernière sera également associée à une interprétation de sa part portant sur les raisons supposées de la réalisation de l'épisiotomie :

“Ouais. Je pense qu'il y a l'acte. Je pense qu'il y a quelque chose qui est ... qui est pas naturel, et puis du coup ... et qu'on maîtrise pas non plus, et puis qu'on voit pas non plus naturellement, je pense qu'il y a plein de choses qui font qu'il y a une distance et qu'on sait pas trop. Je pense qu'il y a ça, euh ... ouais, une crainte ... puis y'a eu, y'a eu une intervention donc... ça veut dire qu'il y a eu un changement donc voilà. Et puis oui, je reviens sur ce que vous avez dit psychologique ou physique ... parce qu'il y a une attente ou y'a une imagination autour, y'a quelque chose qui se passe. On ne voit pas ce qui se passe mais on sait qu'il y a une personne qui nous fait quelque chose. Au bout d'un moment, y'a des choses qui tournent en haut. Moi je suis d'accord il y a un impact psychologique. Et d'ailleurs je l'ai bien senti que quand on a repris ... entre guillemets, les câlins, y'avait cette angoisse-là et qui n'était pas justifiée, c'était pas fondé finalement, je me suis rendu compte que c'était pas fondé. Mais une peur. Alors c'est bien que c'est logé en haut c'est pas physique”.

Au cours de ce long extrait, Alyssée nous a relaté l'ensemble des difficultés qu'elle a ressenties au niveau de la survenue de l'épisiotomie. Tout d'abord, elle insiste sur l'idée que cette procédure n'est "*pas naturelle*" mais aussi sur l'idée de "*perte de maîtrise*". Pour Alyssée, ces deux aspects ont amené l'apparition des craintes intimes que nous avons présentées un peu plus haut. De même, elle semble lier le mot "*intervention*" avec "*changement*". Ici, il est possible que derrière l'association de ces deux mots soit induit l'idée d'effraction et son potentiel effet. Aussi, lorsqu'Alyssée commente cet effet induit par l'épisiotomie, elle a évoqué la présence de fantasmatisation (qu'elle appelle "*imagination*") liée à la réalisation de l'acte. La phrase "*on ne voit pas ce qui se passe mais on sait qu'il y a une personne qui nous fait quelque chose*" nous semble extrêmement importante. Effectivement, elle semble aborder deux aspects. Premièrement, au cours de l'épisiotomie, le vécu corporel a été dissocié du visuel ce qui a induit l'apparition de fantasmes spécifiques pour Alyssée. Nous n'avons pas eu accès à ces fantasmes mais ces derniers sont directement liés à la notion de "*câlins*" montrant que l'intimité et la sexualité ont été concernés. Il est par ailleurs probable que les abus sexuels vécus par Alyssée aient pu être invoqués au cours de cette situation. Cette survenue du passé par le biais d'un processus de répétition pourrait alors avoir été suggérée par l'expression le mot "*il y a une attente ou y a une imagination autour*". Si tel était le cas, nous pourrions suggérer que ce mot aurait pu être entendu comme le reflet d'une identification à l'agresseur passée. Nous n'avons pas exploré plus précisément cet aspect car cet entretien s'est déroulé dans le cadre d'une étude exploratoire, mais aussi parce qu'il nous a fallu du recul pour essayer de saisir plus finement les enjeux sous-jacents aux dires d'Alyssée.

Deuxièmement, nous retrouvons également la notion d'effraction associée à une dissociation corps/esprit. Cette dernière est également suggérée dans la reprise des signifiants "*psychologiques*" et "*physiques*" qui ont été interprétés comme le reflet d'une dissociation réalisée par l'acte de l'épisiotomie (alors qu'initialement nous avons utilisé ces mots dans la relance précédente pour caractériser l'origine possible des difficultés de lubrification). Alyssée a alors conclu son discours en soulignant que l'ensemble de ses difficultés n'étaient pas logées dans le vécu physique. Elle a expliqué que ses peurs n'étaient pas fondées sur la réalité physique et qu'en conséquence elle avait compris qu'elle avait mal vécu l'épisiotomie au niveau psychique.

Pour finir Alyssée a proposé une interprétation portant sur la réalisation de l'épisiotomie qui lui a été faite :

“Ouais puis j’ai lu des trucs aussi. Je me dis c’est quelque chose de naturel l’accouchement, on sait que y’a déjà des choses au niveau hormonal ou autre qui font qu’il y a déjà peut-être plus de ... et que justement une déchirure est peut-être naturelle et que là l’intervention ben ça facilite l’affaire, mais pour qui ? Moi je me positionne comme ça donc ... -CC : Hmmh hmmh. -PI : Hein voilà on le sait, en plus je sais en plus, voilà je suis pas un lapin de six semaines. Avant même d’être enceinte j’avais lu des choses sur l’épisio. On sait que voilà dans les cliniques, dans les machins, dans certains endroits de France, y’a plus d’épisio parce que ça va plus vite, parce que c’est plus sûr, parce que ceci, parce que cela. Bon ben c’est pas pour la maman hein. Moi quand l’épisio a été faite je me suis dit c’est pas possible c’est le petit déj, ils ont faim ou quoi ? Et franchement, je me suis dit c’est l’apéro du matin. Voilà ma pensée ça a été ça, faut aller vite parce qu’il y a un truc.- CC : Ouais ? -PI : Et c’était pas pour la petite”.

Derrière ce discours, nous pouvons entendre le reflet de certaines conceptions sociologiques ayant opposé accouchement médicalisé et accouchement physiologique. Dans le contexte complexe où Alyssée a été placée du fait de sa côte cassée, cette dernière suggère alors que l’épisiotomie qui a été réalisée n’était pas nécessaire et que cette dernière n’a pas été réalisée en fonction de son état de santé. Comme Alyssée ne pouvait pas être en possession d’éléments concrets menant à ses conclusions, nous faisons ici l’hypothèse que la nature de la relation transférentielle qui la nouait aux intervenants médicaux lors de son accouchement a conduit à cette fantasmatisation marquée par l’idée de négligence. Cette dernière est suggérée de manière humoristique (encore une fois probablement pour masquer le vécu de colère) par l’idée que les professionnels de santé auraient été négligeants et ce, pour leurs besoins personnels (petit-dej, apéros). Il est d’ailleurs probable que l’idée de l’équipe médicale prenant un apéro sur le lieu de travail à 4h40 du matin soit liée à la réactualisation du transfert concernant les imagos parentals (et notamment paternel dont les soucis d’alcool ont été d’ailleurs été évoqués, au premier entretien, comme cachés et réalisés sur le lieu de travail).

En somme l’ensemble des énonciations que nous avons présentées montre qu’Alyssée a plutôt mal vécu la survenue de l’épisiotomie et que ce vécu est ici spécifiquement psychologique (en l’absence de difficultés physiques). La richesse des énonciations concernant le vécu du moment de l’épisiotomie montre tout d’abord la présence d’une capacité de mentalisation affirmée que nous avons pu confirmer grâce à l’évaluation apportée par le test de Rorschach. Nous avons également pu noter que les symbolisations maternelles d’Alyssée étaient peu affirmées montrant ici qu’il était plus difficile d’invoquer un sentiment de

contenance assez souple pour se défendre contre l'effraction de l'épisiotomie. Cet aspect semble également lié aux difficultés la liant avec sa mère. De même, il semblerait que la reviviscence transférentielle éprouvée au cours de l'accouchement ait amené Alyssée à considérer le moment de la réalisation de l'épisiotomie comme le reflet d'une négligence médicale. Enfin, Alyssée a vécu de nombreuses peurs et angoisses liées au vécu intime. Hormis le fait que la vision de l'intimité ait été évitée et que cette dernière soit chargée d'angoisses, nous avons pu remarquer la présence de la peur que la cicatrice se réouvre mais aussi une forme de reviviscence traumatique potentielle faisant écho à l'effraction suggérée par l'épisiotomie.

✓ Le vécu maternel d'Alyssée

En dehors des conséquences de l'accouchement qui ont été largement commentées, nous avons pu noter qu'Alyssée avait très rapidement perdu du poids. Un aspect qui lui a permis de se sentir rapidement à l'aise au niveau corporel : *‘‘Non ça va, je sentais que j'avais déjà perdu de la flotte. Et si je me suis fait la réflexion je me suis dit ah là là j'ai retrouvé mes pieds. Au bout d'un mois même pas voilà, je saurai pu dire mais rapidement. Donc j'avais plus ces pieds gonflés, là je retrouvais une certaine finesse entre guillemets, tout est relatif mais voilà j'arrivais à retoucher mes os, à me dire c'est fini quoi’’*. En revanche, vers 2 mois et demi après l'accouchement, Alyssée a commencé à ressentir la présence de nombreuses peurs et angoisses. Ces dernières ont été poursuivies par la peur de faire du mal à sa fille :

‘‘J'ai eu, j'ai été ultra-sensible à toutes les horreurs qu'on entend à la radio, les informations terribles, les enfants qui sont abusés qui sont massacrés, tous les soucis de terrorisme ça a été infernal. Et en fait j'avais peur de lui faire du mal. -CC : Ouais. -PI : Et en fait ouais vraiment j'avais peur de lui faire du mal et je me suis dit c'est une petite chose, c'est ma puce mais c'est une petite chose toute fragile que je pourrai faire ce que je veux. Je pourrais faire ce que je veux. Et comme moi-même j'ai été abusée ben vous voyez ... je me suis dit mais en fait où se situe ... est-ce que je vais passer à l'action ? Vous voyez, là pour le coup, baisse hormonale, fatigue, de l'hyper-fragilité et ça a commencé à me faire peur parce que c'était hyper récurrent et du coup j'ai commencé à me poser des questions et à me dire voilà est-ce que ... on va scinder les choses, y'a la peur et y'a les faits, et dans les faits tu fais rien, tu veux la protéger et ça te rendrait malade’’.

L'apparition de cette peur semble être à la fois construite en écho de l'abus sexuel qu'a vécu Alyssée lorsqu'elle était enfant. Mais aussi, nous suggérons que le fait de devenir mère et

le processus identificatoire qui a associé Alyssée à sa mère décrite comme intrusive, faisant du chantage ou encore ayant fait du mal est à l'origine de l'apparition de ces symptômes. Cette dynamique semble s'être jouée dans un rapport unique entre Clémentine et Alyssée, et à nouveau, le compagnon est très peu évoqué dans le discours. Cette situation s'est peu à peu estompée à la suite de l'emploi de techniques cognitivo-comportementales probablement héritées de la thérapie passée d'Alyssée : *“J'ai réussi à contrecarrer les idées automatiques négatives en reformulant différemment, de façon positive et en cadrant le traumatisme”*. Ainsi, en accédant au statut maternel, Alyssée a été marquée par l'idée que devenir mère signifiait aussi prendre la place de sa mère et être de fait une personne source d'abus.

La réponse apportée à la planche VII du test de Rorschach montre très bien cette dynamique : *“c'est une demoiselle avec sa queue de cheval en hauteur. C'est comme si elle tombait dans le vide mais elle se regarde je pense dans un miroir. Et puis on voit son cou ici, le début de son torse. Et puis voilà son ombre ici mais là je vois une demoiselle en fait avec son reflet”*. Tout d'abord nous pouvons remarquer que pour la première fois Alyssée projete une image féminine à cette planche. Cette image est associée à un attribut phallique signe que la demoiselle en question est probablement Alyssée elle-même. Si tel est le cas, Alyssée se représenterait comme *“tombant dans le vide mais elle se regarde je pense dans un miroir”*. Nous pensons ici que cet extrait fait directement écho à la dynamique identificatoire d'Alyssée. Cette dernière représentée par le miroir, invoque alors l'émergence d'une faille et d'une inconsistance profonde amenant Alyssée à être engloutie par une angoisse de perte d'objet. De même, la suite de la réponse semble invoquer une certaine dualité exprimée par Alyssée. D'une part, elle parlera de l'ombre de la demoiselle que nous relions à la peur de faire du mal à sa fille et que nous avons interprété comme un désir identificatoire inconscient provenant de l'établissement de l'identité maternelle, et induisant une répétition du vécu difficile passé opérée autour d'une identification à l'agresseur (qui est ici l'objet maternel). D'autre part, la demoiselle elle-même se reflète. L'ensemble de cette dynamique semble également indiquer la présence d'une forme de clivage chez Alyssée.

Pour finir, il semblerait que le fait de devenir mère ait aussi entraîné une mise en perspective des comportements parentaux d'Alyssée. Une année après l'accouchement, ces derniers ont été jugés assez négativement. Alyssée relie alors son positionnement avec l'incompréhension engendrée par le fait qu'elle n'aurait jamais pu faire preuve de tels comportements vis-à-vis de Clémentine. Par ailleurs, il semblerait que Clémentine soit particulièrement investie voire idéalisée *“elle est tellement parfaite on a pas besoin d'un*

deuxième’’. Le devenir mère semble avoir permis d’apporter du sens à Alyssée. Là où auparavant il y avait carence, aujourd’hui il semblerait qu’il y ait retournement en son contraire ce qui expliquerait pourquoi Clémentine est si particulièrement investie. Il semblerait toutefois que cette dynamique ait en parallèle éloigné le compagnon d’Alyssée. Une distance semble s’être effectivement installée au niveau du couple et cette dernière s’est en partie exprimée par le biais d’une sexualité quasiment absente. Nous pourrions suggérer sur ce point que le devenir mère ayant permis à Alyssée d’engager un dialogue avec l’imago maternel, elle ait moins ressenti le besoin de retrouver cet aspect au sein de sa relation amoureuse que nous avons supposée comme étant une répétition du lien à la mère.

✓ Conclusion

Alyssée nous a fourni un matériel clinique extrêmement dense. Au travers de cette étude de cas que nous avons particulièrement approfondie, nous avons pu mettre en évidence l’ensemble du vécu inhérent au devenir mère. Ce dernier a été marqué par un vécu de l’épisiotomie particulièrement éloquent et lié à la problématique subjective d’Alyssée. Aussi, au travers de ce processus, nous avons pu à la fois exemplifier les résultats provenant de nos analyses quantitatives et qualitatives, mais aussi rappeler que le vécu transférentiel et la subjectivité de chaque patiente sont tout aussi importants. Pour finir, nous souhaitons rappeler la nécessité que représente l’étude de cas dans l’appréhension de dynamiques spécifiques complexes impliquées au sein d’un processus aussi complexe que la grossesse, l’accouchement et le devenir mère.

DISCUSSION

Tout au long de la partie résultats, nous avons méthodologiquement commenté chacun des points pertinents isolés par nos analyses (quantitatives et qualitatives). Nous avons également proposé une discussion argumentée permettant d'isoler les aspects saillants de nos résultats mais aussi l'interprétation de ces derniers. Aussi, soucieux de ne pas donner à cette partie discussion une allure métonymique, nous avons premièrement décidé de résumer l'ensemble de notre démarche en fonction du regard que nous pouvons apporter sur les implications réciproques potentielles de ces résultats. Puis, nous proposons un commentaire portant sur les implications potentielles des résultats que nous avons pu apporter par le biais de notre étude.

1. Retour sur les résultats obtenus

La démarche que nous avons employée au sein de ce travail de thèse s'est appuyée sur une méthodologie comparative et longitudinale visant à étudier l'impact psychique de l'épisiotomie au niveau conscient et inconscient. Ce travail de recherche s'est articulé autour de trois démarches consécutives présentées au sein de notre écrit et constituant les trois axes de cette partie : l'analyse exploratoire, l'analyse explicative et l'étude de cas.

1.1. Analyse comparative exploratoire des effets de l'épisiotomie en tant que mode d'accouchement

Un premier temps s'est appuyé sur la mise en place d'une analyse exploratoire de l'impact psychique de l'épisiotomie. Son but était d'isoler les grandes tendances concernant l'épisiotomie et ce, en comparant cette pratique avec les autres modes d'accouchement (césarienne, déchirure d'incidence équivalente et périnée intact ou pseudo-intact). Les hypothèses que nous avons explorées nous ont permis de mettre en évidence certains aspects liés à l'épisiotomie et parfois confirmer l'absence d'éléments spécifiques.

Parmi les principaux résultats marquants, nous avons d'abord remarqué que l'épisiotomie était significativement plus associée à la survenue de douleurs mais aussi de dyspareunies notamment au cours des 3 premiers mois suivant l'accouchement (*hypothèse 3a*

et 3b). Cette association a également été retrouvée dans une moindre mesure au niveau des naissances ayant impliqué la survenue de déchirures équivalentes au groupe épisiotomie. Il est probable que cet aspect ait potentiellement entraîné l'expression d'une satisfaction liée à l'accouchement significativement moins élevée pour les naissances comportant une épisiotomie ou une déchirure équivalente (*hypothèse 2*). Néanmoins, il ne semble pas que la prévalence du vécu douloureux ou dyspareuniqué entraîne préférentiellement l'apparition de stress et d'anxiété après l'accouchement (*hypothèse 5*), ni une baisse de la qualité de vie mentale ou physique (*hypothèse 1*). Cela, même si nous trouvons pertinent de rappeler la présence d'une tendance, non significative, associant spécifiquement baisse de la qualité de vie mentale et épisiotomie 3 mois après l'accouchement.

Plus spécifiquement, l'épisiotomie n'entraîne pas plus que les autres modes d'accouchement l'apparition de fluctuations intervenant au niveau du sentiment de féminité et maternité, même si l'étude de ces aspects est complexifiée par la période périnatale (*hypothèse 8*). De même, l'épisiotomie n'engendre pas préférentiellement l'apparition de PTSD 1 an après l'accouchement (*hypothèse 7b*) ni celle de traumatismes psychiques caractérisés (*hypothèse 7a*). Ces aspects ont toutefois été contrastés par le fait que nos réflexions qualitatives ont pu montrer que l'incision du périnée était perçue comme une effraction.

Notre approche exploratoire a également pu montrer que les femmes ayant reçu une incision du périnée ne semblent pas plus angoissées que celles ayant accouché autrement (*hypothèse 4a*). Cela, même si nous avons pu mettre en évidence la présence d'angoisses spécifiques liées à la survenue d'une épisiotomie comme la peur que la cicatrice se réouvre ou encore des craintes portant sur le domaine sexuel et intime. L'étude réalisée n'a également pas mis en évidence d'effet spécifique de l'épisiotomie sur l'image du corps comparé aux autres modes d'accouchement (*hypothèse 4b*). Pourtant, l'analyse qualitative des entretiens nous a encore une fois montré la présence de nombreuses difficultés associant vécu corporel et épisiotomie. Ces aspects gagneraient à être approfondis par la réalisation d'études qualitatives ultérieures.

Dans la continuité de notre démarche, nous avons premièrement montré que les femmes ayant reçu une épisiotomie reprenaient la sexualité bien plus tardivement que les autres. En revanche, il n'a pas été possible de montrer que, comparée aux autres modes d'accouchement, l'épisiotomie entraînait préférentiellement l'apparition de dysfonctionnements sexuels (*hypothèse 3c*). A nouveau, l'analyse qualitative a identifié une tendance contraire. L'étude

menée a effectivement identifié la prévalence de difficultés de lubrification et modifications au niveau des sensations, spécifiquement liées à la survenue de l'épisiotomie. De même, la présence d'angoisses somatopsychiques, identifiées à l'analyse clinique des entretiens obtenus, semble plus facilement entraver la reprise d'une intimité vécue comme satisfaisante.

Enfin, l'épisiotomie comme la césarienne semblent toutes deux préférentiellement associées à la survenue de dépressions, contrairement aux deux autres modes d'accouchement (*hypothèse 6*). Il a été supposé que dans le groupe épisiotomie, l'association de la douleur, de la dyspareunie et la présence des effets isolés à l'analyse qualitative (angoisses somatopsychiques liées à la cicatrices, difficultés sexuelles...) pouvaient entraîner ce vécu spécifique. Pour finir, à l'instar de la survenue d'une déchirure d'incidence équivalente, l'épisiotomie est plus difficilement vécue qu'une césarienne ou une naissance par voie basse laissant le périnée intact ou pseudo-intact (*hypothèse H7a*).

1.2. Analyse explicative : comparaison des femmes ayant un vécu difficile et non difficile lié à l'épisiotomie

Afin de pouvoir apporter une réflexion portant sur les facteurs intrapsychiques induisant l'apparition d'un vécu de l'épisiotomie considéré comme plus difficile, nous avons réalisé une deuxième analyse à visée explicative. Pour ce faire, dans le groupe de femmes ayant vécu difficilement une épisiotomie, nous avons comparé les caractéristiques de celles ayant vécu difficilement la survenue de l'incision du périnée à celles n'ayant pas ressenti de difficultés.

Notre analyse a tout d'abord montré que la présence d'attentes, de peurs concernant l'accouchement ou la survenue d'une épisiotomie n'ont pas eu d'effet sur le vécu des participantes (*hypothèse 9, hypothèse 10a et hypothèse 10b*). Nous avons toutefois noté une légère tendance montrant que la présence de la peur de l'accouchement semble préserver légèrement les femmes de l'apparition d'un vécu difficile lié à l'épisiotomie, mais ce dernier n'était pas significatif. En raison d'un aspect méthodologique (aucune variance), notre étude n'a pas pu évaluer l'effet induit par le soutien du compagnon (*hypothèse 11*). Néanmoins le soutien médical ne semble pas avoir induit d'effet particulier concernant le vécu de l'épisiotomie (*hypothèse 12*). Cette variable étant difficilement évaluable, nous pensons que cette hypothèse présentait quelques faiblesses méthodologiques. Elle ne pouvait donc pas forcément refléter les résultats apportés par l'analyse de l'ensemble des entretiens montrant que cette composante semble finalement bien influencer le vécu de l'épisiotomie mais aussi le vécu

global de l'accouchement. De même, nos réflexions qualitatives ont pu montrer que la recherche de consentement et l'instauration d'un dialogue portant sur l'épisiotomie sont souhaités par de nombreuses femmes. Enfin, il semble que l'absence de ces deux éléments engendre une forme d'insatisfaction et l'apparition d'interprétations négatives portant sur l'épisiotomie.

Le travail de recherche explicatif s'est aussi attaché à explorer l'impact potentiel d'éventuels antécédents dont la présence pourrait entraîner une collusion fantasmatique avec la survenue d'une épisiotomie et, à terme, l'émergence d'un vécu difficile. Malgré une faiblesse méthodologique apportée par la faible variance observée sur certaines hypothèses, nous avons pu noter que la présence d'antécédents traumatiques (*hypothèse 13a*), celle d'un viol passé (*hypothèse 13b*), mais aussi la survenue d'une menace d'accouchement prématuré (*hypothèse 13e*) ne semblaient pas avoir influencé le vécu de l'épisiotomie. Nous pensons ici qu'il est très important d'être précautionneux avec ces conclusions. Effectivement, un traitement quantitatif a été réalisé sur un très faible échantillon. De même la non mise en évidence d'effet significatif peut être liée à la fois à la méthodologie employée, aux catégories utilisées derrière le mot traumatisme et à l'analyse réalisée. Au cours de notre étude de cas, nous avons fortement supposé que le vécu effractant de l'épisiotomie avait pu faire écho à la survenue d'un abus sexuel antérieur pour une des participantes que nous avons rencontrées. Seulement, cette mise en évidence n'a pu être réalisée qu'au travers d'une analyse bien spécifique portant sur les dimensions conscientes et inconscientes du sujet. Au cours de notre étude explicative, nous n'avons pas pu fonctionner de cette manière et, en conséquence, nous sommes uniquement restés focalisés au niveau du discours conscient du sujet. Aussi, afin d'éviter une interprétation hative de ces données, il est important de rappeler que cette partie de notre analyse a été uniquement réalisée sur la dimension consciente des entretiens. En conséquence, elle n'a pas porté sur une analyse approfondie de la dynamique inconsciente portée par chaque patiente. Enfin, même si cette donnée n'était pas significative, nous avons pu montrer que la présence d'une grossesse arrêtée antérieure avait tendance à préserver les femmes d'un vécu difficile de l'épisiotomie (*hypothèse 13c*). Nous avons toutefois émis quelques réserves méthodologiques sur cette interprétation nécessitant la mise en place d'études ultérieures confirmant ces résultats.

Une dernière partie de notre travail a porté sur les liens potentiels existant entre le processus de mentalisation et l'épisiotomie. Ainsi, nous avons pu montrer que le vécu de l'épisiotomie était significativement corrélé à la qualité de la mentalisation des femmes

(hypothèse 15). Plus précisément, nous avons pu montrer qu'une bonne qualité de mentalisation avait tendance à entraîner l'apparition d'un vécu difficile de l'épisiotomie. A l'inverse, une capacité de mentalisation effondrée semblait préserver les femmes de l'apparition de difficultés liées à l'épisiotomie. Ici, nous avons pensé que l'effondrement des capacités imaginaires des femmes au cours de la grossesse faisait partie d'un processus spécifique au devenir mère. Ce dernier aurait pour but de préserver les femmes des effets induits par le bouleversement corporel représenté par la grossesse et l'accouchement tout en facilitant l'émergence de la transparence psychique. Dans ce cas précis, les femmes soumises à ce processus, ou ayant déjà des capacités de mentalisation faibles, ont probablement été préservées de l'effet psychique lié à l'effraction provoquée par l'épisiotomie. Ce faisant, cette situation a pu générer une perception moins négative de l'incision du périnée.

Ensuite, en étudiant la présence d'éventuels facteurs secondaires à la mentalisation (considérée comme un facteur prépondérant), nous avons pu montrer que la qualité des symbolisations féminines n'avait pas d'influence sur le vécu de l'épisiotomie (*hypothèse 14b*). En revanche, malgré un seuil de significativité non atteint, nous avons noté la présence d'une tendance semblant lier le vécu de l'épisiotomie et la qualité des symbolisations maternelles et agressives (*hypothèse 14a et hypothèse 14c*).

Plus précisément, les tendances observées ont pu montrer qu'une faible qualité de symbolisation des pulsions agressives semblait préserver les femmes d'un vécu difficile de l'épisiotomie. A l'inverse, nous avons remarqué qu'un Indice d'Élaboration Symbolique des pulsions agressives élevé était préférentiellement lié à un vécu difficile de l'épisiotomie. Nous avons interprété ces deux tendances par le fait que les individus ayant un IES agressif faible ont tendance à inclure préférentiellement le registre violent et agressif dans la relation à l'autre, ce qui pourrait les rendre moins sensibles à la survenue d'une procédure pouvant induire une effraction du corps.

Enfin, nous avons pu montrer que l'épisiotomie avait tendance à être difficilement vécue lorsque la qualité des symbolisations maternelles était faible. Nous avons alors suggéré que la fonction contenante interne, spécifiquement étudiée au travers des symbolisations maternelles, pouvait jouer un rôle protecteur face à l'effraction engendrée par l'incision du périnée. En revanche, une défaillance de cette dernière pourrait entraîner le sujet à ressentir plus vivement l'effraction provoquée par l'incision du périnée et engendrer une perception plus négative de l'épisiotomie.

Pour finir, nous avons tenu à préciser que comme le vécu de l'épisiotomie est influencé par la qualité de la mentalisation des femmes, mais aussi par la qualité des symbolisations maternelles et agressives, l'incision du périnée fait donc appel à des capacités d'élaboration psychique. Ces corrélations et notamment celles faisant appel à la fonction contenant et aux symbolisations agressives induisent l'idée que l'incision du périnée semble être traitée comme un événement percutant le pare excitation des femmes. En conséquence, nous pensons que l'incision du périnée peut être considérée comme une pratique dont le potentiel d'effraction s'exerce au niveau somatique mais aussi au niveau psychique.

1.3. Analyse de deux situations individuelles : quand la pratique de l'épisiotomie fait écho à la subjectivité

Avant de conclure notre analyse, nous avons tenu à présenter deux études de cas portant sur le vécu de l'épisiotomie et le devenir mère. Bien que notre méthodologie exploratoire nous ait fourni un matériel clinique plutôt généraliste n'ayant pas permis de nous focaliser uniquement sur le vécu lié à l'épisiotomie, nous avons pu présenter deux situations cliniques contrastées. Cette démarche a premièrement permis d'illustrer les résultats préalablement fournis par l'analyse explicative (portant sur les liens entre vécu de l'épisiotomie et facteurs intrapsychiques). Deuxièmement, ces deux études de cas ont été également employées pour mettre en évidence la présence potentielle de facteurs subsidiaires, non évalués par notre analyse ou nécessitant une démarche d'analyse fine portant sur la dimension inconsciente.

Ce travail a porté sur la présentation du parcours de Dahlia et d'Alyssée. L'analyse réalisée au sujet de Dahlia et Alyssée a bien illustré les tendances observées au travers de notre analyse explicative, et notamment les aspects portant sur la mentalisation mais aussi celles concernant les symbolisations agressives et maternelles. En plus de ces aspects, nous avons pu isoler de nouvelles tendances. Ainsi, nous avons suggéré que la façon dont était perçu l'accouchement avait une influence sur le vécu des femmes. Plus précisément, les femmes, à l'instar de Dahlia, ayant une perception de l'accouchement comme un simple passage ou un moyen permettant de faire naître l'enfant, semblent plus préservées de l'émergence d'un vécu difficile. En revanche, les femmes, à l'instar d'Alyssée, percevant l'accouchement comme un processus identitaire impliquant également une forme de réalisation individuelle, semblent accoucher dans un contexte marqué par une sensibilité psychique accrue rendant le vécu de

l'épisiotomie plus difficile. Ce constat rejoint également les réflexions portant sur les liens existant entre mentalisation et épisiotomie.

Enfin, l'analyse que nous avons proposé au sujet d'Alyssée a permis de montrer avec précision la possible collusion fantasmatique existant entre le vécu de l'épisiotomie et la présence d'un abus sexuel passé. De même, nous avons pu montrer que le vécu de l'épisiotomie pouvait être influencé par la nature du lien aux professionnels de santé et la contenance exercée par ces derniers. Nous avons toutefois insisté sur la nécessité d'évaluer cet aspect en intégrant à la fois la dynamique des projections inconscientes qui lui est associée mais surtout l'étude des aspects transféro-contretransférentiels. Ces constats nous ont permis de préciser que les hypothèses portant sur les facteurs intrapsychiques, la contenance, les peurs ou encore l'idée d'une collusion fantasmatique ne peuvent être évaluées finement qu'à partir d'une analyse qualitative basée sur l'emploi de l'étude de cas. Pour finir, cette démarche a permis de rappeler que l'épisiotomie s'inscrivait dans un contexte subjectif général et que ce dernier vient, lui aussi, colorer le vécu de cette pratique.

2. Une complémentarité méthodologique au service d'une compréhension interdisciplinaire de l'impact psychique de l'épisiotomie

L'étude que nous avons menée était soumise à une problématique complexe. Effectivement, tenter d'appréhender l'effet psychique de l'épisiotomie ne pouvait se réaliser à partir de l'observation directe. De nombreux facteurs interviennent et peuvent tous, plus ou moins, colorer le vécu subjectif étudié. La méthodologie que nous avons employé a permis de réaliser une approche "en entonnoir" abordant dans un premier temps les notions les plus générales pour se centrer vers celles correspondant aux aspects les plus particuliers.

2.1. Premier niveau de notre étude : effets intergroupes observés et interprétations des différences entre mode d'accouchement

Au sein de ce point spécifique portant sur l'analyse exploratoire, nous proposerons ici un commentaire portant sur les effets de l'épisiotomie et ce, en étudiant tout spécifiquement les contrastes induits par la comparaison avec les autres modes d'accouchement. Puis, nous suggérerons quelques pistes de réflexions potentielles portant sur le processus décisionnel médical réalisé par nos confrères lorsque ces derniers sont soumis à une réflexion différentielle entre plusieurs modes d'accouchement impliquant l'épisiotomie. Sur ce point, nous tenons à

rappeler que ces réflexions ne doivent en aucun cas être considérées comme une incursion du psychologue dans le domaine médical mais plutôt comme l'ajout d'éléments supplémentaires au service de la décision médicale dépendant toujours de l'opérateur et de la clinique du sujet.

✓ Conclusions contrastées portant sur l'analyse exploratoire

Pour commencer, il a premièrement été nécessaire de procéder à une réflexion théorique permettant d'appréhender l'ensemble des facteurs impliqués dans le vécu de l'épisiotomie. Nous avons pu isoler à la fois des facteurs sociologiques, anthropologiques mais aussi, la présence d'éléments somatiques. Afin de minimiser les biais potentiellement liés à ces facteurs nous avons basé notre première analyse sur une logique comparative. C'est en grande partie pour cette raison que nous avons inclus dans le groupe "contrôle" (VBS) les femmes ayant eu entre 0 et 2 points de suture et celles ayant eu une éraillure. Ce faisant, nous avons pu obtenir un groupe de femmes ayant eu une déchirure dont l'incidence somatique, apportée par le mode d'accouchement, était en moyenne similaire à celle du groupe épisiotomie. Cet aspect nous a permis de réaliser de nombreuses réflexions différentielles mais surtout il nous a permis d'exclure le biais somatique (ou l'évaluer plus finement) grâce à l'approche comparative de ces deux groupes. Ce procédé nous a alors permis d'isoler la présence de certains facteurs situés à l'interface des composantes somatiques et psychiques comme la présence de douleur ou encore de dyspareunie. Mais aussi il a permis de proposer des interprétations éclairées par ces aspects.

Tout d'abord, nos travaux nous ont montré que le vécu douloureux était significativement plus élevé chez les femmes ayant eu une épisiotomie ou une déchirure équivalente. Ici, comme l'effet observé est quasiment similaire en cas d'épisiotomie ou de déchirure, nous avons supposé que l'aspect somatique était majoritairement impliqué dans les résultats obtenus. Nous avons donc considéré que le vécu douloureux s'étayait majoritairement sur le réel du corps. En revanche, malgré une tendance liant légèrement dyspareunie et déchirure nous avons pu montrer que l'épisiotomie était plus spécifiquement liée à la survenue de dyspareunies, notamment 3 mois après l'accouchement. En plus de l'effet physique, la différence d'incidence entre le groupe déchirure et épisiotomie nous permet de supposer la présence d'un effet psychique impliqué dans l'apparition de la dyspareunie. Sur la base de ces constats, la dyspareunie pourrait s'étayer sur des aspects somatiques mais également des aspects psychiques. Enfin, lorsque nous avons découvert que la satisfaction maternelle était plus impactée 2 mois après l'accouchement en cas d'épisiotomie ou de déchirure, et comme le point commun entre ces deux groupes est l'équivalence de l'impact somatique, nous avons également

pu considérer que les raisons ayant influencées cette diminution impliquent essentiellement des facteurs somatiques.

Dans un second temps, nous avons considéré que les hypothèses exploratoires comparatives n'ayant pas permis l'observation de différences significatives amenaient deux conclusions possibles : soit il n'y avait pas d'effet spécifique de l'épisiotomie soit l'hypothèse avait observé la présence d'un effet équivalent. Dans ces deux cas, ces conclusions ne permettaient toutefois pas d'apporter un éclairage sur les origines des effets potentiellement observés. Dès lors, en partant de ce principe, nous avons apporté des réponses différentes à chaque hypothèses.

Ainsi, nous avons pu affirmer que le mode d'accouchement n'avait pas d'effet sur le stress. De même, nous avons considéré que le mode d'accouchement n'avait pas d'effet spécifique sur le vécu maternel et féminin (et leurs symbolisations inconscientes). L'étude de l'effet du mode d'accouchement sur l'image du corps n'a pas permis de mettre en évidence d'effets significatifs sauf pour le vécu de césarienne (perçu comme impactant durablement l'image du corps). En revanche, comme nos réflexions qualitatives avaient mises en évidence la présence de difficultés impliquant l'image du corps et entraînées par l'épisiotomie, nous avons plutôt questionné ici la nature de la méthodologie employée et les périodes d'évaluation sélectionnées. Cet aspect nous a permis de mettre en doute les résultats fournis par l'analyse statistique et d'invoquer la nécessité d'études ultérieures tout en affirmant que l'analyse qualitative a mis en évidence la présence d'impact de l'épisiotomie sur l'image du corps. Ce procédé a été le même lorsque nous avons analysé la présence de dysfonctionnements sexuels. Nous avons alors fourni les mêmes conclusions et considéré qu'en dépit de nos résultats, nous pouvions considérer que l'épisiotomie entraînait l'apparition de dysfonctionnements sexuels spécifiques. Nous avons par ailleurs précisé que ces derniers étant spécifiques, associés à l'épisiotomie, et qu'ils ne pouvaient pas être isolés par une analyse quantitative comparative. En outre, nous avons rappelé que la catégorie dysfonctionnement sexuel était bien trop générale et qu'elle ne permettait pas de discriminer assez finement les vécus spécifiques au mode d'accouchement.

Ensuite, nous avons pu montrer qu'au sein de notre étude, l'épisiotomie et la césarienne étaient plus facilement associées à la survenue de dépressions 3 mois après l'accouchement. Ici, comme l'impact somatique de ces interventions était différent, il est peu probable que le facteur somatique soit à l'origine de cet aspect. Nous avons alors apporté des interprétations

considérant que les conséquences des effets somatiques avaient joué sur le relationnel conjugal, mais aussi sur le narcissisme des femmes concernées. A terme, nous avons supposé que ces aspects avaient été impliqués dans la survenue de dépression. Cependant, il était surtout plus probable que la survenue accrue de dépression en cas d'épisiotomie ou de césarienne soit liée à des composantes psychologiques car les femmes ayant eu une déchirure n'ont pas été concernées par cet aspect. Nos interprétations se sont d'ailleurs positionnées en faveur de la présence d'effets d'origines différentes pour l'épisiotomie et la césarienne, impactant les mêmes dimensions (couple, narcissisme etc...), et provoquant la même conséquence : l'apparition accrue de dépression 3 mois après l'accouchement. Enfin, le mode d'accouchement n'a pas eu d'influence sur la survenue de traumatismes et d'Etats de Stress Post-traumatique. Toutefois, nous avons pu montrer que les femmes ayant eu une épisiotomie ou une déchirure équivalente (dans une moindre mesure) avait plus difficilement vécu leur mode d'accouchement. A nouveau, même s'il semble que le vécu de l'épisiotomie ait été plus difficile que celui associé à la survenue d'une déchirure, nous avons pensé qu'une partie des raisons impliquées dans la survenue de ces résultats conjoints était d'origine somatique. Sur ce point, nous avons également supposé la présence d'un effet psychique impliqué dont il fallait pouvoir étudier les origines. Ce procédé a été réalisé au cours de l'analyse explicative que nous commenterons ultérieurement

✓ Quelle incidence potentielle sur les pratiques médicales ?

En dehors de l'obtention des résultats bruts que nous avons déjà présenté, la réalisation de cette première analyse exploratoire nous permet d'apporter un éclairage pertinent sur les pratiques médicales utilisées en salle d'accouchement. Ainsi, à l'exception de la survenue accrue de dépression et de dyspareunie 3 mois après l'accouchement, il semblerait que le vécu de l'épisiotomie ne diffère pas réellement de celui d'une déchirure équivalente (si l'on ne prend pas en compte les aspects qualitatifs que nous avons également commenté). Cet aspect nous semble primordial et il nous a semblé utile de réaliser un commentaire sur ce point visant à suggérer quelques pistes de réflexions potentielles portant sur le processus de décision médical.

Lorsqu'un professionnel de santé comme l'obstétricien ou la sage-femme s'engage dans un processus décisionnel portant sur une situation clinique spécifique nécessitant une intervention, il compare les incidences des actes potentiellement réalisables en fonction d'une

balance cout/risque/bénéfice¹⁶⁴. Ainsi, lorsque l'opérateur se retrouve face à une situation clinique mettant en balance la survenue d'une déchirure ou la réalisation d'une épisiotomie, ce dernier pourra ajouter aux éléments somatiques déjà isolés par la littérature le fait que l'incidence psychique des deux solutions est globalement similaire. Elle pencherait même en faveur de la réalisation d'une déchirure car cette dernière entraîne moins l'apparition de dépression ou de dyspareunie que la survenue d'une épisiotomie. Les résultats provenant de l'analyse qualitative ont montré que l'épisiotomie était associée à de nombreuses angoisses somatopsychiques spécifiques, des préoccupations corporelles signes d'une difficulté avec l'image du corps (notamment au niveau de la cicatrice) mais aussi l'apparition de dysfonctionnements sexuels spécifiques (difficultés de lubrification, sensations différentes...). De fait, si l'on prend en compte ces résultats, il semble donc judicieux de considérer que la survenue d'une déchirure est moins invasive pour le psychisme des femmes.

Aussi, en rappelant que la littérature scientifique a montré que l'incidence somatique de l'épisiotomie est vraisemblablement plus importante que celle d'une déchirure (Jiang et al, 2017), il est probable que les conclusions apportées par nos travaux lèvent également l'idée qu'une épisiotomie est meilleure pour le vécu subjectif des femmes comparé à la survenue d'une déchirure. Cet aspect pourrait alors avoir une influence future sur le processus décisionnel réalisé par l'opérateur médical si ce dernier est également soucieux du vécu en suite de couche des parturientes qu'il accompagne. Sur ce point, de nombreuses réponses doivent encore être apportées et nos résultats ne sont qu'un petit pas supplémentaire. Par exemple, la recrudescence de l'incidence des déchirures complètes compliquées (du 3^{ème} et surtout 4^{ème} degré) potentiellement liée à la baisse des épisiotomie (Blondel et al., 2016 ; Goueslard et al., 2018) n'est pas à négliger. Cela car notre analyse qualitative nous a montré que la survenue d'une déchirure de cet aspect avait également un fort impact sur le vécu subjectif des femmes (que nous n'avons pas commenté dans ce travail de thèse).

En revanche, nos travaux n'ont pas permis d'apporter d'élément permettant de différencier épisiotomie et césarienne. Cela, car le processus décisionnel différenciant l'emploi de l'épisiotomie ou de la césarienne nous semble très différent et marqué par de nombreux marqueurs somatiques et médicaux que nos compétences de psychologues ne nous permettent

¹⁶⁴ De nombreux autres facteurs entrent également en ligne de compte (facteurs sociologiques, culturels, facteurs interindividuels, expérience clinique...)

pas d'aborder. Notre étude ne peut donc pas apporter sur ce point de réponses plus spécifiques que celles portant sur les symptômes étudiés.

2.2. Deuxième niveau : intérêt de l'analyse explicative et mise en évidence des facteurs de risques et facteurs protecteurs lié au vécu de l'épisiotomie

Alors qu'au cours de l'analyse exploratoire certaines hypothèses ont isolé la survenue d'effets différents en fonction du mode d'accouchement et que d'autres ont observé la présence d'effets potentiellement similaires (pour le vécu de déchirure et d'épisiotomie mais aussi pour le vécu de césarienne et d'épisiotomie), nous avons souhaité étudier les facteurs préférentiellement impliqués dans la survenue de ces effets. Cette réflexion s'est appuyée sur l'analyse à visée explicative que nous avons réalisée (analyse quantitative complémentaire). Pour rappel, cette dernière visait à comparer les facteurs impliqués dans la survenue d'un vécu de l'épisiotomie difficile avec ceux impliqués dans la survenue d'un vécu non impacté.

L'analyse que nous avons réalisée a premièrement isolé certaines tendances comme le fait que la présence d'une grossesse arrêtée aurait un effet protecteur sur la présence d'un vécu difficile de l'épisiotomie. Même si cet aspect nécessiterait d'être confirmé par des études ultérieures, nous avons été surpris par ce résultat. Effectivement, en clinique périnatale, nous avons plutôt l'habitude de considérer cet aspect comme un facteur de risque et de fragilité. Ce résultat amène alors à questionner la nature même de l'évaluation des facteurs de risques impliqués dans le vécu difficile de l'épisiotomie mais aussi dans le vécu difficile de l'accouchement.

Dans un second temps, l'étude des hypothèses sur la présence d'antécédents difficiles, ou le soutien apporté au cours de l'accouchement, ne s'est pas révélée très concluante faute d'un échantillon assez important. Néanmoins, comme nous l'avons précisé auparavant, notre étude de cas a pu montrer que le soutien médical et la relation transférentielle, qui lui est sous-jacente, joue un rôle déterminant dans le vécu de l'épisiotomie. Il doit donc être considéré comme un facteur de risque pouvant colorer négativement le vécu de l'épisiotomie.

Enfin, notre analyse explicative a pu montrer que les femmes ayant une capacité de mentalisation faible semblaient préservées de la survenue d'un vécu difficile lié à l'épisiotomie. Cela, alors que celles ayant de fortes capacités de mentalisation semblent vivre l'épisiotomie

plus difficilement. Ce constat est d'autant plus marqué que nous avons observé une tendance montrant que le vécu difficile de l'épisiotomie survenait plus facilement chez les femmes ayant de mauvaises symbolisations maternelles et une très bonne symbolisation de l'agressivité. Un commentaire portant sur les résultats obtenus ici nous semble nécessaire. Effectivement, il est étonnant de remarquer, qu'au cours de la grossesse, le fait d'avoir une forte capacité de mentalisation et de symbolisation de l'agressivité soit un facteur de risque. Cette conception bouscule quelque peu l'idée commune, généralisée en périnatalité, considérant que les personnes disposant de peu de ressources psychiques sont les plus fragiles au cours de l'accouchement.

Au final, ce constat nous permet de considérer qu'il est probablement tout aussi important d'apporter étayage et soutien au cours de l'accouchement aux femmes dont les composantes de personnalité affichent une forme de richesse. Cela, car cette richesse doit, dans ce cas précis, être considérée comme un facteur de risque dont nous recommandons l'évaluation. Ce positionnement vient alors contredire l'idée communément admise que les fortes capacités de verbalisation et de mise en mot des éprouvés présentes chez certaines femmes leur permettent de faire plus facilement face au vécu effrayant de l'épisiotomie. Par ailleurs, en suite de couche, il pourrait être fort utile de proposer à ces femmes un temps d'échange spécifique portant sur l'épisiotomie créant un espace de verbalisation permettant à certaines d'entre-elles de faire face à la vivacité des éprouvés ressentis.

En conclusion, notre analyse explicative a permis d'isoler quelques facteurs de risques impliqués dans la survenue d'un vécu négatif de l'épisiotomie. La réflexion portant sur la fonction contenante et le lien transférentiel permet de rappeler que l'évaluation de ces aspects fournie par le psychologue peut parfois apporter un éclairage salutaire dans la perception d'un vécu difficile porté par certaines patientes (notamment en cas d'épisiotomie). De même, notre démarche explicative a permis d'isoler certains facteurs de risques (bonne capacité de mentalisation, bonne capacité d'élaboration de l'agressivité) et certains facteurs protecteurs (antécédents de grossesse arrêtée et bonne capacité d'élaboration du maternel/contenant). Nous espérons que le fait d'avoir isolé ces aspects puisse enrichir les rencontres prénatales. Cela pourrait être médiatisé par un temps de prévention/échange prénatal portant sur l'épisiotomie et réalisé spécifiquement auprès de certaines femmes considérées comme plus à risques (lors du suivi de grossesse par exemple). De même, en suite de couche nous suggérons ici utile d'offrir un espace privilégié d'échanges portant sur l'épisiotomie (mais aussi le vécu de

l'accouchement au sens large) et notamment en rappelant de ne pas consacrer uniquement ce temps aux femmes semblant les plus fragiles.

2.3. L'étude de cas : intérêt de l'étude de la subjectivité dans le domaine périnatal

Pour finir, nous tenions à préciser que les deux études de cas menées au sein de notre étude nous ont tout d'abord permis de réévaluer l'influence de certains facteurs ayant un impact sur le vécu de l'épisiotomie. De même, cette analyse a pu montrer que dans certaines situations complexes, seule une analyse fine intégrant l'étude des processus inconscients permet d'isoler avec précision les facteurs ayant eu une influence sur le vécu subjectif de l'épisiotomie. Ce procédé nous a alors permis de rappeler que l'épisiotomie est également une pratique dont la coloration négative ou positive s'étaye également sur la complexité subjective des parturientes.

L'ensemble de notre démarche nous a alors permis de montrer que l'épisiotomie avait un impact somatique mais aussi psychique certain (évalué au cours de l'analyse exploratoire). Ce dernier est vécu plus ou moins difficilement en fonction des facteurs protecteurs et des facteurs de risque que nous avons isolés par le biais de notre analyse explicative. Mais surtout, nous avons pu montrer que cette dynamique s'exprimait aussi en fonction de l'identité subjective et du vécu passé des femmes concernées.

A notre sens ce procédé montre ici la nécessité de la démarche interdisciplinaire en périnatalité. Cela, en rappelant un des aspects que le psychologue peut offrir aux équipes mais aussi aux femmes (et leur compagnon) souhaitant faire face à une problématique impliquant le devenir mère ou encore le vécu de l'accouchement. Enfin, l'approche que nous avons présenté permet de rappeler également tout l'intérêt et la richesse portée par l'obédience psychanalytique. L'ensemble de ces aspects nous permet enfin de rappeler l'importance du travail du psychologue en maternité.

3. Avantages, limites et perspectives liées à ce travail de recherche

Un des premier avantage de ce travail de recherche est sa méthodologie. Effectivement, elle combine trois type d'analyse (exploratoire, explicative et étude de cas) toutes trois associées

ce qui nous a permis d'apporter des éléments de réponses aboutis au sujet de l'impact psychique de l'épisiotomie. Ces trois axes présents dans notre étude nous ont également permis d'isoler trois niveaux d'incidence liant la pratique de l'épisiotomie et la subjectivité. Enfin, l'emploi d'une méthodologie associant outils projectifs, questionnaires et entretiens nous a paru forte utile pour cette recherche. Effectivement, en fonction des thèmes abordés, nous avons pu nous appuyer différemment sur les spécificités de chaque outil pour évaluer de manière multidimensionnelle les effets de l'épisiotomie. De même, l'emploi d'une approche longitudinale et comparative a permis le maximum de biais d'interprétations possibles. Enfin, la riche coopération des femmes rencontrées, leur disponibilité et leur investissement a permis l'établissement d'une quantité de données qualitative que nous considérons également comme un des avantages de notre étude.

En revanche, une des premières limites que nous souhaitons évoquer porte sur la petite taille de notre échantillon. Cet aspect nous a parfois conduit à suggérer la mise en place d'études complémentaires et parfois nous a empêché d'apporter une conclusion portant sur certaines hypothèses. Nous aurions également apprécié rencontrer une diversité plus importante de femmes en incluant par exemple plus de femmes non caucasiennes (seule 1 femme de notre étude était d'origine marocaine). Cela afin de refléter plus précisément certains aspects et facteurs culturels également impliqués dans la perception de l'accouchement et de l'épisiotomie. Enfin, nous considérons que les périodes d'évaluation éloignées de l'accouchement n'ont pas été très concluantes et ne nous ont pas permis d'étudier avec précision la période comprise entre la naissance et 3 mois après l'accouchement. Cela, alors qu'après avoir obtenus les résultats de nos hypothèses, nous avons tendance à considérer que c'est au cours des quatre premiers mois que l'épisiotomie impacte le plus la subjectivité des femmes.

POSITIONNEMENT DE CHERCHEUR ET REFLEXIONS TRANSFERO-CONTRE-TRANSFERENTIELLES

Avant de conclure notre démarche, nous avons souhaité formaliser une réflexion portant sur les relations que nous avons entretenues avec notre objet d'étude et le contexte spécifique au sein duquel s'est déroulé notre recherche. Aussi, nous proposons premièrement une réflexion portant sur les modalités du positionnement du chercheur que nous avons adopté tout au long de ce travail de thèse. Puis, deuxièmement, nous tentons d'approcher plus spécifiquement la nature des relations transféro contre-transférentielles éprouvées à l'égard de notre objet d'étude.

1. POSITIONNEMENT DU CHERCHEUR

Afin de proposer une réflexion portant sur le positionnement de chercheur que nous avons investi, nous avons choisi de sélectionner 3 axes principaux. Ces derniers ont majoritairement influencé le positionnement de chercheur/doctorant que nous avons adopté au sein de notre travail de thèse. Nous présentons donc ici l'articulation de ces trois axes de manière successive. Un premier point porte alors sur les spécificités inhérentes à la place de chercheur/doctorant en psychologie à l'hôpital/clinique. Un second point porte sur la difficile dualité existant entre doctorant/chercheur et psychologue et le positionnement que nous avons adopté. Enfin, un dernier point porte sur les spécificités communicationnelles liées à la recherche du doctorant en psychologie dans le domaine des sciences obstétriques.

✓ La place de chercheur/doctorant en psychologie à l'hôpital/clinique

Le travail que nous avons mené au sein de la Polyclinique Majorelle a tout d'abord été vécu comme une rencontre avec un monde que nous ne connaissons pas au départ : celui de l'hôpital dit "général" et de la Polyclinique Majorelle.

Au début de cette recherche, nous avons comme unique image de l'hôpital/clinique celle du patient. Cette image que nous considérons aujourd'hui comme simpliste n'était construite qu'à partir des relations que nous avons pu entretenir avec chacun des acteurs du soin lors de notre seul séjour hospitalier effectué il y a une dizaine d'années pour un souci

pulmonaire. Nous avons alors élaboré une carte mentale du rôle de chacun (rôle de l'infirmier, du secrétaire, du médecin, du kinésithérapeute...) uniquement à partir d'interactions où nous étions impliqués. Notre perception de l'institution hospitalière/clinique était donc faite d'une concaténation d'expériences dont nous étions l'objet central. Cette représentation ressemble en partie à la représentation narcissique qu'un enfant peut avoir de sa famille lorsqu'il imagine chacun des membres de cette famille uniquement en fonction de la relation qu'il entretient avec chacun d'eux. Cela, que le déchirement de l'omnipotence narcissique lui permet de découvrir la richesse des autres relations existant entre tous les membres de cette famille. Ces dernières, impliquant surtout la découverte d'interactions indépendantes de l'enfant et organisées au sein d'un tout familial au sein duquel l'enfant n'est qu'un maillon.

Avec le recul, nous pensons que notre parcours au sein de la Polyclinique Majorelle s'est construit de la même manière. La transformation de notre vision de l'hôpital/clinique s'est effectuée au cours d'un processus constitué d'étapes structurantes que nous avons notamment franchies avec l'aide de Sylvie de Lavergne notre psychologue référente. Tout d'abord, nous avons pu découvrir la richesse de chaque profession. Puis, nous avons abordé la nature des interactions spécifiques existant entre chaque métier et les patients accompagnés. Ensuite, nous avons eu la chance d'appréhender la complexité provenant de l'ensemble des interactions interprofessionnelles (correspondant à la logique pluridisciplinaire de service). De même, nous avons pu découvrir la logique de travail interdisciplinaire existant entre des services ou institutions différentes (i.e. la maternité et la polyclinique). Enfin, nous avons pu aussi découvrir l'importance des instances représentationnelles et décisionnelles dont le maillage permet d'assurer la cohérence du fonctionnement de tous et surtout d'être le garant de la nature des rôles et des fonctions de chacun.

La découverte de ce processus a été primordiale pour la construction de notre compréhension du fonctionnement d'une structure de soin en M.C.O. (Médecine, Chirurgie, Obstétrique). Effectivement, même si au niveau professionnel nous évoluons au sein d'une structure hospitalière, il s'agit d'un établissement public de santé mentale et les règles de fonctionnement y sont assez différentes. Aussi, en devenant un collaborateur intégré à la Polyclinique Majorelle, nous avons pu découvrir les spécificités de l'intervention psychologique en MCO. Dans les institutions psychiatriques, le psychologue navigue entre l'action individuelle qui est massivement investie (thérapie, évaluation...), l'action pluri et interdisciplinaire et enfin le travail institutionnel. En MCO, la distribution de ces trois aspects est totalement différente. L'intervention pluri/interdisciplinaire est le champ d'action le plus

investi par le psychologue. Il est ensuite suivi de l'action institutionnelle et enfin du travail clinique individuel (sur lequel s'appuient les logiques pluridisciplinaires et institutionnelles). La compréhension première de ces aspects a eu une forte influence sur le positionnement de chercheur que nous avons investi.

En effet, grâce à l'appui apporté par Sylvie de Lavergne, nous avons progressivement appris à faire partie de cette logique pluri- et interdisciplinaire en tant que doctorant. Ce rôle est à la fois "un rôle dedans" et "un rôle dehors". Tout d'abord, nous avons été reconnu comme un psychologue par l'ensemble de nos confrères et ce assez aisément. Sur ce point, nous pensons que les présentations individuelles organisées par notre référente ont grandement facilité cette entreprise. Cependant, comme le statut ne fait pas la fonction, nous avons dû préciser le rôle que nous allions exercer auprès de l'ensemble des professionnels. En effet, nous n'étions pas totalement "dedans" l'institution et la logique pluri- et interdisciplinaire, car nous n'agissions pas tel un psychologue praticien (et d'ailleurs nous n'en n'avions pas les prérogatives institutionnelles). Mais en même temps, nous n'étions pas totalement "en dehors", car notre recherche s'appuyait et dépendait d'une dialectique nous liant aux dynamiques de services et aux logiques pluri- et interdisciplinaires. C'est n'est donc qu'au travers d'une expérience que nous qualifierions de "transitionnelle" (ou de "l'a côté") que nous avons pu être investi par nos confrères comme un éventuel partenaire de réflexion, puis un partenaire d'échange et enfin un doctorant articulant ses interventions autour du principe de recherche.

Au sein de cette place, nous avons pu comprendre que nos interventions étaient guidées par le principe de neutralité et qu'en conséquence elle ne devaient pas avoir d'influence sur la logique institutionnelle ni sur la logique pluridisciplinaire. A notre sens cette place est caractérisée par un effacement du rôle de psychologue au profit de celui de chercheur. Cet enjeu a également été une des caractéristiques de notre positionnement de chercheur à l'égard des femmes rencontrées.

- ✓ Etre plus doctorant que psychologue : les difficultés du travail de recherche longitudinal en psychologie

L'effacement du rôle du psychologue au profit de celui du chercheur, la notion de neutralité mais aussi la place "ni dedans", "ni dehors" que nous avons tenue ne sont pas les seuls aspects du positionnement de chercheur que nous avons expérimenté.

En effet, la place de doctorant face aux participantes est également une place complexe, notamment dans le cadre d'une recherche longitudinale. Tout d'abord, les rencontres avec les participantes ont toutes été articulées autour de l'idée d'une demande provenant du psychologue. La nature de cette demande était d'ailleurs précisée d'emblée par les professionnels impliqués dans notre démarche mais également rappelée par nos remerciements. Cependant, nous avons compris que la présence d'une demande exercée par le chercheur faisait bien souvent écho à une demande (souvent inconsciente) des participantes à notre recherche. Beaucoup de nos entretiens comprennent d'ailleurs un questionnement sur ce point en anténatal mais aussi à la fin du dernier échange visant à mettre du sens sur la collusion de ces deux demandes et leurs vécus respectifs.

Au cours de notre travail de recueil de données, nous avons eu l'impression d'être constamment poussé vers une place de thérapeute. Ici, nous pensons que la dynamique longitudinale visant à témoigner d'un processus évolutif a premièrement induit cet aspect. Deuxièmement, la période périnatale, marquée par une forte demande de soutien (Bydlowski, 1997), et le contexte hospitalier, en tant que symbole du processus thérapeutique, ont probablement eu une large influence sur ce point. Troisièmement, la demande inconsciente de certaines femmes a très certainement coloré les entretiens que nous avons réalisés. Au sein de ces derniers, il était parfois possible de remarquer que nous n'étions pas tout le temps dans la réception d'un discours, mais que parfois, nous pouvions apporter quelques éléments de réflexion aux participantes. Aujourd'hui, en nous remémorant ces moments nous nous souvenons encore de la pression de certaines demandes inconscientes (et parfois très conscientes) adressées par certaines femmes à notre égard. Dans ces situations que nous avons jugé difficiles, nous étions pris entre l'idée de ne pas répondre à ces demandes en réinstaurant le cadre de nos échanges (ce que nous ressentions parfois comme une forme de violence faite aux participantes et à leur demande inconsciente) et l'instinct spontané de s'engager dans le dire en fonction de notre évaluation de la situation¹⁶⁵. En outre, la répétition des rencontres et les échanges discursifs ont souvent amené les femmes rencontrées à faire des liens et mettre du sens sur des aspects les concernant. Ce processus a permis l'apparition d'un bénéfice secondaire thérapeutique provenant de la participation à cette recherche. Aujourd'hui, nous pensons que cet aspect a également renforcé la demande thérapeutique inconsciente portée par de nombreuses participantes de notre recherche.

¹⁶⁵ *Il est d'ailleurs possible que l'exercice de la fonction de psychologue en CMP (et en réhab) que nous réalisons depuis 6 années ait induit également certains automatismes comportementaux de notre part.*

Lors de nos premières rencontres, nous nous souvenons nous être majoritairement abrité derrière le fait de repositionner le cadre de la recherche lorsque nous nous trouvions face à ces demandes. Nous observions alors que ce procédé pouvait être vécu comme violent par les participantes. De même, il induisait une sorte de distance et de réserve entravant l'accès à un échange spontané et riche. Après quelques réflexions et échanges avec notre référente et notre superviseur nous avons décidé d'être plus spontané dans les échanges et parfois (le moins possible) nous retrouver à être plus dans l'engagement discursif. L'ensemble des rencontres que nous avons réalisé ne pouvaient effectivement pas être unilatéral et il ne faut pas oublier que la non-réponse ou l'instauration du cadre est également une réponse à la demande d'une participante.

Aussi, nous avons préféré nous positionner à chaque fois individuellement face à ces aspects, plutôt que de nous abriter derrière l'invocation d'un cadre dogmatique et désubjectivant. Bien évidemment la dynamique globale de notre travail n'a pas été modifiée et parfois nous avons aussi employé de nombreuses parades visant à préserver le positionnement de chercheur nécessaire au bon déroulé de notre recherche (investir un positionnement marqué par le manque et l'envie de découverte, orienter certains des questionnement vers la création d'une dynamique thérapeutique future entre la participante et notre référente...). Mais de manière générale, nous avons le sentiment que ce procédé a permis de préserver le maintien du positionnement de chercheur nécessaire à notre étude tout en acceptant, à la marge, quelques interactions provenant des réponses aux demandes conscientes et inconscientes des participantes. Cet aspect a alors guidé notre fonctionnement tout au long de notre parcours de recherche.

✓ Vécu périnatal et champ obstétrique : une langue spécifique à apprivoiser

Pour finir, le positionnement de chercheur que nous avons investi a été marqué par l'acquisition d'une langue nouvelle. Cette dernière était parlée à la fois par les participantes de notre recherche mais aussi par l'ensemble des professionnels du soin que nous avons cotoyés. En tant que doctorant/chercheur, nous avons donc dû acquérir la sémantique du langage obstétrique pour mener à bien notre recherche.

Ce travail s'est appuyé sur une forme de décentration du discours et l'acquisitions de spécificités dans l'échange. Grâce à notre directrice de thèse, nous avons pu remarquer que ce type de discours est plutôt fonctionnel (ex : dire la parturiente au lieu de l'accouchée), très

intellectualisé et parfois désobjectivant (ex : dire “la primipare” au lieu de “la femme primipare”). Alors qu’en psychiatrie nous avons tendance à désintellectualiser au maximum nos échanges pour nous centrer sur l’essentiel en employant les mots les plus simples possibles, le langage obstétrique possède un fonctionnement et des codes différents. Il articule de nombreuses notions médicales spécifiques en s’appuyant sur un discours sémiologique et clinique. Ce dernier est totalement maîtrisé par les femmes rencontrées reflétant au passage l’impact de la médicalisation de la naissance sur le discours. Nous avons donc progressivement déchiffré les codes et notions de ce langage, ce qui nous a permis d’ajuster nos échanges aux procédés communicationnels des équipes. De même, nous avons pu ajuster notre écoute à l’ensemble de la diversité des discours des participantes tels qu’elles le prononçaient.

Un des risques de ce processus et qu’il peut induire l’apparition chez certains professionnels d’une confusion des rôles et des places. Nous avons donc tenté d’être le plus vigilant possible considérant que parler la langue de l’autre ne signifie pas devenir l’autre. Ainsi, le positionnement de chercheur que nous avons investi s’est coloré d’un langage différent pour faciliter le dialogue avec les interactants de notre recherche ; cela, tout en évitant l’apparition d’une confusion des places et rôles de chacun des interactants.

L’énonciation de ce dernier point marque la fin de notre partie portant sur le positionnement de chercheur. D’autres aspects auraient bien évidemment pu être commentés comme par exemple la spécificité de la rencontre de recherche à domicile. Nous avons toutefois préféré aborder ces trois aspects car ces derniers sont ceux qui nous ont le plus marqué au sein de notre processus de recherche. De même, la réflexion qui leur a été associée nous est apparue comme essentielle au bon déroulement de notre travail de thèse.

2. ASPECTS TRANSFERO CONTRE-TRANSFERENTIELS

Après avoir apporté une réflexion sur les spécificités de notre cadre et objet de recherche, nous avons souhaité aborder la nature des liens transférentiels nous ayant lié à notre objet d’étude.

✓ L’épisiotomie en tant que prisme permettant de refléter les colorations du féminin

L’origine des liens transférentiels portant sur l’épisiotomie s’appuie tout d’abord sur l’intérêt que nous avons apporté à l’étude du processus de sexualité. Au cours de notre parcours d’étudiant, nous avons été interpellés par ces aspects et notamment par les questions suivantes :

“qu’est ce que le féminin ? / Qu’est ce que le masculin ? / Qu’est ce qui amène un homme à être homme et une femme à être femme ? et surtout, quelle est la place prise par le corps biologique dans cette construction ?” Ces questionnements, nous les avons rapidement abordés au cours de notre mémoire de master 1 portant sur la construction de la sexualité féminine et ses rapports avec le développement libidinal. Puis, nous les avons poursuivis avec la réalisation d’un mémoire de DU de psychiatrie périnatale portant sur l’articulation entre féminin et maternel au cours du devenir mère, et aujourd’hui, ces derniers se sont réactualisés au sein de ce travail de thèse.

Au cours du travail analytique que nous avons pu réaliser, nous avons compris que ces intérêts étaient intimement liés aux particularités de notre construction psychique. En effet, pendant longtemps nous avons interrogé les raisons ayant entraîné l’apparition d’une valence féminine importante au sein de notre personnalité. Cela, alors que notre corps d’homme ne nous prédisposait pas forcément à ce devenir. Avec le recul, nous pensons que le fait de nous être engagé vers une recherche de sens théorique portant sur le féminin et le masculin permettait, d’une part, de mettre du sens sur ce vécu. D’autre part, nous pensions peut-être, à cette époque, que la recherche de sens et la mise en évidence de régularités théoriques portant sur la construction du féminin, du masculin et le corps sexué puissent alléger la part de difficulté personnelle, et surtout la culpabilité que nous avons souvent ressenties à l’égard de notre manière d’être. Entre temps, nous avons pu apporter un sens personnel à ces questionnements. L’émergence de ces réponses nous a permis de prendre du recul par rapport à ces deux notions tout en allégeant probablement l’investissement que nous lui associons. En conséquence, l’intérêt préférentiel que nous portions sur les enjeux liant le corps et la construction de la subjectivité sexuée s’est alors amoindri au profit d’un intérêt nouveau portant sur les enjeux de la dialectique féminin/masculin au sein de la relation amoureuse que nous commentons tout à la fin de cette partie.

Un des premiers intérêts personnels ayant motivé notre démarche de recherche portant sur l’épisiotomie était alors d’engager en parallèle une réflexion portant sur le féminin. Effectivement, lorsqu’en master 1 nous avons voulu nous engager en direction d’un travail de recherche, nous souhaitions tout d’abord étudier les liens entre le féminin et le corps. Nous avons alors fait cette proposition à notre directrice de thèse actuelle. Très avisée, elle nous avait répondu qu’il était préalablement nécessaire d’affiner notre sujet d’étude et surtout impliquer ces réflexions fondamentales éventuelles sur des aspects plus spécifiques.

Aussi, au fur et à mesure de nos réflexions et lectures, nous avons commencé à nous intéresser au devenir mère car cet aspect était souvent présenté dans la littérature comme antagoniste au féminin¹⁶⁶. Le maternel y était d'ailleurs représenté comme un révélateur ou une entrave au féminin. Ici également, nous pensons que l'intérêt que nous avons développé sur les liens existants entre maternel et féminin étaient une manière d'aborder sous le prisme de la théorie certains des déterminants de la relation qui nous lie à notre propre mère (et surtout l'impact que notre mère a pu avoir sur l'émergence de nos valences féminines). C'est donc au sein de cette dialectique inconsciemment nouée entre théorie et vécu personnel que se sont premièrement construits nos premiers liens transférentiels à l'égard de notre objet d'étude.

✓ De l'épisiotomie perçue comme une attaque du féminin à l'apparition d'un positionnement neutre : intérêt de la réflexion transféro contre-transférentielle

Au fil des réflexions théoriques que nous effectuons sur le féminin, nous avons découvert que la présence de traumatismes (notamment corporels) pouvait entraver ou étouffer l'expression du féminin de certaines femmes. Par intérêt scientifique, nous avons également trouvé judicieux d'étudier cet aspect. Notre parcours théorique (faisant écho à notre construction personnelle) nous avait alors mené sur le chemin d'une étude portant sur le féminin et le corps dans sa dialectique avec le maternel notamment en cas de vécu difficile.

Aussi, le jour où nous avons entendu Sylvie (citée dans notre introduction) s'exprimer, nous avons été particulièrement interpellés. Au cours de cette conversation nous avons alors découvert ce qu'était une épisiotomie et surtout, nous avons découvert que cette procédure pouvait concentrer l'ensemble des aspects qu'il nous importait d'étudier (et par ailleurs faire écho à notre positionnement personnel). Ce faisant, l'épisiotomie représentait alors une forme de prisme permettant d'observer l'ensemble des diffractions du corporel féminin et maternel et ce, car nous pensions que ces dernières pouvaient être exacerbées par l'atteinte corporelle.

Ici encore, nous pensons que cet aspect a fait écho à certaines des problématiques vécues par deux femmes de notre entourage familial. Il est très probable que la démarche de recherche que nous avons réalisée nous ait inconsciemment amené à considérer qu'étudier l'épisiotomie était une manière de s'intéresser à la préservation du corps féminin. Ce faisant, cette pensée inconsciente nous plaçait alors dans un rôle où nous assurons une fonction protectrice et réparatrice. De même, au niveau de notre parcours personnel, nous avons été amenés à

¹⁶⁶ *Aujourd'hui, nous pensons sur ce point que féminin et maternel sont comme les deux faces d'une même pièce ce qui nous a amené à relativiser l'idée d'un antagonisme entre ces deux pôles.*

expérimenter la survenue d'une situation difficile au cours de notre adolescence. Avec le recul, nous pensons que nous avons vécu cette situation passée comme une "attaque du féminin". Aussi, même si nous n'avons jamais lié cet aspect à l'épisiotomie, nous avons toujours souhaité faire état de ce lien éventuel avec notre objet d'étude. A notre sens, il a été primordial de penser et garder ces liens à l'esprit pour circonscrire l'apparitions de contres-attitudes éventuelles et ne pas aborder notre sujet de recherche avec une préconception subjective provenant de notre parcours personnel. D'ailleurs nous considérons que l'élaboration de ces aspects nous a fait changer de regard sur l'épisiotomie.

Auparavant, lors de notre dernière année de master et notre première année de thèse, nous n'avions pas encore assez de recul sur notre objet d'étude. Aussi, nous avons adhéré, sans faire preuve de recul, à l'idée que l'épisiotomie était une violence faite au corps des femmes. Cela, sans même avoir pris le temps d'étudier avec justesse ces aspects en nous mettant particulièrement à l'écoute des femmes, ni même avoir mis en doute cette idée.

Il est fort possible que notre vécu ait été un facilitateur dans l'émergence de cette idée préconçue. Lorsque nous avons pu conscientiser cet aspect, nous avons éprouvé la nécessité de prendre du recul par rapport à notre manière d'appréhender l'épisiotomie. Nous ne voulions plus uniquement nous intéresser à un effet préconçu que nous aurions souhaité en quelque sorte révéler. D'un coup nous avons pris conscience que notre positionnement transférentiel avait biaisé les bases préalables de notre démarche de chercheur. Aussi, nous avons décidé, vers la fin de notre première année de thèse, de prendre du recul vis-à-vis de notre objet d'étude afin de l'appréhender sous un angle nouveau plus marqué par la neutralité. Cette prise de recul s'est d'ailleurs réalisée au travers de l'ensemble de nos travaux scientifiques portant sur l'épidémiologie, l'histoire de l'accouchement, les facteurs liés à l'épisiotomie, la médicalisation de la naissance... et le processus de publication enjoignant à une certaine neutralité vis-à-vis de son objet d'étude. Au cours de ce processus, nous avons ressenti le besoin d'isoler le plus possible la pratique de l'épisiotomie de l'ensemble du contexte au sein duquel elle s'exerce, colorant indéniablement la perception que nous pouvons avoir de cette pratique chirurgicale. De même, nous avons tout au long de notre parcours gardé une certaine forme de vigilance portant sur ces aspects.

La réflexion transférentielle portant sur notre objet d'étude nous a donc permis de mettre en place l'ensemble de cette dynamique. Mais aussi, elle nous a permis de gagner en neutralité vis-à-vis de l'épisiotomie.

✓ L'épisiotomie et le lien à l'intime

En dehors du positionnement que nous avons éprouvé à l'égard de l'épisiotomie au début de notre travail de thèse, nous avons également été confronté à une dimension qui lui était associée : l'intime. Contre toutes nos attentes, cette notion est celle qui nous a le plus mis en difficulté. Spontanément, en écrivant ces lignes nous repensons à toutes les fois où nous avons tourné dans tous les sens une manière de poser une question portant sur la sphère sexuelle et l'intimité du couple. De même, nous repensons également à la gêne que nous ressentions lorsque nous devons évoquer ces aspects.

Nous avons été assez surpris de découvrir cet aspect dans notre pratique de recherche. Effectivement, alors que nous assurons une consultation de sexologie clinique au CMP de Metz Nord et que nous sommes d'un naturel très spontané, nous nous retrouvons en difficulté lorsqu'il fallait aborder la question de l'intimité dans un cadre de recherche. Après réflexion, nous nous sommes rendu compte que nos difficultés provenaient du fait que nous étions à l'origine de la demande d'information portant sur l'intimité. Au CMP par exemple, les patients s'adressent à un psychologue et sexologue. L'expression de l'intime ou du sexuel s'étaye alors sur une demande d'aide du sujet à laquelle le psychologue répond. En revanche, dans le cadre de cette recherche c'est le chercheur qui est à l'origine de la demande portant sur ce point et souvent, nous avons eu le sentiment de faire effraction en abordant les aspects intimes. Pourtant ce sentiment n'était pas exprimé par les participantes, et nous ne pensons pas que nos questionnements ont été vécu comme tels.

Aujourd'hui nous pensons que ce malaise nous vient du fait que nous considérons que l'intime est quelque chose qui se dévoile plus que quelque chose qui doit être révélé par autrui. Nous pensons que cette conception nous provient de notre dynamique familiale et des règles qui la régissent. Bien que conscient de leur existence, nous n'avons par exemple jamais vu aucune personne de notre famille faire preuve d'un geste intime (que cela soit un geste amoureux ou de tendresse). La notion de pudeur y est extrêmement importante et les mots désignant le moindre rapproché affectif ou encore l'évocation de l'intériorité psychique ou physique ne sont employés que sous une forme extrêmement imagée. Enfin, il est possible que l'influence du cadre religieux dans lequel nous avons grandi ait exercé une influence notable sur ce point. Au cours de notre construction, nous ne nous sommes pas retrouvés dans cette façon de faire et nous avons d'ailleurs développé une forme de grande spontanéité que nous considérons comme un contrepoid visant à exprimer plus facilement nos ressentis. Seulement,

ce procédé ne nous a pas mis à l'abri de l'apparition d'une gêne face à l'exploration de la sphère intime d'autrui. Aujourd'hui avec le recul, nous considérons que cette gêne est une forme d'écho réactualisé à l'égard de la difficile expression de notre curiosité infantile portant sur le registre intime.

L'importance de cet aspect a induit l'apparition d'attitudes spécifiques de notre part. Ainsi, afin de contrer le malaise provenant de ce que nous vivions comme une incursion dans le domaine intime nous avons adopté une position légèrement espiègle. Ce positionnement que nous utilisons souvent en CMP face à des personnes très réservées nous a tout d'abord permis d'introduire une distance entre l'attitude que nous présentions et notre vécu réel. Ainsi, par le biais de l'emploi de ce rôle, nous avons pu nous préserver du sentiment difficile provenant de notre confrontation avec le questionnement portant sur l'intime d'autrui. En outre, en faisant intervenir l'humour, ce positionnement permettait de créer une connexion spontanée et de dédramatiser la situation facilitant ainsi l'expression portant sur la dimension intime.

Cette façon de faire et la compréhension des phénomènes qui lui étaient associés nous a alors permis de mieux saisir les enjeux qui se sont noués autour de notre dynamique d'étude portant sur l'impact psychique de l'épisiotomie et la notion d'intime qui lui est associée.

✓ L'épisiotomie perçue comme une entrave à la dialectique féminin/masculin

Une des dernières préconceptions transférentielles nous ayant lié à notre objet d'étude fait référence à l'idée préconçue consistant à penser que l'épisiotomie pouvait être perçue comme une entrave empêchant la mise en place d'une dialectique réussie entre féminin et masculin. Encore une fois, au début de notre parcours nous avons adhéré à une vision plutôt négative de notre objet d'étude. Avec le recul, nous avons compris que cette dernière était nourrie de la conception discutée précédemment (liant épisiotomie et traumatisme) mais aussi que ce faisant, nous nous placions dans une position de facilitateur de la dynamique féminin/masculin.

En conséquence, les premiers pas de notre étude répondaient à la volonté inconsciente de faciliter le dialogue entre féminin et masculin en suite de couche. Cela, en mettant à jour l'existence de mécanismes provenant de l'épisiotomie, et qui pouvaient entraver cet aspect. D'une part, cette conception était encore une fois une conception subjective et notre prise de conscience concernant ce positionnement au début de l'année 2014 a également mené à une prise de recul et à relativiser ces aspects. D'autre part, nous pensons que cette volonté

inconsciente est connectée au fait, qu'enfant, nous aurions aimé que le dialogue des femmes de notre famille avec le masculin puisse être parfois facilité ou... moins refoulé. Progressivement en comprenant les liens nous liant à la représentation de l'épisiotomie, nous nous sommes alors détachés de ce positionnement ce qui nous a permis d'appréhender notre objet d'étude avec plus de neutralité.

✓ Etudier l'épisiotomie en tant qu'homme : s'intéresser aux femmes dans la mêmeté et la différence

Un des derniers aspects transférentiels nous ayant lié à notre objet d'étude est enfin lié à notre positionnement d'homme face au féminin. En effet, en prenant l'épisiotomie comme objet d'étude, nous avons investi auprès des femmes une place particulière. En effet, cette place nous a permis, entre autres, d'assurer une dialectique avec le féminin dans la mêmeté et la différence.

La mêmeté dans le féminin (s'étayant sur notre valence féminine importante) a été, pour nous, un support facilitant la mise en relation avec les participantes de cette étude. De plus, nous pensons qu'il a permis d'instaurer un climat de confiance bénéfique à la qualité des échanges que nous avons recueillis.

La dialectique avec le féminin instaurée dans la différence est venue ici plus particulièrement questionner notre positionnement d'homme et le masculin. Comme nous avons pu le mettre en évidence au travers de l'analyse transféro contre-transférentielle portant sur la dynamique s'étant jouée avec Alyssée, ce questionnement a pu nous apporter une satisfaction inconsciente. La mise en mot de cette dynamique a été pour nous la plus complexe. Cela, car nous considérons qu'il est bien plus compliqué de présenter les raisons et les enjeux inconscients nous ayant poussé à apprécier quelque chose ; comparé à la dynamique visant à expliquer les raisons transférentielles d'un vécu difficile.

Ainsi, au cours de l'élaboration de notre réflexion transféro contre-transférentielle nous avons compris que l'instauration d'une dialectique avec le féminin venait également renforcer le sentiment de masculinité que nous pouvions ressentir dans l'accès à la différence. Nous avons également pu noter que cette affirmation du masculin conduite dans le dialogue avec le féminin était une source de satisfaction inconsciente et qu'elle pouvait se jouer sur un fond de rivalité également inconsciente à l'égard de la figure du compagnon et parfois du père. Cette rivalité a

par ailleurs invoqué un fort ressenti d'angoisse et de culpabilité comme si cette dernière était interdite ou n'avait pas le droit d'être pensée.

Sur ce point, nous nous sommes souvenu avoir dit une fois à notre analyste que “travailler sur l'épisiotomie c'était peut-être aussi notre manière de nous intéresser aux femmes”. L'analyse que nous avons réalisée au sujet de notre transfert nous a permis de complémentariser cet aspect en montrant que cette dynamique pouvait également se jouer à trois sur fond de rivalité avec le masculin vécu comme un rival. Ce qui, dans certains cas pouvait apporter une forme de satisfaction inconsciente dont la mise à jour est aujourd'hui éprouvé comme une source d'angoisse et culpabilité potentielle. Toutefois, la compréhension de cette problématique nous a amené à connaître certains aspects noués autour de notre étude de l'épisiotomie. Bien malheureusement, nous avons pris conscience de cet aspect en fin de parcours de thèse (vers la fin de l'année 2017). Ainsi, bien que tardive, sa compréhension nous tout de même permis de réfléchir encore une fois à notre positionnement face aux femmes rencontrées mais aussi face à notre objet d'étude.

CONCLUSION

L'étude que nous avons réalisée avait pour but de circonscrire les effets psychiques potentiels de l'épisiotomie en nous appuyant sur une méthodologie longitudinale et comparative. Au sein de cet écrit, nous avons pu répondre à cet objectif en apportant une réponse basée sur trois niveaux d'analyses différents.

Au cours d'un travail exploratoire, nous avons premièrement montré à l'aide d'une démarche comparative que l'épisiotomie était spécifiquement sujette à la survenue de douleurs, de dépressions et de dyspareunies 3 mois après l'accouchement. De même, elle est liée à une baisse de la satisfaction maternelle liée à l'accouchement 2 mois après la naissance de l'enfant. Enfin, l'épisiotomie est significativement perçue comme plus difficile. Notre réflexion qualitative exploratoire des entretiens a également pu montrer la présence d'angoisses somatopsychiques spécifiques comme la peur que la cicatrice se réouvre faisant appel à un défaut de symbolisation du contenant sexuel. Enfin, cette démarche a permis d'isoler de nombreuses difficultés sexuelles entraînées par l'incision du périnée, notamment au niveau de la cicatrice.

Dans un second temps, nous avons principalement pu montrer que les femmes présentant une qualité de la mentalisation effondrée étaient préservées de la survenue d'un vécu difficile de l'épisiotomie. A l'inverse, les femmes ayant une capacité de mentalisation élevée étaient plus sensiblement concernées par la survenue d'un vécu difficile de l'épisiotomie. De même, nous avons pu montrer certaines tendances pertinentes comme le fait qu'une qualité de symbolisation agressive de haut niveau est un facteur de risque du vécu négatif de l'épisiotomie. Enfin, la présence de symbolisations maternelles de haut niveau est perçue comme un facteur permettant de préserver les femmes de l'apparition d'un vécu difficile de l'épisiotomie au cours de l'accouchement.

Pour finir, nous avons pu montrer dans un troisième temps, que l'ensemble de ces aspects dépendaient également de la subjectivité de chaque femme. Ainsi, nous avons pu montrer que les projections transférentielles et la reviviscence d'un traumatisme antérieur pouvait induire un vécu difficile de l'épisiotomie en suite de couche. Cela, en insistant sur le fait que le vécu de l'épisiotomie pouvait être influencé par le vécu de chaque femme.

L'ensemble de cette démarche nous a permis de répondre aux deux perspectives fixées par le cadre de notre étude.

D'une part, nous avons pu répondre à l'objectif théorique que nous nous étions fixé en apportant quelques éléments supplémentaires portant à la fois sur les effets psychiques de l'épisiotomie, les facteurs impliqués dans son vécu mais aussi le devenir-mère. Plus précisément, cette étude a permis d'isoler de nombreux aspects portant sur l'épisiotomie tout en proposant une interprétation du rôle de la mentalisation au cours de la périnatale. Ce parcours nous a alors permis de proposer une réinterprétation de l'origine de la notion clinique de transparence psychique. Enfin, nous avons également pu interroger certains aspects méthodologiques liés à la recherche en périnatalité. Notre étude est également devenue un des points de départ d'un axe de recherche subsidiaire portant sur les spécificités des protocoles obtenus au test de Rorschach avant l'accouchement et au cours de la période postnatale.

D'autre part, nous avons également pu établir quelques recommandations visant à répondre à la perspective préventive de notre recherche. Au niveau primaire, nous avons pu préciser que si l'on se place du point du psychisme, la survenue d'une déchirure équivalente est globalement préférable à celle d'une épisiotomie. Au niveau secondaire, les réflexions portant sur les facteurs de risques psychique ont également permis de suggérer des dynamiques préventives visant à prévenir la survenue d'un vécu difficile de l'épisiotomie. En revanche, notre étude n'a pas permis d'aborder de perspective préventive tertiaire. Cela, car notre méthodologie n'était pas tournée vers ces aspects.

En guise de conclusion, nous considérons que notre étude est également un plaidoyer en faveur de l'interdisciplinarité et du rôle du psychologue en maternité. L'enrichissement réciproque provoquée par la rencontre de la sphère médicale et des sciences sociales (et notamment la psychologie) nous semble être une source fructueuse d'hypothèse. Elle est aussi à l'origine de la création de travaux éventuels ultérieurs permettant à terme de bénéficier aux populations concernées. Dans le cas de notre recherche, nous avons pu saisir la main tendue de nos confrères et noter la grande ouverture dont ils ont fait preuve. Cette dynamique de confiance réciproque co-construite au sein d'un dynamique interdisciplinaire riche nous semble être un des modèles de fonctionnement du soin périnatal de demain mais aussi une forme de collaboration scientifique riche dont le but commun est de permettre de créer et favoriser la présence des conditions nécessaires au bien-être des femmes au cours de la période périnatale.

BIBLIOGRAPHIE

- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M., & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. Récupéré le 1^{er} septembre 2018 du site : <https://www.cochrane.org/fr/CD006672/les-techniques-perineales-au-cours-de-la-deuxieme-phase-du-travail-pour-reduire-les-traumatismes>
- Abdool, Z., Thakar, R., & Sultan, A. H. (2009). Postpartum female sexual function. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 145, 133-7
- Abécassis, E. (2005). *Un heureux événement*. Paris : Albin Michel.
- Abolfazl, M., Hamidreza, T. S., Narges, M., & Maryam, Y. (2008). Gestational diabetes and its association with unpleasant outcomes of pregnancy. *Pak J Med Sci*, 24(4), 566-70.
- Abraham, N. et Torok, M. (1987). *L'écorce et le noyau*. Paris : Flammarion.
- Abraham, S., Child, A., Ferry, J., Vizzard, J., & Mira, M. (1990). Recovery after childbirth: a preliminary prospective study. *Med J Aust*, 152, 9-12.
- Acele, E. Ö., & Karaçam, Z. (2012). Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *Journal of clinical nursing*, 21(7-8), 929-937.
- Agence de Biomédecine. (2016). *Rapport Médical et Scientifique de l'Agence de la Biomédecine 2006. Le rapport médical et scientifique de l'assistance médicale à la procréation et de la génétique humaine en France*. Récupéré le 25 septembre 2018 du site : <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2016/donnees/procreation/01-amp/synthese.htm>
- Agostini, D. (2005). Les concepts de « capacité d'être seul» (DW Winnicott) et de «se sentir seul» (M. Klein). *Adolescence*, 1, 67-78.
- Ahmadi, Z., Torkzahrani, S., Roosta, F., Shakeri, N., & al. (2017). Effect of breathing technique of blowing on the extent of damage to the perineum at the moment of delivery: A randomized clinical trial. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 22(1), 62.

- Akrich, M., & Pasveer, B. (2004). Embodiment and disembodiment in childbirth narratives. *Body & Society, 10*(2-3), 63-84.
- Allaily, A. (1996). The history of the parturition chair. In J. Studd (ed.), *The Yearbook of The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (pp.23-32). London : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Ambresin, G., de Coulon, N., de Roten, Y. et Despland, J. (2009). Psychothérapie psychodynamique brève de la dépression pour patients hospitalisés. *Psychothérapies, 29*(2), 75-84. doi:10.3917/psys.092.0075.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Association.
- Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelli, R., & Zampino, F. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal, 13*, 167–182.
- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M. et Tambelli, R. (1999). *Maternité et grossesse*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Ammaniti, M., & Tambelli, R. (2010). Prenatal self-report questionnaires, scales and interviews. *Parenthood and mental health. A bridge between infant and adult psychiatry*, 109-120.
- Ammaniti, M., Tambelli, R., & Odorisio, F. (2013). Exploring maternal representations during pregnancy in normal and at-risk samples: The use of the interview of maternal representations during pregnancy. *Infant mental health journal, 34*(1), 1-10.
- Ammaniti, M., Tambelli, R. et Perucchini, P. (2000). De la grossesse à la période post-accouchement : stabilité et évolution des représentations maternelles. *Devenir, 12*(2), 83–100.
- Anderson, S. F. (1977). Childbirth as a pathological process: an American perspective. *MCN Am J Matern Child Nurs, 2*(4), 240-244.
- André, C. (2004). *Psychologie de la peur: craintes, angoisses et phobies*. Paris : Odile Jacob.
- Andréas-Salomé, L. (1915, 1980). « Anal » et « Sexuel ». Dans L. Andreas-Salomé (dir.), *L'amour du narcissisme* (pp. 89-131). Paris: Gallimard.

- Andrews, V., Thakar, R., Sultan, A. H., & Jones, P. W. (2008). Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia—a prospective study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *137*(2), 152-156.
- Ansara, D., Cohen, M. M., Gallop, R., Kung, R., & Schei, B. (2005). Predictors of women's physical health problems after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *26*(2), 115-125.
- Antoine, C. (2007). *La révolution intérieure – Psychologie de la grossesse et de la maternité*. Paris : Larousse.
- Anzieu, D. (1985, 1995). *Le moi-peau*. Paris : Dunod.
- Anzieu, D. & Chabert, C. (1965). *Les Méthodes projectives* (2e édition). Paris: Presses Universitaires de France.
- Arms, S. (1975). *Immaculate deception: A new look at women and childbirth in America*. Boston: Houghton Mifflin.
- Arnold, L. D., Bachmann, G. A., Rosen, R., Kelly, S., & Rhoads, G. G. (2006). Vulvodynia: Characteristics and associations with comorbidities and quality of life. *Obstetrics and Gynecology*, *107*, 617–624. doi:10.1097/01.AOG.0000199951.26822.27
- Arunima, S. K. (2012). Medicalization: a growing menace. *Delhi Psychiatry Journal*, *15*(2), 255-59.
- Assoun, P. L. (2006). *Leçons psychanalytiques sur l'angoisse*. Paris: Anthropos.
- Atlantis, E., & Sullivan, T. (2012). Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *The journal of sexual medicine*, *9*(6), 1497-1507.
- Avery, M. D., Duckett, L., & Frantzich, C. R. (2000). The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *The Journal of Midwifery & Women's Health*, *45*(3), 227-237.
- Aydede, M. (2017). Defending the IASP definition of pain. *The Monist*, *100*(4), 439-464.
- Ayers, S., McKenzie-McHarg, K., & Slade, P. (2015). Post-traumatic stress disorder after birth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *33*(3), 215-218, DOI:10.1080/02646838.2015.1030250

- Azcue, M., & Tardif, J. (2012). Begetting in the Perspective of Gift: What It Means to Give Birth in our Modern Health Care System. *Revue du MAUSS, 1*, 163-179.
- Azoulay, C., Emmanuelli, M. et Corroyer, D. (2012). *Nouveau manuel de cotation des formes au Rorschach*. Paris : Dunod.
- Azuar, A. S., Vendittelli, F., Tergny, E., Savary, D., Accoceberry, M., Jacquetin, B... & Lémercy, D. (2013). Politique restrictive d'épisiotomie au sein d'un service: un exemple d'évaluation des pratiques professionnelles. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 41*(1), 10-15.
- Bacque, M.-F. (1992). Mentalisation de la dépression au Rorschach et au T.A.T. Comparaison dans le cadre d'une maladie grave et d'un épisode dépressif majeur, *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes projectives, 36*, 77-92.
- Bader, G. (2010). Chapitre 59 – Episiotomie. Dans L. Marpeau, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français et Collège National des Sages-Femmes de France et Association de Soutien aux Femmes Enceintes Fumeuses, *Traité d'obstétrique* (pp. 455-461). Paris : Elsevier.
- Bailham, D., & Joseph, S. (2003). Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health & Medicine, 8*(2), 159-168.
- Bailham, D., Slade, P., & Joseph, S. (2004). Principal components analysis of the perceptions of labour and delivery scale and revised scoring criteria. *Journal of reproductive and infant psychology, 22*(3), 157-165.
- Baker, P. N., & Monga, A. (1995). Obstetric procedures. In L. C. Kenny & J. E. Myers. *Obstetrics by ten teachers* (pp. 285-303). London: Arnold.
- Baksu, B., Davas, I., Agar, E., Akyol, A., & Varolan, A. (2007). The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *International Urogynecology Journal, 18*(4), 401-406.
- [Balaskas, J.](#), & [Gordon, Y.](#) (1987). *The encyclopaedia of pregnancy and birth*. London: Macdonald and Co Ltd.
- Ballard, K., & Elston, M. A. (2005). Medicalisation: a multi-dimensional concept. *Social Theory & Health, 3*(3), 228-241.

- Ballesteros-Meseguer, C., Carillo-Garcia, C., Meseguer-de-Pedro, M., Canteras-Jordana, M., & Martinez-Roche, M. (2016). Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. *Rev Latino-Am Enfermagem*, *24*, e2793.
- Balon, R., Segraves, R. T., & Clayton, A. (2007). *Issues for DSM-V: Sexual dysfunction, disorder, or variation along normal distribution: Toward rethinking DSM criteria of sexual dysfunctions*. Récupéré le 1^{er} septembre 2018 du site The American Journal of Psychiatry : <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.2007.164.2.198>
- Barnack, J. L., & Chrisler, J. C. (2007) The experience of chronic illness in women: a comparison between women with endometriosis and women with chronic migraine headaches. *Women and Health*, *46*, 115–33.
- Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R., & Manyonda, I. (1999). Women's sexuality after childbirth: a pilot study. *Archives of Sexual Behavior*, *28*(2), 179-191.
- Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R., & Manyonda, I. (2000). Women's sexual health after childbirth. *BJOG*, *107*, 186–195
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association Journal*, *172*(10), 1327-1333.
- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J...& Whipple B. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *J Urol*, *163*, 888–93.
- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K... & Schover, L. (2003). Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *24*(4), 221-229.
- Bastien, D. (1997, 2008). *Le plaisir et les mères*. Paris : Imago.
- Bastien, V., Braconnier, M., & de Tyche, C. (1999). Dépression postnatale Facteurs de risque et modalités de prévention. *L'Evolution psychiatrique*, *64*(2), 289-307.
- Baud, O. (2008). Complications néonatales des extractions instrumentales. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, *37*, 260-268.
- Bayram, G. O., & Beji, N. K. (2010). Psychosexual Adaptation and Quality of Life After Hysterectomy. *Sexuality and disability*, *28*(1), 3-13.

- Beauvalet, S. (2010). La tragédie des maternités hospitalières au XIXe siècle et les projets de réaménagement. *Spirale*, 2(54), 21-29.
- Beauvalet, S. et Boutouyrie, P. (1997). Du geste qui tue au geste qui sauve. Epidémies et procédures médicales invasives à Paris au XIXe Siècle : L'exemple de la Maternité de Port Royal. *Annales de Démographie Historique : Epidémies et Population*, 1, 135-55.
- Beauvalet-Boutouyrie, S. (1999). *Naître à l'hôpital au XIXe siècle*. Paris : Belin.
- Beck, C. T. (2004). Birth trauma: in the eye of the beholder. *Nursery Research*, 53(1), 28-35.
- Beckmann, M. M., & Stock, O. M. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *The Cochrane Library*, 4, CD005123. DOI: 10.1002/14651858.CD005123.pub3.
- Behruzi, R., Hatem, M., Goulet, L., Fraser, W., Leduc, N., & Misago, C. (2010). Humanized birth in high risk pregnancy: barriers and facilitating factors. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 13(1), 49-58.
- Beizmann, C. (1966). *Livret de cotation des formes dans le Rorschach*. Paris : Editions et Applications psychologiques.
- Belihi, F. B., Small, R., & Davey, M. A. (2017). Episiotomy and severe perineal trauma among Eastern African immigrant women giving birth in public maternity care: A population-based study in Victoria, Australia. *Women and Birth*, 30(4), 282-290.
- Belizan, J., Campodonica, L., Carroli, G., Gonzalez, L., Lede, R., Palermo, M., ...& Javkin, A. (1993). Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. *Lancet*, 342(8886-8887), 1517-1518.
- Bellamy, V (2014). *En 2013, 811 510 bébés sont nés en France. I.N.S.E.E.* Récupéré le 25 septembre 2018 du site : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1379742>
- Bellion, E. (2001). Agressivité et grossesse; pour un cheminement nécessaire vers la naissance de la relation mère/bébé. *Devenir*, 13(1), 67-83.
- Bello, F. A., Olayemi, O., Aimakhu, C. O., & Adekunle, A. O. (2011). Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in Ibadan, Nigeria. *ISRN obstetrics and gynecology*, 856586-856586.
- Belot, R. A. (2014a). La singularité des protocoles Rorschach chez une population de femmes en période postnatale. *Devenir*, 26(3), 165-204.

- Belot, R. A. (2014b). Modifications du système pare-excitation maternel en pré-et post-partum et expression somatique du bébé. À partir d'une observation, Elise (1 mois 19 jours). *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 62(4), 218-225.
- Belot, R. A. et Cuynet, P. (2015). Miroir du corps familial, pare-excitation et enjeux psychosomatiques. Dans D. Mellier (dir.), *Le bébé et sa famille* (pp. 151-184). Paris : Dunod.
- Belot, R. A. et De Tychev, C. (2015). Mentalisation maternelle et développement somatique du bébé, une étude comparative au Rorschach. *Bulletin de psychologie*, 5, 367-389.
- Benjamin, J. (2012). *Imaginaire et sexe : essais sur la reconnaissance de la différence sexuelle* (F. Joly, trad. fr.). Paris, France : Payot.
- Bennedsen, B. E., Mortensen, P. B., Olesen, A. V., Henriksen, T. B., & Frydenberg, M. (2001). Obstetric complications in women with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 47(2-3), 167-175.
- Benson, R. (1977). Normal labor and delivery. In : R.-C. Benson (ed.), *Handbook of Obstetrics and Gynecology* (6th edn.). Los Altos : Lange Medical Publications.
- Benyamini, Y., Molcho, M. L., Dan, U., Gozlan, M., & Preis, H. (2017). Women's attitudes towards the medicalization of childbirth and their associations with planned and actual modes of birth. *Women and Birth*, 30(5), 424-430.
- Berg, M., & Dahlberg, K. (1998). A phenomenological study of women's experiences of complicated childbirth. *Midwifery*, 14(1), 23-29.
- Bergeret, J. (1974, 1996). *La personnalité normale et pathologique* (3^{ème} édition). Paris : Dunod.
- Bergeret, J. et coll. (1999). *L'érotisme narcissique : Homosexualité et homoérotisme*. Paris : Dunod.
- Bergeret, J. et Houser, M. (2001). *La sexualité infantile et ses mythes*. Paris : Dunod.
- Bergeret, J. et Houser, M. (2004). *Le fœtus dans notre inconscient*. Paris : Dunod.
- Bergeret, J. (2010). *La violence fondamentale-2e ed.: L'inépuisable oedipe*. Paris : Dunod.
- Bergeret-Amselek, C. (1997). *Le mystère des mères*. Paris : Desclée de Brouwer.

- Berghella, V., Baxter, J. K., & Chauhan, S. P. (2008). Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, *199*(5), 445-454.
- Bernitz, S., Øian, P., Rolland, R., Sandvik, L., & Blix, E. (2014). Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: a cohort of low-risk nulliparous women. *Midwifery*, *30*(3), 364-370.
- Berthet, J., Pache, P. et Racinet, C. (1985). Evaluation du confort périnéal en suites de couches chez les primipares. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, *14*, 769-73.
- Bertozzi, S., Londero, A. P., Fruscalzo, A., Driul, L., Delneri, C., Calcagno, A., ... & Marchesoni, D. (2011). Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after the sixth month postpartum: a retrospective study. *BMC women's health*, *11*(1), 12.
- Bertucci, V., Boffo, M., Mannarini, S., Serena, A., Saccardi, C., Cosmi, E... & Ambrosini, G. (2012). Assessing the perception of the childbirth experience in Italian women: A contribution to the adaptation of the childbirth perception questionnaire. *Midwifery*, *28*(2), 265-274.
- Beynon, C. L. (1957). The normal second stage of labour. *BJOG*, *64*(6), 815-820.
- Bianchi-Demicheli, F. et Abraham, G. (2004). Approches psychothérapeutiques dans des troubles gynécologiques fonctionnels. *Psychothérapies*, *24*(1), 33-38.
- Bick, E. (1968). L'expérience de la peau dans les relations objectales précoces. *Rev. Bel. Psychan*, *1*(1982), 7376.
- Bick, D. E., Ismail, K. M., Macdonald, S., Thomas, P., Tohill, S., & Kettle, C. (2012). How good are we at implementing evidence to support the management of birth related perineal trauma? A UK wide survey of midwifery practice. *BMC pregnancy and childbirth* *12*(1), 57.
- Binik, Y. M. (2005). Should dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decision. *Archives of Sexual Behavior*, *34*(1), 11-21.
- Bion, W. R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris : Presses Universitaires de France. ([ISBN 2-13-053486-4](#))
- Bion, W. R. (1963, 1979). *Éléments de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France. ([ISBN 2-13-053501-1](#))

- Bion, W. R. (1965, 1982). *Transformations. Passage de l'apprentissage à la croissance*. Paris : Presses Universitaires de France. ([ISBN 2-13-036983-9](#))
- Bion, W. R. (1974, 1980). *Entretiens psychanalytiques*. Paris : Gallimard.
- Birmes, P., Brunet, A., Carreras, D., Ducassé, J. L., Charlet, J. P., Lauque, D., ... & Schmitt, L. (2003). The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1337-1339.
- Blanchet, A. et Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin.
- Blazquez, R. A., Corchon, S., & Ferrandiz, E. F. (2017). Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth: Systematic review. *Midwifery*, 55(12),103-112.
- Blohm, F., Fridén, B., & Milsom, I. (2008). A prospective longitudinal population-based study of clinical miscarriage in an urban Swedish population. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(2), 176-183.
- Blondel, B. (2004). Augmentation des naissances gémellaires et conséquence de la gémellité sur la santé à la naissance. *Archives de pédiatrie*, 6(11), 653-655.
- Blondel, B., Alexander, S., Bjarnadóttir, R. I., Gissler, M., Langhoff-Roos, J. Novak-Antolič, Ž... & Zeitlin, J. (2016). Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 95(7), 746-754.
- Blondel, B., Coulm, B., Bonnet, C., Goffinet, F., Le Ray, C., & National Coordination Group of the National Perinatal Surveys. (2017a). Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016: Results from the French National Perinatal Surveys. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction*, 46(10), 701-713.
- Blondel, B., Gonzales, L. et Reynaud, P. (2017b). *Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010*. Récupéré de http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

- Blondel, B., Lelong, N., Kermarrec, M., & Goffinet, F. (2012). Trends in perinatal health in France between 1995 and 2010: results from the national perinatal surveys. *J Gynecol ObstetBiol Reprod*, *41*, 151–66.
- Bocquet, C. et Deruelle, P. (2014). Quelles échelles psychométriques utiliser pour évaluer l'état psychologique de la femme enceinte ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, *43*(8), 587-592.
- Bodner-Adler, B., Kimberger, O., Griebaum, J., Husslein, P., & Bodner, K. (2017). A ten-year study of midwife-led care at an Austrian tertiary care center: a retrospective analysis with special consideration of perineal trauma. *BMC pregnancy and childbirth*, *17*(1), 357.
- Boekholt, M. (1996). Fondements pulsionnels de l'expérience visuelle : regard à travers la genèse du processus Rorschach. *La Psychiatrie de l'enfant*, *39*(2), 537-580.
- Bokanowski, T. (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, *66*(3), 745-757.
- Bolten, N., De Jonge, A., Zwagerman, E., Zwagerman, P., Klomp, T., Zwart, J. J., & Geerts, C. C. (2016). Effect of planned place of birth on obstetric interventions and maternal outcomes among low-risk women: a cohort study in the Netherlands. *BMC pregnancy and childbirth*, *16*(1), 329.
- Bolzinger, A. et Rossel, S. (1969). L'épreuve de choix et de rejet des planches du Rorschach. Remarques préliminaires, éléments sémiologiques. *Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives*, *23*(1), 33-38.
- Boran, S. U., Cengiz, H., Erman, O., & Erkaya, S. (2013). Episiotomy and the development of postpartum dyspareunia and anal incontinence in nulliparous females. *The Eurasian journal of medicine*, *45*(3), 176.
- Boreham, M. K., Richter, H. E., Kenton, K. S., Nager, C. W., Gregory, W. T., Aronson, M. P., ... & Schaffer, J. I. (2005). Anal incontinence in women presenting for gynecologic care: prevalence, risk factors, and impact upon quality of life. *American journal of obstetrics and gynecology*, *192*(5), 1637-1642.
- Boston Women's Health Book Collective. (1973). *Our Bodies, Ourselves: A book by and for Women*. New York: Simon and Schuster.

- Boudou, M., Séjourné, N., & Chabrol, H. (2007). Douleur de l'accouchement, dissociation et détresse périnatales comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 35(11), 1136-1142.
- Bourgoin, E., Callahan, S., Séjourné, N. et Denis, A. (2012). Image du corps et grossesse: vécu subjectif de 12 femmes selon une approche mixte et exploratoire. *Psychologie française*, 57(3), 205-213.
- Braga, G. C., Clementino, S. T. P., Luz, P. F. N. D., Scavuzzi, A., Noronha Neto, C., & Amorim, M. M. R. (2014). Risk factors for episiotomy: a case-control study. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 60(5), 465-472.
- Branger, B., Le, F. C., Gillard, P., Merot, E., & Winer, N. (2014). Pregnancy and delivery satisfaction of 424 patients in Perinatal Health Network «Sécurité Naissance» of Pays-de-la-Loire area. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 43(5), 361-370.
- Brazelton, T.B. et Cramer, B. (1991). *Les premiers liens : l'attachement parents/bébé vu par un pédiatre et un psychiatre*. Paris : Calmann-Levy.
- Bricou, A., Frimigacci, D., Demaria, F., Sakr, R. et Benifla, J. L. (2009). Les dyspareunies organiques. *Pelvi-périnéologie*, 4(2), 153-157.
- Britton, J. R. (2006). Global satisfaction with perinatal hospital care: stability and relationship to anxiety, depression, and stressful medical events. *American Journal of Medical Quality*, 21(3), 200-205.
- Broder, G. (2006). Représentations maternelles pendant la grossesse et événement traumatique. *L'Autre*, 7(1), 151-158.
- Brody, S. A. (1978). The life and times of Sir Fielding Ould: man-midwife and master physician. *Bulletin of the History of Medicine*, 52(2), 228-250.
- Bronowicki, J. P., Daurès, J. P., Deuffic-Burban, S., Dhumeaux, D., Izopet, J., Leplège, A... et Salmi, L. R. (2003). *Hépatite C: transmission nosocomiale, état de santé et devenir des personnes atteintes* (Doctoral dissertation, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)). Récupéré le 25 septembre 2018 du site : http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/157/expcol_2003_hepatiteC.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Bronstein, C. (2012). Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. *Revue française de psychanalyse*, 76(3), 769-778. doi:10.3917/rfp.763.0769.
- Broom, D. H., & Woodward, R. V. (1996). Medicalisation reconsidered: toward a collaborative approach to care. *Sociology of Health & Illness*, 18(3), 357-378.
- Brown, S., & Lumley, J. (1994). Satisfaction with care in labor and birth : a survey of 790 Australian women. *Birth*, 21(1), 4-13.
- Brown, S., & Lumley, J. (1998). Maternal health after childbirth: results of an Australian population-based survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 105(2), 156-161.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1987). Dimensionality of the body image: the Body-image questionnaire. *Perceptual and motor skills*, 65, 887-892.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1990). *Une psychologie du corps*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1977). Pour une approche quantitative de l'image du corps, adaptation française du Body Focus Questionnaire. *Revue de Psychologie Appliquée*, 27(3), 157-176.
- Bryers, H. M., & van Teijlingen, E. (2010). Risk, theory, social and medical models: a critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*, 26(5), 488-496.
- Buhling, K. J., Schmidt, S., Robinson, J. N., Klapp, C., Siebert, G., & Dudenhausen, J. W. (2006). Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 124(1), 42-46.
- Bydlowski, M. (1997, 2002). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bydlowski, S. (2015). Les troubles psychiques du post-partum: dépistage et prévention après la naissance: recommandations. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 44(10), 1152-1156.
- Byrd, J. E., Hyde, J. S., DeLamater, J. D., & Plant, E. A. (1998). Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *J Fam Pract*, 47, 305 –308

- Cabelguyen, C. et Rabeyron, T. (2018). Le trauma entre neurosciences et psychanalyse. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. In press.
- Cailleau, F. (2009). Percer le secret de la grossesse : de la transparence du corps à la transparence psychique. *Cahiers de psychologie clinique*, 32(1), 75-87. doi:10.3917/cpc.032.0075.
- Camara, N. A. et Pommier, F. (2012). Différence culturelle dans la perception de l'image échographique : étude des représentations maternelles dans une perspective interculturelle. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60(3), 166-175.
- Campero, L., García, C., Díaz, C., Ortiz, O., Reynoso, S., & Langer, A. (1998). "Alone, I wouldn't have known what to do": A qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. *Social Science & Medicine*, 47(3), 395-403.
- Candel, D. et Dubois, D. (2005). Vers une définition de la « qualité de vie » ? *Revue francophone de psycho-oncologie*, 4(1), 18-22.
- Candilis-Huisman, D. (2010). Psychopathologie du « travail utérin » de l'accouchement. Dans J. André et L. Aupetit, *Maternités traumatiques* (pp. 81-96). Paris : Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.andre.2010.01.0081.
- Capponi, I. et Horbacz, C. (2005). Evolution et déterminants éventuels de l'anxiété périnatale de primipares: du huitième mois de grossesse au troisième mois post-partum. *Devenir*, 17(3), 211-231.
- Carricaburu, D. (2007). De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical: les enjeux d'une définition. *Sociologie et sociétés*, 39(1), 123-144.
- Carroli, G., & Belizan, J. (1999). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 3, CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
- Carroli, G., & Mignini, L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 1, CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
- Carter, S. K. (2010). Beyond control: body and self in women's childbearing narratives. *Sociology of health & illness*, 32(7), 993-1009.

- Carvalho, C. C. M. D., Souza, A. S. R., & Moraes Filho, O. B. (2010). Prevalence and factors associated with practice of episiotomy at a maternity school in Recife, Pernambuco, Brazil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(3), 333-339.
- Casey, B. M., Schaffer, J. I., Bloom, S. L., Heartwell, S. F., McIntire, D. D., & Leveno, K. J. (2005). Obstetrics antecedents for postpartum pelvic floor dysfunction, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(5), 1655-1662.
- Cassiers, L. (1968). *Le psychopathe délinquant*. Bruxelles : Editions Mardaga.
- Castarède, M.-F. (1983, 2002). L'entretien clinique a visée de recherche. Dans C. Chiland (dir.), *L'entretien clinique* (p. 118-145). Paris : Presses Universitaires de France.
- Cesbron, P. (2008). Naître à la vie, en douleur. *Spirale*, 1(45), 79-98.
- Chabert, C. (1983, 2012). *Le Rorschach en clinique adulte-3e éd.: Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod.
- Chabert, C. (1987, 2012). La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach (3^{ème} édition). Paris : Dunod.
- Chabert, C. (2018). *Psychanalyse et méthodes projectives*. Paris : Dunod.
- Chabert, C., Louët, E., & David-Camps, F. (2017). *Les dépressions extrêmes : Approche psychanalytique et projective*. Dunod.
- Chabrol, H., & Callahan, S. (2018). *Mécanismes de défense et coping-3e éd.* Paris: Dunod.
- Chadwick, R. J., & Foster, D. (2014). Negotiating risky bodies: childbirth and constructions of risk. *Health, risk & society*, 16(1), 68-83.
- Chagnon, J. (2005). Féminité entre latence et adolescence. *Adolescence*, 53(3), 557-573. doi:10.3917/ado.053.0557.
- Chagnon, J. Y. (2013). L'École de Paris: bref historique. *Le Carnet Psy*, 169(2), 27-29.
- Chalmers, I., Enkin, M., & Keire, M. (1989). *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press.
- Chang, S., Chang, T., Chen, K., & Lin, H. (2010). Sexual function in women 3 days and 6 weeks after childbirth: A prospective longitudinal study using the Taiwan version of the Female Sexual Function Index. *J Sex Med*, 7, 3946-56.

- Chang, S. R., Chen, K. H., Lin, H. H., Chao, Y. M. Y., & Lai, Y. H. (2011). Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow-up study. *International journal of nursing studies*, 48(4), 409-418.
- Chanial, P. (2010). L'instant fugitif où la société prend. Le don, la partie et le tout. *Revue du MAUSS semestrielle*, 36, 521-538.
- Charrier, P. et Clavandier, G. (2013). *Sociologie de la naissance*. Paris : Armand Colin.
- Chasseguet-Smirguel, J. (1986, 1988). *Les deux arbres du jardin*. Paris : Edition des femmes.
- Chatton, D., Desjardins, J., Desjardins, L. et Tremblay, M. (2005). La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. *Psychothérapies*, 25(1), 3-19. doi:10.3917/psys.051.0003.
- Chauchat, H. (1985). *L'enquête en psycho-sociologie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Chayachinda, C., Titapant, V., & Ungkanungdecha, A. (2015). Dyspareunia and Sexual Dysfunction after Vaginal Delivery in Thai Primiparous Women with Episiotomy. *The journal of sexual medicine*, 12(5), 1275-1282.
- Chehab, M., Courjon, M., Eckman-Lacroix, A., Ramanah, R., Maillet, R. et Riethmuller, D. (2014). Influence d'une forte diminution du recours à l'épisiotomie sur le taux global de périmée intact et peu lésionnel dans une population d'une maternité de niveau III. *La Revue Sage-Femme*, 13(6), 278-284.
- Chervet, B. (2006). L'après-coup. Prolégomènes. *Revue française de psychanalyse*, 70(3), 671-700. doi:10.3917/rfp.703.0671.
- Chervet, B. (2009). L'après-coup: La tentative d'inscrire ce qui tend à disparaître. *Revue française de psychanalyse*, 73(5), 1361-1441. doi:10.3917/rfp.735.1361.
- Cheung, W., Ip, W. Y., & Chan, D. (2007). Maternal anxiety and feelings of control during labour: a study of Chinese first-time pregnant women. *Midwifery*, 23(2), 123-130.
- Christiaens, W., & Bracke, P. (2009). Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery*, 25(2), e11-e19.
- Christiaens, W., & van Teijlingen, E. (2009). Four meanings of medicalization: childbirth as a case study. *Salute e Societa*, 8(2), 123-142.

- [Christine. \(1994\)](#). A burden to share: a personal account of the effect of childhood sexual abuse on birth. *The Birthkit Midwifery Today Association*, 1(2).
- Chuilon, A. L., Le Ray, C., Prunet, C. et Blondel, B. (2016). L'épisiotomie en France en 2010 : variations des pratiques selon le contexte obstétrical et le lieu d'accouchement. *La Revue Sage-Femme*, 15(5), 228-237.
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17,(2), 81-102. doi:10.3917/cpc.017.0081.
- Ciccone, A. et Ferrant, A. (2009). *Honte, culpabilité et traumatisme*. Paris, France : Dunod.
- Ciccone, A. (2012). Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, vol. 2,(2), 397-433. doi:10.3917/jpe.004.0397.
- Clarkson, J., Newton, C., Bick, D., Gyte, G., Kettle, C., Newburn, M... & Johanson, R. (2001). Achieving sustainable quality in maternity services—using audit of incontinence and dyspareunia to identify shortfalls in meeting standards. *BMC pregnancy and childbirth*, 1(1), 4.
- Clavandier, G. et Charrier, P. (2015). La naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie? *Recherches familiales*, 1, 165-174.
- Cleary-Goldman, J., & Robinson, J. N. (2003). The role of episiotomy in current obstetric practice. *Semin Perinatol*, 27(1),3-12.
- Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., Hamlin, S., De Lavergne, S. et Scheffler, M. (2016). La pratique de l'épisiotomie en France 10 ans après les recommandations du CNGOF: quel état des lieux ? *Gynécologie Obstétrique Fertilité*, 44(4), 232-238.
- Clesse C et Lighezzolo-Alnot, J. (Juillet 2017). *Période périnatale et processus de mentalisation au Rorschach*. Congrès international de la société du Rorschach. (Juillet 2017). Paris. France.
- Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., De Lavergne, S., Hamlin, S., & Scheffler, M. (2018a). Statistical trends of episiotomy around the world: Comparative systematic review of changing practices. *Health care for women international*, 39(6), 644-662. DOI:10.1080/07399332.2018.1445253

- Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., de Lavergne, S., Hamlin, S., & Scheffler, M. (2018b). The evolution of birth medicalisation: a systematic review. *Midwifery*, *66*,161-167.
- Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., Lavergne de, S., Hamlin, S. et Scheffler, M. (2018c). Histoire de l'accouchement en occident : évolution des connaissances, techniques, croyances, rites et pratiques professionnelles au travers des âges. *Devenir*. In press.
- Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., Lavergne de, S., Hamlin, S. et Scheffler, M. (2018d). Socio-historical evolution of the episiotomy practice: a systematic review. *Women & Health*, In press.
- Coats, P. M., Chan, K. K., Wilkins, M., & Beard, R. J. A (1980). Comparison between midline and mediolateral episiotomies. *Br J Obstet Gynaecol*, *87*, 408-12.
- Cogan, R., & Edmunds, E. P. (1978). The unkindest cut? *Journal of nurse-midwifery*, *23*, 17.
- Cohen, M. M., Ansara, D., Schei, B., Stuckless, N., & Stewart, D. E. (2004). Posttraumatic stress disorder after pregnancy, labor, and delivery. *Journal of Women's Health*, *13*(3), 315-324.
- Cohen, M., Quintner, J., & van Rysewyk, S. (2018). Reconsidering the International Association for the Study of Pain definition of pain. *Pain reports*, *3*(2), e634.
- Collectif Interassociatif Autour de la NaissanceE. (2004). *Lettre du CIANE au ministère*. Récupéré le 1^{er} septembre 2018 : <http://ddata.over-blog.com/xxxxyy/0/25/46/25/courrier/ministresante020704.pdf>
- Collectif Interassociatif Autour de la NaissanceE. (2005a) *Lettre à la HAS*. Récupéré le 1^{er} septembre 2018 : <https://ciane.net/2005/01/lettrealahas/>
- Collectif Interassociatif Autour de la NaissanceE. (2005b). *Lettre à Pr Dreyfus*. Récupéré le 1^{er} septembre 2018 : <http://ddata.over-blog.com/xxxxyy/0/25/46/25/courrier/rpcepisio.pdf>
- Collectif Interassociatif Autour de la NaissanceE. (2006). La fin de l'épisiotomie ? *Profession Sage-Femme*, 4-7. Récupéré le 1^{er} septembre 2018 : <https://ciane.net/2006/04/lafindelepisiotomie/>
- Collectif Interassociatif Autour de la NaissanceE. (2013). *Épisiotomie : Etat des lieux et vécu des femmes (rapport)*. Récupéré le 1^{er} septembre 2018 : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/Enqu%C3%AAte-%C3%A9pisiotomie-Ciane-2013.pdf>

- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. (2005). *Recommandation pour la pratique clinique. L'épisiotomie* (2005). http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. (2006). Épisiotomie : recommandations du CNGOF pour la pratique clinique (décembre 2005) *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 34, 275-279.
- Collet, M. (2008). *Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement*. Récupéré le 1^{er} septembre 2018 sur le site de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) : <https://drees.solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/er660.pdf>
- Connolly, A., Thorp, J., & Pahel, L. (2005). Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *International Urogynecology Journal*, 16(4), 263-267.
- Conseil National Professionnel des Gynécologues et Obstétriciens. (2018). *Publication du rapport du HCE sur les « Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical »*. Récupéré le 1^{er} septembre 2018 du site : <http://www.cnpgo.org/>
- Corcos, M. (2009). *La terreur d'exister : fonctionnements limites à l'adolescence*. Paris : Dunod.
- Cosans, C. (2001). The embodiment of birth. *Theoretical medicine and bioethics*, 22(1), 47-55.
- Coulm, B., Ray, C., Lelong, N., Drewniak, N., Zeitlin, J., & Blondel, B. (2012). Obstetric Interventions for Low Risk Pregnant Women in France: Do Maternity Unit Characteristics Make a Difference? *Birth*, 39(3), 183-191.
- Cournut-Janin, M. (1998). *Féminin et féminité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Cournut-Janin, M. et Cournut, J. (1993). La castration et le féminin dans les deux sexes. *Revue française de psychanalyse*, 5(57), 1353-1558.
- Courtial, J. P. et Le Dreff, G. (2004). Analyse de récits de femmes enceintes. *Santé publique*, 16(1), 105-121.
- Cox, J. L., Chapman, G., Murray, D., & Jones, P. (1996). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in non-postnatal women. *Journal of affective disorders*, 39(3), 185-189.

- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, *150*, 782-786.
- Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*, *27*(2), 104-111.
- Cromi, A., Bonzini, M., Uccella, S., Serati, M., Bogani, G., Pozzo, N., & Ghezzi, F. (2015). Provider contribution to an episiotomy risk model. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, *28*(18), 2201-2206.
- Cunningham, F. G., MacDonald, P., Gant, N., Leveno, K., & Gilstrap, L. (1993). Common complications of pregnancy. In *Williams Obstetrics* (19th edition) (pp. 763-803). Connecticut: Appleton & Lang, Norwalk.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Gilstrap, L. C., & Wenstrom, K. D. (2005). Neurological and psychiatric disorders. In *Williams obstetrics* (pp. 1167-1169). Connecticut: Appleton & Lang, Norwalk.
- Cunningham, F. G., MacDonald, P., Gant, N., Leveno, K., & Gilstrap, L. (1989). *Williams Obstetrics* (19th edition). Connecticut: Appleton & Lang, Norwalk.
- Cupa, D. (1996). Rêves d'accouchement, émergence de fantasmes originaires, *Champ psychosomatique*, *8*, 37-47.
- Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, *39*(1), 35-51.
- Dahlberg, U., & Aune, I. (2013). The woman's birth experience - The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, *29*(4), 407-415.
- Dahlen, H. G., Priddis, H., & Thornton, C. (2015). Severe perineal trauma is rising but let us not overreact. *Midwifery*, *31*(1), 1-8.
- Dahlen, H. G., Tracy, S., Tracy, M., Bisits, A., Brown, C., & Thornton, C. (2012). Rates of obstetric intervention among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW: a population-based descriptive study. *BMJ open*, *2*(5-e001723), 1-8.
- Damiani, C. et Pereira-Fradin, M. (2006). TraumaQ. *Questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique*. Paris: ECPA.

- Dannecker, C., Hillemanns, P., Strauss, A., Hasbargen, U., Hepp, H., & Anthuber, C. (2004). Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 83, 364-8.
- Dany, L., Apostolidis, T., Cannone, P., Suarez-Diazet, E., & Filipetto, F. (2009). Image corporelle et cancer : une analyse psychosociale : body image and cancer : a psychosocial analysis. *Psycho-Oncologie*, 3(2), 101-117.
- Darvill, R., Skirton, H. et Farrand P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26(3), 357-366.
- Davis□Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S5-S23.
- Davis-Floyd, R. E. (2004). *Birth as an American rite of passage: With a new preface*. Univ of California Press.
- Declercq, E., & Chalmers, B. (2008). Mothers' reports of their maternity experiences in the USA and Canada (English). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(4), 295-308.
- Dejours, C. (1986). *Le corps entre biologie et psychanalyse*. Paris : Payot.
- Dejours, C. (2001, 2003). *Le corps, d'abord*. Paris, France : Petite Bibliothèque Payot.
- Del Volgo, M. (2003). La douleur du malade ou le corps maternel de la médecine. Dans M. Del Volgo, *La douleur du malade: Clinique, psychanalyse et médecine* (pp. 71-83). Toulouse : ERES.
- Delabaere, A., Huchon, C., Deffieux, X., Beucher, G., Gallot, V., Nedellec, S... et Barasinski, C. (2014). Épidémiologie des pertes de grossesse. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 43(10), 764-775.
- Delahanty, D. L., Raimonde, A. J., Spoonster, E., & Cullado, M. (2003). Injury severity, prior trauma history, urinary cortisol levels, and acute PTSD in motor vehicle accident victims. *Journal of anxiety disorders*, 17(2), 149-164.
- Delamare, J., Delamare F., Gélis-Malville, E., Delamare, L., & Péquignot, H. (2012). *Dictionnaire illustré des termes de médecine* (31^{ème} édition). Paris : Maloine.
- Delassus, J. M. (2010). *Le corps du désir: psychanalyse de la grossesse*. Paris : Dunod.

- Delassus, J.-M. (2011). *Penser la naissance*. Paris : Dunod.
- DeLee, J. B. (1920). The prophylactic forceps operation. *Am J Obstet Gynecol*, 1, 34-44.
- Delignières, D. (1993). Anxiété et performance. *Cognition et performance*, 235-254.
- Demirci, O., Yilmaz, E., Tosun, Ö., & Kumru, P., Arinkan, A., Mahmutoğlu, D... & Tarhan, N. (2016). Effect of young maternal age on obstetric and perinatal outcomes: results from the tertiary center in Turkey. *Balkan medical journal*, 33(3), 344-349.
- Demšar, K., Svetina, M., Verdenik, I., Tul, N., Blickstein, I., & Velikonja, V. G. (2018). Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *Journal of perinatal medicine*, 46(2), 151-154.
- Dencker, A., Smith, V., McCann, C., & Begley, C. (2017). Midwife-led maternity care in Ireland—a retrospective cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 101.
- Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H., & Berg, M. (2010). Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC pregnancy and childbirth*, 10(1), 81.
- Deruelle, P., Kayem, G. et Sentilhes, L. (2015). *Chirurgie en obstétrique: Chirurgie de la femme enceinte et de l'accouchement*. Paris : Elsevier Masson.
- Derzelle, M. (2007). Clinique de la douleur chronique et approche psychanalytique. *Psycho-oncologie*, 1(2), 88-92.
- Dessureault, A. M. (2015). La médicalisation de l'accouchement : impacts possibles sur la santé mentale et physique des familles. *Devenir*, 27(1), 53-68.
- Dickinson, J. E., Paech, M. J., McDonald, S. J., & Evans, S. F. (2003). Maternal satisfaction with childbirth and intrapartum analgesia in nulliparous labour. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 43(6), 463-468.
- Diel, P. (1956). *La peur et l'angoisse: phénomène central de la vie et de son évolution*. Paris : Payot.
- Diniz, S. G., d'Oliveira, A. F. P. L., & Lansky, S. (2012). Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reproductive Health Matters*, 20(40), 94-101.

- Diwo, R. (1997). *Événements de vie, mentalisation, somatisation et tentatives de suicide: approche comparée à l'adolescence* (Doctoral dissertation, Nancy 2). Récupéré le 25 septembre 2018 du site : <https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01776235/document>
- Dixon, L., Skinner, J., & Foureur, M. (2014). The emotional journey of labour—Women's perspectives of the experience of labour moving towards birth. *Midwifery*, *30*(3), 371-377.
- Dolan, L. M., Walsh, D., Hamilton, S., Marshall, K., Thompson, K., & Ashe, R. G. (2004). A study of quality of life in primigravidae with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, *15*(3), 160-164.
- Dollander, M. et De Tychev, C. (2002, 2010). *La sante psychologique de l'enfant Fragilités et prévention*. Paris : Dunod.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Le Seuil.
- Dolto, F., Nasio, J.-D. (1985). *L'enfant du miroir*. Paris : Petite bibliothèque Payot.
- Draper, J., & Newell, R. (1996). A discussion of some of the literature relating to history, repair and consequences of perineal trauma. *Midwifery*, *12*(3), 140-145.
- Drife, J. (2002). The start of life: a history of obstetrics. *Postgrad Med Journal*, *78*(919), 311-15.
- Ducarme, G., Hamel, J. F., Brun, S., Madar, H., Merlot, B., & Sentilhes, L. (2017). Sexual function and postpartum depression 6 months after attempted operative vaginal delivery according to fetal head station: A prospective population-based cohort study. *PloS one*, *12*(6), e0178915.
- Dunne, C. L., Fraser, J., & Gardner, G. E. (2014). Women's perceptions of social support during labour: Development, reliability and validity of the Birth Companion Support Questionnaire. *Midwifery*, *30*(7), 847-852.
- Dunsworth, H., & Eccleston, L. (2015). The evolution of difficult childbirth and helpless hominin infants. *Annual Review of Anthropology*, *44*, 55-69.
- Durand, A.-A. (2017). *L'épisiotomie : un taux bien inférieur aux 75 % évoqués par Marlène Schiappa mais de vraies questions*. Récupéré le 1^{er} septembre 2018 du site Le Monde : <https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2017/07/25/l-episiotomie-un-taux-bien->

inferieur-aux-75-evoques-par-marlene-schiappa-mais-de-vraies-questions_5164811_4355770.html

- Eastman, N. J. (1950). *Williams Obstetrics: A textbook for the use of students (10th edition)*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Egbe, T. O., Omeichu, A., Halle-Ekane, G. E., Tchente, C. N., Egbe, E. N., & Oury, J. F. (2015). Prevalence and outcome of teenage hospital births at the Buea health district, South West Region, Cameroon. *Reproductive health, 12*(1), 118.
- Ejegård, H., Ryding, E. L., & Sjögren, B. (2008). Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. *Gynecologic and obstetric investigation, 66*(1), 1-7.
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2012). Separation, failure and temporary relinquishment: women's experiences of early mothering in the context of emergency hysterectomy. *Journal of clinical nursing, 21*(7-8), 1119-1127.
- Emmanuelli, V., Lucot, J. P., Closset, E., Cosson, M. et Deruelle, P. (2013). Élaboration et évaluation d'un outil d'enseignement de la réparation des déchirures périnéales du troisième et quatrième degré. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 42*(2), 184-190.
- Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., & Hofmeyr, J. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. New York: Oxford University Press.
- Escuriet, R., Pueyo, M. J., Perez-Botella, M., Espada, X., Salgado, I., Gómez, A., ... & Fusté, J. (2015). Cross-sectional study comparing public and private hospitals in Catalonia: Is the practice of routine episiotomy changing? *BMC health services research, 15*(1), 95.
- Euro-Peristat Project & SCPE with Eurocat. (2013). *Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. European perinatal health report*. Retrieved September 1st, 2018 from : http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf.
- Euro-Peristat Project with SCPE, Eurocat & Euroneostat. (2008). *European Perinatal Health Report*. Retrieved September 1st, 2018 from : <http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR/european-perinatalhealth-report.pdf>.
- Ezegwui, H. U., Ikeako, L. C., & Ogbuefi, F. (2012). Obstetric outcome of teenage pregnancies at a tertiary hospital in Enugu, Nigeria. *Nigerian journal of clinical practice, 15*(2), 147-150.

- Fabre-Clergue, C., Duverger-Charpentier, H. (2008). Sexualité du post-partum. *La Revue Sage-Femme*, 7, 301-4.
- Fain, M. et Braunschweig, D. (1971). *Eros et Antéros : Réflexions psychanalytiques sur la sexualité*. Paris: Payot.
- Fairbrother, N., Thordarson, D. S., & Stoll, K. (2018). Fine tuning fear of childbirth: the relationship between Childbirth Fear Questionnaire subscales and demographic and reproductive variables. *Journal of reproductive and infant psychology*, 36(1), 15-29.
- Fairbrother, N., & Woody, S. R. (2007). Fear of childbirth and obstetrical events as predictors of postnatal symptoms of depression and post-traumatic stress disorder. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 28, 239-242.
- Faisal-Cury, A., Huang, H., Chan, Y. F., & Menezes, P. R. (2013). The relationship between depressive/anxiety symptoms during pregnancy/postpartum and sexual life decline after delivery. *The journal of sexual medicine*, 10(5), 1343-1349.
- Faisal-Cury, A., Menezes, P. R., Quayle, J., Matijasevich, A., & Diniz, S. G. (2015). The relationship between mode of delivery and sexual health outcomes after childbirth. *The journal of sexual medicine*, 12(5), 1212-1220.
- Faltin, D. L. (2009). Épidémiologie et définition de l'incontinence urinaire féminine. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 38, 146-152.
- Faruel-Fosse, H., & Vendittelli, F. (2006). Can we reduce the episotomy rate? *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 35(1), 68-76.
- Fauconnier, A., Dubuisson, J. B., Foulot, H., Deyrolles, C., Sarrot, F., Laveyssière, M. N... & Bréart, G. (2006). Mobile uterine retroversion is associated with dyspareunia and dysmenorrhea in an unselected population of women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 127, 252-256.
- Fauconnier, A., Goltzene, A., Issartel, F., Janse-Marec, J., Blondel, B., & Fritel, X. (2012). Late post-partum dyspareunia: Does delivery play a role? *Progrès en urologie*, 22(4), 225-232.
- Fédida, P. (1978). *L'absence*. Paris : Gallimard.
- Fédida, P. (2001). *Des bienfaits de la dépression : éloge de la psychothérapie*. Paris : Odile Jacob.

- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in developmental disabilities, 16*(1), 51-74.
- Fernandes, S., Benjamin, E. E., & Edwards, G. (2009). Using evidence to reduce the rate of episiotomy in a Dubai hospital. *Evidence-Based Midwifery, 7*(2), 60-64.
- Fernandez, L., Rubinstein, M., Dumet, N., Dargent, J. et Parrocchetti, J. P. (2015). Obésité sévère, perte de poids et image du corps après la chirurgie bariatrique sévère. *Obésité, 10*(2), 151-159.
- Fervers-Schorre, B. (1983). Postpartale Sexualstörungen. *Sexual medizin, 12*(6), 232-7.
- Fisher, J., Astbury, J., & Smith, A. (1997). Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 31*(5), 728-738.
- Fisher, S., & S. E. Cleveland. (1958). *Body image and personality*, New York: Van Nostrand.
- Fleming, A. (1929). On the Antibacterial action of cultures of a Penicillium, with special reference to their use in the isolation of B. influenzae. *British Journal of Experimental Pathology, 10*(3), 226-236.
- Flew, J. D. S. (1944). Episiotomy. *BMJ, 2*(4375), 620-623.
- Floris, L., Mermillod, B. et Chastonay, P. (2010). Traduction et validation en langue française d'une échelle multidimensionnelle évaluant le degré de satisfaction, lors de l'accouchement. *Revue d'épidémiologie et de santé publique, 58*(1), 13-22.
- Fodstad, K., Staff, A. C., & Laine, K. (2014). Effect of different episiotomy techniques on perineal pain and sexual activity 3 months after delivery. *International urogynecology journal, 25*(12), 1629-1637.
- Foley, M. (2012). Classification of episiotomy: towards a standardization of terminology. *BJOG, 119*(10), 1284-1285.
- Ford, E., Ayers, S., & Bradley, R. (2010). Exploration of a cognitive model to predict post-traumatic stress symptoms following childbirth. *J Anxiety Disord, 24*, 353-359.
- Ford, E., Ayers, S., & Wright, D. B. (2009). Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB). *Journal of women's health, 18*(2), 245-252.

- Fox, B., & Worts, D. (1999). Revisiting the critique of medicalized childbirth: A contribution to the sociology of birth. *Gender & Society*, 13(3), 326-346.
- Francisco, A. A., Kinjo, M. H., Bosco, C. D. S., Silva, R. L. D., Mendes, E. D. P. B., & Oliveira, S. M. J. V. (2014). Association between perineal trauma and pain in primiparous women. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, S39-S44.
- Francisco, A. A., de Oliveira, S. M. J. V., da Silva, F. M. B., Bick, D., & Riesco, M. L. G. (2011). Women's experiences of perineal pain during the immediate postnatal period: A cross-sectional study in Brazil. *Midwifery*, 27(6), e254-e259.
- Freud, S. (1905, 2006). Trois essais sur la théorie sexuelle. Dans J. Laplanche (dir.), *Œuvres complètes Tome VI : Trois essais sur la théorie sexuelle, fragment d'une analyse d'hystérie, autres textes*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1917, 1969). Sur les transpositions de pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal. Dans *La vie sexuelle* (pp.106-112). Paris : Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. Dans J. Laplanche (dir.), *Œuvres complètes Tome XV : Au-delà du principe de plaisir. L'inquiétant. Un enfant est battu. Un cas d'homosexualité féminine. Autres textes*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Freud S. (1923, 1981). Le Moi et le ça. Dans *Essais de psychanalyse* (pp.223-274). Paris : Payot.
- Freud, S. (1926, 1992). Inhibition symptôme et angoisse. Dans J. Laplanche (dir.), *Œuvres complètes Tome XVII : Autoprésentation, Inhibition, symptôme et angoisse, Autres textes*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Friedman, A. M., Ananth, C. V., Prendergast, E., D'alton, M. E., & Wright, J. D. (2015). Variation in and factors associated with use of episiotomy. *Jama*, 313(2), 197-199.
- Fritel, X., Varnoux, N., Zins, M., Breart, G., & Ringa, V. (2009). Symptomatic pelvic organ prolapse at midlife, quality of life, and risk factors. *Obstetrics and gynecology*, 113(3), 609.
- Fritel, X., Schaal, J. P., Fauconnier, A., Bertrand, V., Levet, C. et Pigné, A (2008). Troubles périnéaux quatre ans après le premier accouchement : comparaison entre épisiotomie restrictive et systématique, *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 36, 991-997.

- Galley-Raulin, F., Schauder, S. et Sbedico, S. (2007). Le psychologue clinicien à la maternité. Dans S. Schauder (dir.), *Pratiquer la psychologie clinique auprès des enfants et des adolescents* (pp p. 31-82). Paris : Dunod.
- Gama da, S. G. N., Viellas, E. F., Torres, J. A., Bastos, M. H., Brüggemann, O. M., Filha, M. M. T... & do Carmo Leal, M. (2016). Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reproductive health*, 13(3), 123.
- Garel, M., Charlemaine, E. et Blondel, B. (2006). Conséquences psychologiques des naissances multiples. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 34(11), 1058-1063.
- Garnier, S., de Tychev, C., Lighezzolo, J., Claudon, P., Rebourg-Roesler, C. et Flach, I. (2009). Évaluation de la prévention en périnatalité : étude clinique comparée de certains déterminants de l'alliance thérapeutique. *Bulletin de psychologie*, 499(1), 29-49. doi:10.3917/bupsy.499.0029.
- Gates, E. A., & Galask, R. P. (2001). Psychological and sexual functioning in women with vulvarvestibulitis. *Journal of Psycho-somatic Obstetrics and Gynecology*, 22, 221–28.
- Gaudet, C., Wen, S. W., & Walker, M. C. (2013). Chronic perinatal pain as a risk factor for postpartum depression symptoms in Canadian women. *Can J Public Health*, 104(5), 375-387.
- Gazzaniga, V., & Serarcangeli, C. (2000). The ancient origins of obstetrics, a role for women. *Vesalius : Official journal of the International Society of Medicine History*, 6(1), 38-41.
- Gebuza, G., Kaźmierczak, M., Gdaniec, A., Mieczkowska, E., Gierszewska, M., Dombrowska-Pali, A., ... & Małeńczyk, M. (2018). Episiotomy and perineal tear risk factors in a group of 4493 women. *Health care for women international*, 39(4), 1-32.
- Gélis, J. (1977). Sages-femmes et accoucheurs : l'obstétrique populaire aux XVIIe et XVIIIe siècles. *Annales*, 32(5), 927-57.
- Gélis, J. (1986). L'accouchement et l'évolution de la conscience du corps à l'époque moderne (XVIe-XIXe siècle). *Civilisations*, 36(1), 35-54.
- Gerardin, P. (2012). Spécificité et enjeux de la dépression de la grossesse. Principaux résultats d'une recherche longitudinale sur les dépressions du péripartum, du troisième trimestre de grossesse au 12e mois de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60(2), 138-146.

- Gerbaud, L., Mascart, M., Belgacem, B., Lejeune, M. L., Lacombe, C., Prunayre, M... & Farge, M. (2003). Development of a self-administered questionnaire to assess women's satisfaction with maternity care. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 32(2), 139-156.
- Ghiglione, R. et Matalon, B. (1978, 1998). *Les enquêtes sociologiques*. Paris : Armand Colin.
- Giannella, L., Mfuta, K., Pedroni, D., Delrio, E., Venuta, A., Bergamini, E., & Cerami, L. B. (2013). Delays in the delivery room of a primary maternity unit: a retrospective analysis of obstetric outcomes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 26(6), 593-597.
- Ginod, P., Khallouk, B., Benzenine, E., Desplanches, T., Dub, T., Schmutz, E... et Sagot, P. (2016). Évaluation de la pratique restrictive de l'épisiotomie et de l'impact sur les déchirures périnéales au sein du Réseau périnatal de Bourgogne. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 45(9), 1165-1171.
- Glazener, C. M. (1997). Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 104(3), 330-335.
- Gloer-Fiorini, L. (2008). *Deconstructing the feminine: Psychoanalysis, Gender and Theories of Complexity*. London: Karnac Book.
- Goer, H. (1995). *Obstetric Myths Versus Research Realities: a guide to the medical literature*. Santa Barbara: Greenwood Publishing Group.
- Golse, B. (2001). De la différentiation à la séparation: It's a long Way To Go! *Revue Française de Psychanalyse*, 2(65), 369-380.
- Golse, B. (2006). De l'intersubjectivité à la subjectivation (co-modalité perceptive du bébé et processus de subjectivation). *Le Carnet PSY*, 109(5), 25-29.
- Golse, B. (2010a). *Destins du développement chez l'enfant : avènements d'enfance*. Toulouse : Eres.
- Golse, B. (2010b). La dépendance primitive et l'homosexualité primaire « en double ». Dans B. Golse et R. Roussillon (dirs.), *La naissance de l'objet* (pp. 31-64). Paris : Presses Universitaires de France.
- Golse, B. et Roussillon, R. (2010). *La naissance de l'objet*. Paris : Presses Universitaires de France.

- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of advanced nursing*, 46(2), 212-219.
- Goueslard, K., Cottenet, J., Roussot, A., Clesse, C., Sagot, P., & Quantin, C. (2018). How did episiotomy rates change from 2007 to 2014? Population-based study in France. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 208.
- Gourevitch, D. (1984). *Le mal d'être femme : la femme et la médecine dans la Rome antique*. Paris : Les Belles Lettres.
- Graham, I. D. (1997). *Episiotomy: Challenging Obstetric Intervention*. New-York: John Wiley & Sons.
- Graham, I. D. (1998). Processes of change in obstetrics: A cross-national case-study of episiotomy. *Health*, 2(4), 403-433.
- Graham, I. D., Carroli, G., Davies, C. & Medves, J. M. (2005). Episiotomy rates around the world: an update. *Birth*, 32(3),219-223.
- Graham, I. D., & Graham, D. F. (1997). Episiotomy Counts: Trends and prevalence in Canada, 1981/1982 to 1993/1994. *Birth*, 24(3),141-147.
- Graziottin, A. (2007). Pelvic floor dysfunction and evidence-based physical therapy. In K. Bø, B. Berghmans, S. Mørkved, M. Van Kampen (eds). Evidence based physical therapy for the pelvic floor. Bridging science and clinical practice, 1st edn (pp. 266–287). Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier.
- Graziottin, A. (2008). Dyspareunia and vaginismus: Review of the literature and treatment. *Current Sexual Health Reports*, 5(1), 43-50.
- Green, A. (1975a). Le temps mort. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 11, 103-110.
- Green, A. (1975b). The Analyst, Symbolization and Absence in the Analytic Setting (On Changes in Analytic Practice and Analytic Experience). *International Journal of Psycho-Analysis*, 56, 1-22.
- Green, A. (1986). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris : Editions de Minuit.
- Green, A. (1995). *Propédeutique : la métapsychologie revisitée*. Seyssel : Champ Vallon.
- Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 389-401.

- Group Argentine Episiotomy Trial Collaborative. (1993). Routine vs selective episiotomy: A randomised controlled trial. *The Lancet*, 342(8886–8887), 1517–1518. doi:10.1016/S01406736(05)80085-6
- Grunberger B. (1971). *Le narcissisme*. Paris : Payot.
- Guedeney, A. (1996). The motherhood constellation : A unified view of parent-infant psychotherapy. *Devenir*, 8(4), 73-78.
- Guedeney, N., & Fermanian, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *European psychiatry*, 13(2), 83-89.
- Guedeney, N., Fermanian, J., Guelfi, J.-D. et Delour, M. (1995). Premiers résultats de la traduction de l'EPDS sur une population parisienne : à propos de la validation et de la traduction de l'EPDS. *Devenir*, 7, 69-92
- Guillerault, G. et Dolto, F. (1997). *Le sentiment de soi : Au source de l'image du corps*. Paris : Gallimard.
- Gungor, I., & Beji, N. K. (2012). Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery*, 28(3), 348-357.
- Gupta, J. K., Hofmeyr, G. J., & Shehmar, M. (2012). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The Cochrane Library*, 16(5), CD002006. doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub3.
- Guyomard, D. (2009). *L'effet-mère : du lien à la relation*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Haimov-Kochman, R., Sciaky-Tamir, Y., & Hurwitz, A. (2005). Reproduction concepts and practices in ancient Egypt mirrored by modern medicine. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 123(1), 3-8.
- Haire, D. (1972). *The cultural warping of childbirth: A special report on US obstetrics prepared for International Childbirth Education Association*. Minneapolis: International Childbirth Education Association.

- Handelzalts, J. E., Levy, S., Peled, Y., Yadid, L., & Goldzweig, G. (2018). Mode of delivery, childbirth experience and postpartum sexuality. *Archives of gynecology and obstetrics*, 297(4), 927-932.
- Harrison, R. F., Brennan, M., North, P. M., Reed, J. V., & Wickham, E. A. (1984). Is routine episiotomy necessary? *BMJ*, 288(6435), 1971-5.
- Hartmann, K., Viswanathan, M., Palmieri, R., Gartlehner, G., Thorp, J., & Lohr, K. N. (2005). Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *Jama*, 293(17), 2141-2148.
- Haute Autorité de Santé. (2005). *Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé*. Récupéré le 1^{er} septembre 2018 du site de la HAS : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2018). *Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Rapport*. Récupéré le 1^{er} septembre 2018 du site de la HAS : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf
- Haylen, B. T., Ridder, D., Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., Lee... & Schaer G. N. (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*, 21, 5–26
- Health & Social Care Information Centre. (2013). *NHS maternity statistics-England, 2012–2013*. Retrieved September 1st, 2018 from : <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB12744>.
- Henderson, J., Burns, E. E., Regalia, A. L., Casarico, G., Boulton, M. G., & Smith, L. A. (2014). Labouring women who used a birthing pool in obstetric units in Italy: prospective observational study. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 17.
- Hennegan, J., Redshaw, M., & Miller, Y. (2014). Born in another country: women's experience of labour and birth in Queensland, Australia. *Women and Birth*, 27(2), 91-97.
- Héritier, F. (1996). *Masculin-féminin. La pensée de la différence*. Paris : Odile Jacob.
- Héritier, F. (2002). *Masculin/féminin II. Dissoudre la hiérarchie*. Paris : Odile Jacob.

- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 186(5), S160-S172.
- Hodnett, E. D., Downe, S., Walsh, D., & Weston, J. (2010). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev*, 8(9), CD000012. doi: 10.1002/14651858.CD000012.pub3.
- Hodnett, E. D., & Simmons-Tropea, D. (1987). The labour Agency Scale : psychometric prooperties of an instrument measuring control during chilbirth. *Research in Nursing and Health*, 10(5), 301-310.
- Horsch, A., Brooks, C., & Fletcher, H. (2013). Maternal coping, appraisals and adjustment following diagnosis of fetal anomaly. *Prenatal diagnosis*, 33(12), 1137-1145.
- House, M. J, Cario, G., & Jones, M. H. (1986). Episiotomy and the perineum: a random controlles trial, *J Obstet Gynaecol*, 7, 107-110.
- Houzel, D. (2005). *Le Concept d'enveloppe psychique*. Paris: Éditions In Press.
- Hudelist, G., Mastoroudes, H., & Gorti, M. (2008). The role of episiotomy in instrumental delivery: Is it preventative for severe perineal injury? *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 28(5), 469-473.
- Iida, M., Horiuchi, S., & Porter, S. E. (2012). The relationship between women-centred care and women's birth experiences: A comparison between birth centres, clinics, and hospitals in Japan. *Midwifery*, 28(4), 458-465.
- Ilicali, E. T, & Fisek, G. O. (2004). Maternal representations during pregnancy and early motherhood. *Infant Mental Health Journal*, 25, 16–27.
- Inchauspé, I., Izard, P. et Sudres, J.-L. (2010). Profil psychologique et sport de haut niveau : entre banalités et singularités : Résultats d'une recherche. *Empan*, 73(3), 52-60.
- Inguaggiato, M., Ravazzolo, G., & Tessarolo, M. (2011). Medicalization of childbirth and birth rate decline. *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 16(1), 77-92.
- Inhorn, M. C. (2006). Defining women's health: a dozen messages from more than 150 ethnographies. *Medical Anthropology Quarterly*, 20(3), 345-378.
- Innamorati, M., Sarracino, D., & Dazzi, D. (2010). Motherhood constellation and representational change in pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 31(4), 379-396.

- Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (2015). *Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974*. Récupéré le 25 septembre 2018 du site : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
- Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale et Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. (2017). *Enquête nationale périnatale. Rapport 2016 : Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010*. Récupéré le 25 septembre 2018 du site : http://www.epopé-insERM.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
- Ionescu, S., Jacquet, M. M. ET Lhote, C. (2012). *Les mécanismes de défense: théorie et clinique*. Paris : Armand Colin.
- Islam, A., Hanif, A., Ehsan, A., Arif, S., Niazi, S. K., & Niazi, A. K. (2013). Morbidity from episiotomy. *J Pak Med Assoc*, 63(6), 696-701.
- Jaafarpour, M., Khani, A., Khajavikhan, J., & Suhrabi, Z. (2013). Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 7(12), 2877-2880.
- Jacquetin, B. (2006). Introduction. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 1(35), 7-9.
- Jakobi, P. (2003). Are you happy with epi(siotomy)? *IMAJ*, 5,581-584.
- Jacoby, A. (1987). Women's preferences for and satisfaction with current procedures in childbirth : findings from a national study. *Midwifery*, 3(3), 117-124. doi:10.1016/S0266-6138(87)80022-0
- Jardri, R. (2004). Postnatal depression screening: a qualitative review of the validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Devenir*, 16, 245-262.
- Jelínek, J. (2012). "Ethnographical" contribution to the interpretation of the Laussel Paleolithic relief. *Anthropologie*, 50(2), 249-53.
- Jenkinson, B., Kruske, S., & Kildea, S. (2017). The experiences of women, midwives and obstetricians when women decline recommended maternity care: A feminist thematic analysis. *Midwifery*, 52, 1–10.

- Jeschke, E., Ostermann, T., Dippong, N., Brauer, D., & Matthes, H. (2012). Psychometric properties of the Confidence and Trust in Delivery Questionnaire (CTDQ): a pilot study. *BMC women's health*, *12*(1), 26.
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane Library*, *8*(2), CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub3.
- Johanson, R., Newburn, M., & Macfarlane, A. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ*, *324*(7342), 892-895.
- John, V. (2009). 'A labour of love?': mothers and emotion work. *British Journal of Midwifery*, *17*(10), 636-640.
- Johnson, C. E. (2011). Sexual health during pregnancy and the postpartum (CME). *J Sex Med*, *8*, 1267-84.
- Johnston, R. G., & Brown, A. E. (2013). Maternal trait personality and childbirth: the role of extraversion and neuroticism. *Midwifery*, *29*(11), 1244-1250.
- Jones, G., Jenkinson, C., & Kennedy, S. (2004). The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *25*, 123-33.
- Jouanna J. (1992). *Hippocrate*. Paris: Fayard.
- Juste-Pina, A., Luque-Carro, R., Sabater-Adan, B., Sanz-De Miguel, E., Vinerta-Serrano, E., & Cruz-Guerreiro, E. (2007). Selective episiotomy versus routine episiotomy in nuliparous women with vaginal delivery performed by midwives. *Matronas Profesion*, *8*(3-4), 5-11.
- Kabakian-Khasholian, T., Campbell, O., Shediak-Rizkallah, M., & Ghorayeb, F. (2000). Women's experiences of maternity care: satisfaction or passivity? *Social science & medicine*, *51*(1), 103-113.
- Kahramanoglu, I., Baktiroglu, M., Hamzaoglu, K., Kahramanoglu, O., Verit, F. F., & Yucel, O. (2017). The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. *Archives of gynecology and obstetrics*, *295*(4), 907-916.

- Kainu, J. P., Halmesmäki, E., Korttila, K. T., & Sarvela, P. J. (2016). Persistent pain after cesarean delivery and vaginal delivery: a prospective cohort study. *Anesthesia & Analgesia*, *123*(6), 1535-1545.
- Kalis, V., Laine, K., De Leeuw, J. W., Ismail, K. M., & Tincello, D. G. (2012). Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG* *119*(5): 522-526.
- Kalis, V., Stepan, J., Horak, M., Roztocil, A., Kralickova, M., & Rokyta, Z. (2008). Definitions of mediolateral episiotomy in Europe. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *100*(2), 188-189.
- Kalmbach, D. A., Kingsberg, S. A., & Ciesla, J. A. (2014). How changes in depression and anxiety symptoms correspond to variations in female sexual response in a nonclinical sample of young women: a daily diary study. *The journal of sexual medicine*, *11*(12), 2915-2927.
- Karaçam, Z., & Eroğlu, K. (2003). Effects of episiotomy on bonding and mothers' health. *Journal of advanced nursing*, *43*(4), 384-394.
- Karamanou, M., Tsoucalas, G., Creatsas, G., & Androustos, G. (2013). The effect of Soranus of Ephesus (98–138) on the work of midwives. *Women and Birth*, *26*(4), 226-28.
- Kasai, K. E., Nomura, R. M., Benute, G. R., de Lucia, M. C., & Zugaib, M. (2010). Women's opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital. *Midwifery*, *26*(3), 319-326.
- Katterfeld von, B., Li, J., McNamara, B., & Langridge, A. T. (2011). Obstetric profiles of foreign-born women in Western Australia using data linkage, 1998–2006. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *51*(3), 225-232.
- Kaufman, M. L., Kimble, M. O., Kaloupek, D. G., Mcteague, L. M., Bachrach, P., Forti, A. M., & Keane, T. M. (2002). Peritraumatic dissociation and physiological response to trauma-relevant stimuli in Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, *190*(3), 167-174.
- Kavle, J. A., Stoltzfus, R. J., & Witter, F. (2008). Association between Anaemia during Pregnancy and Blood Loss at and after delivery among women with vaginal births in Pemba Islands, Zanzibar, Tanzania. *Journal of Health, Population and Nutrition*, *26*(2), 232–240.
- Keinänen, M. (2006). *Psychosemiosis as a Key to Body-Mind Continuum: The Reinforcement of Symbolization-Reflectiveness in Psychotherapy*. New-York: Nova.

- Kennedy, H. P., Cheyney, M., Lawlor, M., Myers, S., Schuiling, K., & Tanner, T. (2015). The development of a consensus statement on normal physiologic birth: a modified Delphi study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(2), 140-145.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Bruce, M. L., Koch, J. R., Laska, E. M., Leaf, P. J... & Wang, P. S. (2001). The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Services Research Journal*, 36, 987–1007.
- Khajehei, M., Doherty, M., Tilley, P. M., & Sauer, K. (2015). Prevalence and Risk Factors of Sexual Dysfunction in Postpartum Australian Women. *The journal of sexual medicine*, 12(6), 1415-1426.
- Khajehei, M., Ziyadlou, S., Safari, M., Tabatabaee, H., & Kashefi, F. (2009). A comparison of sexual outcomes in primiparous women experiencing vaginal and caesarean births. *Ind J Comm Med*, 34, 126–30.
- Kielholz, P. (1979). Le concept de la dépression masquée. *L'Encéphale : Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 5(5), 459-462.
- Kitzinger, S. (1972). *Episiotomy: physical and emotional aspects*. United Kingdom: National Childbirth Trust.
- Kitzinger, S. (1979a). Episiotomy controversy. *Midwife Health Visit Com Nurse*, 15(6), 233-234.
- Kitzinger, S. (1979b). *The good birth guide*. London: HarperCollins.
- Kitzinger, S. (1981). *Episiotomy: Physical and Emotional Aspects*. London: National Childbirth Trust.
- Kitzinger, S. (1999). Sheila Kitzinger's letter from Europe: Obstetric metaphors and marketing. *Birth*, 26, 55-57.
- Kjerulff, K. H., Rhodes, J. C., Langenberg, P. W., & Harvey, L. A. (2000). Patient satisfaction with results of hysterectomy. *American journal of obstetrics and gynecology*, 183(6), 1440-1447.
- Klein, M. (1928). Les stades précoces du conflit œdipien. Dans *Essais de psychanalyse (1921-1945)* (pp. 229-241). Paris: Payot, 1968.

- Klein, M. (1988). Episiotomy and the second stage of labour. *Can Fam Physician*, 34, 2019-2025.
- Klein, M. C., Gauthier, R. J., Robbins, J. M., Kaczorowski, J., Jorgensen, S. H., Franco, E. D., ... & Luskey, G. W. (1994). Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 171(3), 591-598.
- Klein, M. C. (1995). Studying episiotomy: When beliefs conflict with science. *J Fam Pract*, 41(5), 483-488.
- Klein, M. (2004). *Deuil et dépression*. Paris : Payot.
- Klein, M. C. (2006). Why do women go along with this stuff? *Birth*, 33(3), 245-250.
- Klein, M. C. (2010). What Do Episiotomy and Cesarean Have to do with Copernicus, Galileo, and Newton? *Birth*, 37(1), 1-2.
- Klein, M. C., Gauthier, R. J., Jorgensen, S. H., Robbins, J. M., Kaczorowski, J., Johnson, B... & Gelfand, M. M. (1992). Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation? *Online Journal of Current Clinical Trials*, 10, 0-29.
- Klein, M. C., Gauthier, R. J., Robbins, J. M., Kaczorowski, J., Jorgensen, S. H., Franco, E. D... & Luskey, G. W. (1994). Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *American Journal of Obstetrics and gynecology*, 171(3), 591-598.
- Klein, M. C., Janssen, P. A., MacWilliams, L., Kaczorowski, J., & Johnson, B. (1997). Determinants of vaginal-perineal integrity and pelvic floor functioning in childbirth. *Am J Obstet Gynecol* 176,403-410.
- Klein, M. C., Liston, R., Fraser, W. D., Baradaran, N., Hearps, S. J., Tomkinson, J., ... & Maternity Care Research Group. (2011). Attitudes of the new generation of Canadian obstetricians: how do they differ from their predecessors? *Birth*, 38(2), 129-139.
- Knibiehler, Y. (2007). *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXème siècle*. Rennes : Presses de l'école des hautes études en santé publique.

- Knibiehler, Y. (2016). *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXème siècle* (2^{ème} édition, avec la contribution de F. Douguet et A. Vilbrod). Rennes : Presses de l'école des hautes études en santé publique.
- Knibiehler, Y. et Fouquet, C. (1980). *L'Histoire des mères du moyen-âge à nos jours*. Paris: Editions Montalba.
- Ko, Y., Lin, S., Salmon, J., & Bron, M. S. (2005). The Impact of Urinary Incontinence on Quality of Life of the Elderly. *Am J Manag Care*, 11, S103-S11.
- Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., Cousson-Gélie, F., Gilliard, J., & Quintard, B. (2002). The body-image questionnaire: an extension. *Perceptual and Motor Skills*, 94(1), 189-196.
- König, J., Schmid, S., Löser, E., Neumann, O., Buchholz, S., & Kästner, R. (2016). Interplay of demographic variables, birth experience, and initial reactions in the prediction of symptoms of posttraumatic stress one year after giving birth. *European journal of psychotraumatology*, 7(1), 32377.
- Kontoyannis, M., & Katsetos, C. (2011). Midwives in early modern Europe (1400-1800). *Health Science Journal*, 5(1), 31-36.
- Kontula, O., & Haavio-Mannila, E. (1995). *Sexual pleasures: Enhancement of sex life in Finland, 1971-1992*. London: Dartmouth Pub Co.
- Koskas, M., Caillod, A.-L., Fauconnier, A. et Bader, G. (2009). Impact maternel et néonatal des recommandations pour la pratique clinique du CNGOF relatives à l'épisiotomie. Etude unicentrique à propos de 5409 accouchements par voie génitale. *Gynecol Obstet Fert*, 37, 697-702.
- Kouakou, K. P., Doumbia, Y., Djanhan, L. E., Menin, M. M. et Djanhan, Y. (2015). La sexualité du post-partum. Analyse du vécu dans le couple noir africain. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 44(3), 280-285.
- Kozhimannil, K. B., Karaca-Mandic, P., Blauer-Peterson, C. J., Shah, N. T., & Snowden, J. M. (2017). Uptake and utilization of practice guidelines in hospitals in the United States: The case of routine episiotomy. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 43(1), 41-48.

- Kozhimannil, K. B., Shippee, T. P., Adegoke, O., & Virnig, B. A. (2013). Trends in hospital-based childbirth care: the role of health insurance. *The American journal of managed care*, 19(4), e125-e132
- Kozinszky, Z., & Dudas, R. B. (2015). Validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for the antenatal period. *Journal of affective disorders*, 176, 95-105.
- Kroenke, K., Wu, J., Bair, M. J., Krebs, E. E., Damush, T. M., & Tu, W. (2011). Reciprocal relationship between pain and depression: a 12-month longitudinal analysis in primary care. *The Journal of Pain*, 12(9), 964-973.
- Küchenhoff, J. (2013). Perte, chagrin et pardon dans la dépression : Une approche psychodynamique. *Psychothérapie*, 33(2), 81-88.
- Lacan, J. (1975). Encore, Le séminaire, livre XX. *Paris: Seuil*.
- Laganà, A. S., Burgio, M. A., Ciancimino, L., Sicilia, A., Pizzo, A., Magno, C... & Triolo, O. (2015). Evaluation of recovery and quality of sexual activity in women during postpartum in relation to the different mode of delivery: a retrospective analysis. *Minerva Ginecol*, 67(4), 315-320.
- Lane, K. (2015). Pluralist risk cultures: the sociology of childbirth in Vanuatu. *Health, Risk & Society*, 17(5-6), 349-367.
- Lam, K. W., Wong, H. S., & Pun, T. C. (2006). The practice of episiotomy in public hospitals in Hong Kong. *Hong Kong Med J*, 12(2), 94-98.
- Langer, B., & Minetti, A. (2006). Immediate and long-term complications of episiotomy. *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction*, 35, S59-S67.
- Lansac, J. et Deruelle, P. (2016). Chapitre 30- Episiotomie et déchirures du périnée. Dans J. Lansac, P. Descamps et F. Goffinet, *Pratique de l'accouchement* (6^{ème} édition) (p.377-388). Paris : Elsevier health Science.
- Lansac, J., Descamps, P. et Goffinet, F. (2016). *Pratique de L'accouchement* (6^{ème} édition). Paris : Elsevier Health Science.
- Lansac J., Magnin, G. et Sentilhes, L. (2013). *Obstétrique pour le praticien* (6^{ème} édition). Paris : Elsevier Health Science.

- Laplanche, J. (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Laplanche, J. et Pontalis, J.-B. (1967, 2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Lappen, J. R., & Gossett, D. R. (2010). Changes in episiotomy practice: evidence-based medicine in action. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 5(3), 301-309.
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2), e49-e59.
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2012). 'Not enough people to look after you: An exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery*, 28(1), 98-105.
- Larsson, C., Saltvedt, S., Edman, G., Wiklund, I., & Andolf, E. (2011). Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(2), 83-89.
- Larsson, P. G., Platz-Christensen, J. J., Bergman, B., & Wallsternsson, G. (1991). Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. *Gynecol Obstet Invest*, 31, 213-216.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999) Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537-544.
- Laurent, S. (1989). *Naître au Moyen Âge : de la conception à la naissance : la grossesse et l'accouchement, XIIIe-XVe siècle*. Paris : Le Léopard d'or.
- Lavy, Y., Sand, P. K., Kaniel, C. I., & Hochner-Celnikier D. (2012). Can pelvic floor injury secondary to delivery be prevented ? *International Urogynecology Journal*, 23(2), 165-173.
- Laws, P. J., Xu, F., Welsh, A., Tracy, S. K., & Sullivan, E. A. (2014). Maternal Morbidity of Women Receiving Birth Center Care in New South Wales: A Matched Pair Analysis Using Linked Health Data. *Birth*, 41(3), 268-275.
- Lazarus, E. (1997). What do women want? Issues of choice, control, and class in American pregnancy and childbirth. In R. E. Davids-Floyd & C. F. Sargent, *Childbirth and*

- authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives*, (pp.132-158). Berkeley : University of California Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In W. D. Gentry (ed.), *The handbook of behavioral medicine* (pp. 282-235). New York : Guilford
- Le Naour, R. (2007). Troubles anxieux : diversité des approches théoriques. *L'information psychiatrique*, 83(9), 775-780. doi:10.3917/inpsy.8309.0775.
- Le Strat, Y., Dubertret, C., & Le Foll, B. (2011). Prevalence and correlates of major depressive episode in pregnant and postpartum women in the United States. *J Affect Disord*, 135, 128-38.
- Lebigot, F. (2009). Le traumatisme psychique. *Revue francophone du stress et du trauma*, 9(4), 201-204.
- Lebigot, F. (2011). *Traiter les traumatismes psychiques : clinique et prise en charge*. Paris: Dunod.
- Leeman, L., Fullilove, A. M., Borders, N., Manocchio, R., Albers, L. L., & Rogers, R. G. (2009). Postpartum perineal pain in a low episiotomy setting: association with severity of genital trauma, labor care, and birth variables. *Birth*, 36(4), 283-288.
- Legay, B. (1990). De la mère à la femme. *Les dossier de l'obstétrique*, 174.
- Légifrance.gouv.fr. (1988). *Loi n°88-1138 du 20 décembre 1988 dite Huriet relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales*. Récupéré le 25 septembre 2018 du site : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000508831&categorieLien=id>
- Légifrance.gouv.fr. (2002). *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1)*. Récupéré le 1er septembre 2018 du site : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&dateTexte=&categorieLien=id>
- Lemos, A., Amorim, M. M., Dornelas de Andrade, A., de Souza, A. I., Cabral Filho, J. E., & Correia, J. B. (2015). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *The Cochrane Library*, 9(10), CD009124. doi: 10.1002/14651858.CD009124.pub2.

- Leplège, A. (1999). *La mesure de la qualité de vie*. Paris : PUF.
- Leplège, A., Ecosse, E., Verdier, A., & Perneger, T. V. (1998). The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *Journal of clinical epidemiology*, 51(11), 1013-1023.
- Leplège, A., Mesbah, M. et Marquis, P. (1995). Analyse préliminaire des propriétés psychométriques de la version française d'un questionnaire international de mesure de qualité de vie : le MOS SF-36 (version 1.1). *Revue épidémiologique de sante publique*, 43, 371-9.
- Leroy, A., Leroy, V. et Deruelle, P. (2015). Épisiotomie. Dans P. Deruelle, G. Kayem et L. Sentilhes, *Chirurgie en Obstétrique de la femme enceinte et de l'accouchement* (pp. 39-44). Paris : Elsevier Masson.
- Leroy, F. (2001). *Histoire de naître : de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé*. Louvain-la Neuve : De Boeck Supérieur.
- Lesieur, E., Blanc, J., Loundou, A., Dubuc, A., & Bretelle, F. (2017). Can the rate of episiotomy still be lowered? Status update in PACA region (south of France). *Gynecol Obstet Fertil Senol*, 45(3), 146-151.
- Liaudet, J. C. (2002). *Telle fille quel père?* Paris : Archipel.
- Lighezzolo, J., Spitz, E., Briançon, S., Rosati, A., Girvan, F., Thockler, A... et de Tychey, C. (2004). Dépression pré et postnatale, style de coping et étayage « social » : approche comparative. *Rev Fr Psychiatr Psychol Med*, 81, 51-61
- Lighezzolo-Alnot, J. et Claudon, P. (2008). Equivalents dépressifs et corps propre chez l'enfant: réflexions théorico-cliniques par l'observation clinique et la méthode projective. *Psychologie clinique et projective*, 1, 127-153.
- Liljestrand, J. (2003). *Episiotomy for vaginal birth*. Geneva: The WHO Reproductive Health Library. Retrieved September 1st, 2018 from : http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/jlcom/fr/
- Linder-Pelz, S., & Struening, E. L. (1985). The multidimensionality of patient satisfaction with a clinic visit. *Journal of community health*, 10(1), 42-54.

- Lionel, D. et Michel, M. (2010). Image corporelle et estime de soi : étude auprès de lycéens français. *Bulletin de psychologie*, 509(5), 321-334.
- LoCicero, A. K. (1993). Explaining excessive rates of cesareans and other childbirth interventions: contributions from contemporary theories of gender and psychosocial development. *Social Science & Medicine*, 37(10), 1261-1269.
- Loewenberg-Weisband, Y., Grisaru-Granovsky, S., Ioscovich, A., Samueloff, A., & Calderon-Margalit, R. (2014). Epidural analgesia and severe perineal tears: a literature review and large cohort study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 27(18), 1864-1869.
- Longo, L. D. (1995). Ould, A treatise of midwifery, in three parts. *Am J Obstet Gynecol* 172(4), 1317-1319.
- Löwenstein, L., Drugan, A., Gonen, R., Itskovitz-Eldor, J., Bardicef, M., & Jakobi, P. (2005). Episiotomy: Beliefs, practice and the impact of educational intervention. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 123(2), 179–182.
- Lundgren, I., & Dahlberg, K. (1998). Women's experience of pain during childbirth. *Midwifery*, 14(2), 105-110.
- Lurie S., Aizenberg M., Sulema V., Boaz M., Kovo M., Golan A., & Sadan, O. (2013a). Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study *Arch Gynecol Obstet*, 288, 785-792
- Lurie, S., Kedar, D., Boaz, M., Golan, A., & Sadan, O. (2013b). Need for episiotomy in a subsequent delivery following previous delivery with episiotomy. *Archives of gynecology and obstetrics*, 287(2), 201-204.
- Lutomski, J. E., Murphy, M., Devane, D., Meaney, S., & Grenne, R. A. (2014). Private health care coverage and increased risk of obstetric intervention. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 13.
- Luz, R., George, A. et Spitz, E. (2016). Attachement, parentalité et diagnostic prénatal: perspectives théorique, clinique et de recherche en psychologie de la santé. *Pratiques Psychologiques*, 22(4), 399-415.
- MacFarlane, A., & Mugford, M. (1984). *Birth counts. Vol. 1. Statistics of pregnancy and childbirth. Vol. 2. Statistics of pregnancy and childbirth: tables.* London: HMSO.

- MacKeigan, L. D., & Pathak, D. S. (1992). [Overview of health-related quality-of-life measures](#). *American Journal of Hospital Pharmacy*, 49, 2236-2245.
- Maclean, L. I., McDermott, M. R., & May, C. P. (2000). Method of delivery and subjective distress: women's emotional responses to childbirth practices. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(2), 153-162.
- Macleod, M., Goyder, K., Howarth, L., Bahl, R., Strachan, B., & Murphy, D. J. (2013). Morbidity experienced by women before and after operative vaginal delivery: prospective cohort study nested within a two-centre randomised controlled trial of restrictive versus routine use of episiotomy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(8), 1020-1027.
- MacLeod, M., Strachan, B., Bahl, R., & Howarth, L., Goyder, K., Van de Venne, M. A., & Murphy, D. J. (2008). A prospective cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(13), 1688-1694.
- MacPherson, I., Roqué-Sánchez, M. V., Legget, F. O., Fuertes, F., & Segarra, I. (2016). A systematic review of the relationship factor between women and health professionals within the multivariate analysis of maternal satisfaction. *Midwifery*, 41, 68-78.
- Maior, O., Cumming, G., & Guerrero, K. (2014). Faecal incontinence: A life-course approach. *Post reproductive health*, 20(3), 112-116.
- Malik, L. R., Mohmand, H. K., & Mahmand, A. K. (2007). Natural delivery in 1500 Afghan Primegravidae. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 23(4), 602-606.
- Mannarini, S., & Boffo, M. (2013). Reply to 'Measurement validity of childbirth perceptions' by H. Shepherd and LL Glenn. *Midwifery*, 29(5), e28-e29.
- Manzanares, S., Cobo, D., Moreno-Martínez, M. D., Sánchez-Gila, M., & Pineda, A. (2013). Risk of episiotomy and perineal lacerations recurring after first delivery. *Birth*, 40(4), 307-311.
- Marchisio, S., Ferraccioli, K., Barbieri, A., Porcelli, A., & Panella, M. (2006). Care pathways in obstetrics: the effectiveness in reducing the incidence of episiotomy in childbirth. *Journal of nursing management*, 14(7), 538-543.

- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Metzler, T. J. (1998). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder. In J. D. Douglas & C. R. Mamar, *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 229-252). Washington: American Psychiatric Press.
- Marpeau, L., Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français et Collège National des Sages-Femmes de France et Association de Soutien aux Femmes Enceintes Fumeuses. (2012). *Traité d'obstétrique*. Paris : Elsevier Health Sciences.
- Marteau, T. M., & Mansfield, C. D. (1998). The psychological impact of prenatal diagnosis and subsequent decisions. In P. M. S. O'Brien (ed.), *Yearbook of obstetrics and gynaecology Royal College of Physicians (RCP)*. (pp. 186-193). London: RCOG.
- Marty, P. (1983). Des processus de somatisation. Dans M. Fain et C. Dejours (dirs.), *Corps malade et corps érotique* (pp. 1143-1164). Paris : Masson
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Paris : Editions Les Empêcheurs de tourner en rond.
- Mas-Pons, R., Barona-Vilar, C., Carreguá-Vilar, S., Ibáñez-Gil, N., Margaix-Fontestad, L., & Escribà-Agüir, V. (2012). Women's satisfaction with the experience of childbirth: validation of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale. *Gaceta sanitaria*, 26(3), 236-242.
- Masson, A. et Schantz, C. (2018). Position gynécologique et construction d'une vulnérabilité du corps féminin. *La Revue Sage-Femme*, 17(3), 114-121.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little Brown and Co.
- Mathias, S. D., Kuppermann, M., Liberman, R. F., Lipschutz, R. C., & Steege, J. F. (1996) Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstetrics and Gynecology*, 87, 321-27.
- May, J. L. (1994). Modified median episiotomy minimizes the risk of third-degree tears. *Obstet Gynecol*, 83, 156-157.
- McArthur, A. J., & McArthur, C. (2004). Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol*, 191, 1199-204.
- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D... & Segraves, R. T. (2016). Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: a consensus

- statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The journal of sexual medicine*, 13(2), 144-152.
- McCool, W. F., & Simeone, S. A. (2002). Birth in the United States: an overview of trends past and present. *Nursing Clinics of North America*, 37(4), 735-746.
- McCully, R. S. (1971). *Rorschach theory and symbolism: A Jungian approach to clinical material*. Oxford: Williams & Wilkins.
- McDonald, E. A., & Brown, S. J. (2013). Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(7), 823-830.
- McDonald, E. A., Gartland, D., Small, R., & Brown, S. J. (2015). Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(5), 672-679.
- McDougall, J. (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris : Gallimard.
- McDougall, J. (1982). *Théâtre du je*. Paris : Gallimard.
- McDougall, J. (1996). *Eros aux mille et un visage*. Paris : Gallimard.
- McHorney, C. A., Ware, J. E., Lu, J. F., & Sherbourne C D. (1994). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) : III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patients groups. *Medical Care*, 32(1), 40-66.
- McHorney, C. A., Ware, J. E., & Raczek, A. E. (1993). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) :II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31(3), 247-263.
- McIntosh, J. (1986). Postnatal blues: a bio-social phenomenon? *Midwifery*, 2(4), 187-192.
- McKenzie-McHarg, K., Ayers, S., Ford, E., Horsch, A., Jomeen, J., Sawyer, A... & Slade, P. (2015). Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(3), 219-237.
- McLachlan, H. L., Forster, D. A., Davey, M. A., Farrell, T., Gold, L., Biro, M. A., ... & Waldenström, U. (2012). Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS

- randomised controlled trial. *BJOG: an international journal of obstetrics & gynaecology*, 119(12), 1483-1492.
- Meana, M., Binik, Y. M., Khalife, S., & Cohen, D. R. (1997). Bio-psychosocial profile of women with dyspareunia. *Obstetrics and Gynecology*, 90, 583-589
- Mehl, L. E. (1976). Options in maternity care. *Women & Health*, 2(2), 29-42.
- Ménager, C. (2014). Dans la chambre de l'accouchée : quelques éclairages sur le déroulement d'une naissance au Moyen Âge. *Questes. Revue pluridisciplinaire d'études médiévales*, 27, 35-45.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232.
- Meyer, I., & Richter, H. E. (2015). Impact of fecal incontinence and its treatment on quality of life in women. *Women's Health*, 11(2), 225-238.
- Meyer, S. (2013). Control in childbirth: a concept analysis and synthesis. *Journal of advanced nursing*, 69(1), 218-228.
- Meysenq, L. (2016). *Césariennes à vif, épisiotomies imposées... Le grand tabou des violences durant l'accouchement*. Récupéré le 1^{er} septembre 2018 du site : http://www.francetvinfo.fr/sante/cesariennes-a-vif-episiotomies-imposees-le-grand-tabou-des-violences-durant-l-accouchement_1881273.html Consulté le 6/11/2016.
- Meyvis, I., Van Rompaey, B., Goormans, K., Truijten, S., Lambers, S., Mestdagh, E., & Mistiaen, W. (2012). Maternal position and other variables: effects on perineal outcomes in 557 births. *Birth*, 39(2), 115-120.
- Miller, A. C., & Shriver, T. E. (2012). Women's childbirth preferences and practices in the United States. *Social science & medicine*, 75(4), 709-716.
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville et Haut Comité de Santé Publique. (1994). *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : Pour un nouveau plan périnatalité*. Vanves : Haut comité de la Santé publique. Récupéré le 1^{er} septembre 2018 du site : www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hc001041.pdf
- Minjollet, P. et Valente, M. (2015). Période périnatale et épreuves projectives: une revue de la littérature. *Psychologie clinique et projective*, 1, 137-170.

- Missonnier, S. (2006). Entretien avec.... Françoise Molenat. *Le Carnet PSY*, 3, 31-37.
- Missonnier, S. (2011). 12. Stress, grossesse et psychanalyse : Spinoza avait raison ! Dans L. Roegiers et F. Molénat (dirs.), *Stress et grossesse: Quelle prévention pour quel risque ?* (pp. 115-132). Toulouse : ERES. doi:10.3917/eres.roegi.2011.01.0115.
- Missonnier, S. (2013). Grossesse, stress et psychanalyse. Un débat primordial. *La psychiatrie de l'enfant*, 56(1), 37-66.
- Missonnier, S., Golse, B. et Soulé, M. (2004). *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Mitler, L. K., Rizzo, J. A., & Horwitz, S. M. (2000). Physician gender and cesarean sections. *Journal of clinical epidemiology*, 53(10), 1030-1035.
- Moghadam, M. F., Shamsi, A., & Moro, F. H. (2015). The prevalence of post-traumatic stress disorder among women with normal vaginal delivery in Zahedan city. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 15-19.
- Molénat, F., Roy, J., Toubin, R.-M. et Kojayan, R. (2010). Apprendre à penser ensemble : une clé indispensable pour la prévention précoce. Dans P. Delion, S. Missonnier & N. Presme, *Quelles transmissions autour des berceaux ?* (pp. 169-178). ERES.
- Molénat, F. et Toubin, R.-M. (2001). Vers des réseaux de soins précoces. Dans M. Dugnat (dir.) *Troubles relationnels père-mère/bébé : quels soins ?* (pp. 71-87). Paris : Erès.
- Monforte, M., Mimoun, S. et Droupy, S. (2013). Douleurs sexuelles de l'homme et de la femme. *Progrès en urologie*, 23(9), 761-770.
- Monnin, D., & Perneger, T. V. (2002). Scale to measure patient satisfaction with physical therapy. *Phys Ther*, 82(7), 682-691.
- Monod, M. (1963). Le symbolisme des planches et leur succession dans l'interprétation du Rorschach. *Bull Psychol*, 17, 155-157.
- Morel, M.-F. (2007). Histoire de la naissance en France. *ADSP Actualité Dossier en Santé Publique*, 61/62, 22-28.
- Morris, N. (1981). A very common operation. Editorial. *Midwife Health Visit Com Nurse*, 17, 3.

- Mosquera, L. P., Onandia, M. G., Luces, A. L., & Bouza, E. T. (2015). The chair of births a resource companion of verticality in childbirth. *Revista de enfermeria*, 38(6), 26-32.
- Moutquin, J.-M. (2004). Médecine périnatale, vers un nouveau défi : concilier progrès technologique et éthique. *Santé, société et solidarité*, 3(1), 75-9.
- Muhleman, M. A., Aly, I., Walters, A., Topale, N., Tubbs, R. S., & Loukas, M. (2017). To cut or not to cut, that is the question: A review of the anatomy, the technique, risks and benefits of an episiotomy. *Clinical Anatomy*, 30(3), 362-372.
- Munan, R., Kakudji, Y., Nsambi, J., Mukuku, O., Maleya, A., Kinenkinda, X., & Kakudji, P. (2017). Childbirth among primiparous women in Lubumbashi: maternal and perinatal prognosis. *The Pan African medical journal*, 28, 77-77.
- Myers-Helfgott, M. G., & Helfgott, A. W. (1999). Routine use of episiotomy in modern obstetrics. *Obstet Gynecol clin North Am*, 26(2), 305-311.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline [CG190]*. Retrieved September 1st, 2018 from : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>
- Necosalova, P., Karbanova, J., Rusavy, Z., Pastor, Z., Jansova, M., & Kalis, V. (2016). Mediolateral versus lateral episiotomy and their effect on postpartum coital activity and dyspareunia rate 3 and 6 months postpartum. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 8, 25-30.
- Neuhaus, W., Scharkus, S., Hamm, W., & Bolte, A. (1994). Prenatal expectations and fears in pregnant women. *Journal of Perinatal Medicine*, 22(5), 409-414.
- Nikpour, M., Abedian, Z., Mokhber, N., Ebrahimzadeh, S., & Khani, S. (2011). Comparison of quality of life in women after vaginal delivery and cesarean section. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 1(58) 44-50.
- Nilvér, H., Begley, C., & Berg, M. (2017). Measuring women's childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 203.
- Noose de, L. (2009). *Manuel du test de Rorschach : approche formelle et psychodynamique*. Bruxelles : De Boeck.

- Noose de, (2017). Contenu latent des planches. Dans J. Richelle (dir) *Manuel du test de Rorschach* (pp. 94-102). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Noose de, L., Garnier, S., Richelle, J., Lighezzolo-Alnot, J., Hendrick, S. et de Tychev, C. (2011). Dépression prénatale et engagement thérapeutique : Approche clinique et projective. *Psychologie clinique et projective*, 17,(1), 159-187. doi:10.3917/pcp.017.0159.
- Nye, R. A. (2003). The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 39(2), 115-129.
- Oakley, A. (1983). Social consequences of obstetric technology: the importance of measuring “soft” outcomes. *Birth*, 10(2), 99-108.
- O'Higgins, L. M. (2011). A psychoanalytic perspective on hospital midwifery and birth. *Infant Observation*, 14(2), 129-144.
- Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R., & Van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clinical psychology review*, 26(1), 1-16.
- Olivier, C. (1980). *Les enfants de Jocaste : l'empreinte de la mère*. Paris: Denoel-Gonthier.
- Olivier, C. (1990). *Filles d'Eve*. Paris: Denoel-Gonthier.
- Olsson, A., Robertson, E., Falk, K. & Nissen, E. (2011). Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check. *Midwifery*, 27, 195–202.
- O'Malley, D., Higgins, A., Begley, C., Daly, D., & Smith, V. (2018). Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 196.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. Récupéré le 1^{er} septembre du site de l'OMS : http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Définition de la dépression*. Récupéré le 1^{er} septembre 2018 sur le site de l'OMS : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>

- Osgood, C. E., Suci, G. J., & Tannenbaum, P. H. (1957, 1978). *The measurement of meaning*. Urbana: University of Illinois Press.
- Ould, F. (1742). *A treatise of midwifery in three parts*. Irlande: Oli, Nelson and Charles Connor.
- Özerdoğan, N., Beji, N. K., & Yalçın, Ö. (2004). Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. *Gynecologic and obstetric investigation*, 58(3), 145-150.
- Padawer, J. A., Fagan, C., Janoff-Bulman, R., Strickland, B. R., & Chorowski, M. (1988). Women's psychological adjustment following emergency cesarean versus vaginal delivery. *Psychology of Women Quarterly*, 12(1), 25-34.
- Palacio-Espasa, F. (2004). Parent - infant psychotherapy, the transition to parenthood and parental narcissism: Implications for treatment. *Journal of Child psychotherapy*, 30(2), 155-171.
- Palacios, S., Castaño, R., & Graziotin, A. (2009). Epidemiology of female sexual dysfunction. *Maturitas*, 63(2), 119-123.
- Palazzolo, J., & Arnaud, J. (2013). Anxiété et performance: de la théorie à la pratique. *Annales Médico-psychologiques*, 171(6), 382-388.
- Paquerau, A. (2010). *Les dyspareunies du post-partum enquête prospective au centre hospitalier universitaire d'Angers comprenant 79 patientes*. (Diplôme d'état de Sage-femme. Université d'Angers). Récupéré le 1^{er} septembre 2018 du site : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00557017/document>
- Parens, E. (2013). On good and bad forms of medicalization. *Bioethics*, 27(1), 28-35.
- Parat, H. (2006). *Sein de femme, sein de mère*. Paris : Presses universitaires de France.
- Parat, H. (2007). Sein de femme, sein de mère: d'une difficile rencontre. In *L'allaitement maternel: une dynamique à bien comprendre* (pp. 67-83). Paris : ERES.
- Parratt, J. (2002). The impact of childbirth experiences on women's sense of self: a review of the literature. *The Australian Journal of Midwifery*, 15(4), 10-16.
- Parry, D. C. (2008). "We wanted a birth experience, not a medical experience": exploring Canadian women's use of midwifery. *Health care for women international*, 29(8-9), 784-806.

- Pascal, C., Spiess, M. et Thévenot, A. (2011). Expérience de passivité et affects d'angoisse dans le temps de la grossesse. *Dialogue*, 192(2), 137-148. doi:10.3917/dia.192.0137.
- Patrick, D. L., Martin, M. L., Bushnell, D. M., Yalcin, I., Wagner, T. H., & Buesching, D. P. (1999). Quality of life of women with urinary incontinence: further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOL). *Urology*, 53(1), 71-76.
- Pauleta, J., Pereira, N., & Graça, L. (2010). Sexuality during pregnancy. *J Sex Med*, 7(1), 136–42.
- Pauls, R. N., Kleeman, S. D., & Karram, M. M. (2005). Female sexual dysfunction: principles of diagnosis and therapy. *Obstetrical & gynecological survey*, 60(3), 196-205.
- Pazandeh, F., Potrata, B., Huss, R., Hirst, J., & House, A. (2017). Women's experiences of routine care during labour and childbirth and the influence of medicalisation: A qualitative study from Iran. *Midwifery*, 53, 63-70.
- Pecker, A. et Roulland, H. (1958). *L'accouchement au cours des siècles*. Paris : Edition Roger Dacosta.
- Pédinielli, J.-L. et Rouan, G. (2003). L'entretien de recherche. Dans C. Cyssau (dir.), *L'entretien en clinique* (pp. 47-54). Paris: In press.
- Pel, M., Heres, M. H. B., Hart, A. A. M., van der Veen, F., & Treffers, P. E. (1995). Provider-associated factors in obstetric interventions. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 61(2), 129–134. doi:10.1016/0301-2115(95)02129-U
- Perneger, T. V., Leplège, A., Etter, J. F., & Rougemont, A. (1995). Validation of a French-language version of the MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) in young healthy adults. *Journal of clinical epidemiology*, 48(8), 1051-1060.
- Persico, G., Vergani, P., Cestaro, C., Grandolfo, M., & Nespoli, A. (2013). Assessment of postpartum perineal pain after vaginal delivery: prevalence, severity and determinants. A prospective observational study. *Minerva Ginecol*, 65(6), 669-678.
- Picco, M. (2005). Travail psychique et maternité : De la « transparence » à la symbolisation. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53(1-2), 19-23.

- Pironti, G. et Pirenne-Delforge, V. (2013). Ilithyie au travail : de la mère à l'enfant. *Mètis : Revue d'Anthropologie des Mondes Grecs Anciens*, 11, 71-91.
- Pizzoferrato, A. C., Samie, M., Rousseau, A., Rozenberg, P., Fauconnier, A., & Bader, G. (2015). Severe post-obstetric perineal tears: Medium-term consequences on women's quality of life. *Progrès en urologie : Journal de l'Association française d'urologie et de la Société française d'urologie*, 25(9), 530-535.
- Poizat, A. (2003). Quels rites pour les maternités d'aujourd'hui ? *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 40,(1), 127-133. doi:10.3917/rppg.040.0127.
- Pommeroy, R. H. (1918). Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara? *Am J Obstet Gynecol*, 78, 211–20.
- Postel, T. (2013a). Childbirth climax: The revealing of obstetrical orgasm. *Sexologies*, 22(4), e89-e92.
- Postel, T. (2013b). Naissance et jouissance: mise en évidence de l'existence d'un orgasme obstétrical. *Sexologies*, 22(4), 165-168.
- Press, N., & Browner, C. H. (1997). Why women say yes to prenatal diagnosis. *Social science & medicine*, 45(7), 979-989.
- Pritchard, J., Macdonald, P. R., & Gant, N. (1985). *Williams Obstetrics*, 17th ed. Connecticut: Appleton-Century-Crofts.
- Proia-Lelouey, N. et Schvan, C. (2011). Processus de maternalité chez les femmes accueillies en centre maternel : de la passivation à la subjectivation. *Cahiers de psychologie clinique*, 37,(2), 165-179. doi:10.3917/cpc.037.0165.
- Prudent, C., Evrard, R., Laurent, M., Rodriguez, C., & de Tyche, C. (2017). Mutualité de l'autonomie et représentations de relation d'objet au Rorschach. *Psychothérapies*, 37(3), 161-169.
- Public Health Agency of Canada. (2012). *Canadian hospitals maternity policies and practices survey*. Retrieved September 1st, 2018 from <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/chmpps-eppmhc-2012-eng.php>

- Puesh, F. (2008). *L'organisation autour de la grossesse et de la naissance*. ADSP 61/61. Récupéré le 1^{er} septembre 2018 : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Hcsp/ADSP/61-62/ad613557.pdf>
- Qayoom-Boulvain, Z., Le Scouëzec, I., Rusconi Serpa, S. & Palacio Espasa, F. (2012). Annexe - Entretien R. Version adaptée pour la période prénatale. Dans *Manuel de psychothérapie centrée sur la parentalité* (pp. 189-202). Paris, France: Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.nanze.2012.01.0189.
- Rabeyron, T. (2018). *Psychologie clinique et psychopathologie: Cours, exemples cliniques, entraînement*. Paris : Armand Colin.
- Racamier, P.-C., Sens, C. et Carretier, L. (1961). La mère, l'enfant dans les psychoses du post-partum. *L'Evolution Psychiatrique*, 26, 525-570.
- Radat, F. et Koleck, M. (2011). Douleur et dépression: les médiateurs cognitifs et comportementaux d'une association très fréquente. *L'Encéphale*, 37(3), 172-179.
- Rådestad, I., Olsson, A., Nissen, E., & Rubertsson, C. (2008). Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: A nationwide follow up. *Birth*, 35(2), 98-106.
- Räisänen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Gissler, M., & Heinonen, S. (2010a). The role of nocturnal delivery and delivery during the holiday period in Finland on obstetric anal sphincter rupture rates-a population-based observational study. *BMC research notes*, 3(1), 32.
- Räisänen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., & Heinonen, S. (2010b). Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery*, 26(3), 348-356.
- Ramage, L., Yen, C., Qiu, S., Simillis, C., Kontovounisios, C., Tekkis, P., & Tan, E. (2017). Functional and quality of life outcomes following obstetric anal sphincter injury (OASI): does the grade of injury affect outcomes? *International urogynecology journal*, 28(11), 1709-1717.
- Rasouli, M., Keramat, A., Khosravi, A., & Mohabatpour, Z. (2016). Prevalence and factors associated with episiotomy in Shahroud City, northeast of Iran. *Int J Womens Health Reprod Sci*, 4(3), 125-129.

- Rathfisch, G., Dikencik, B. K., Kizilkaya Beji, N., Comert, N., Tekirdag, A. I., & Kadioglu, A. (2010). Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2640-2649.
- Rausch de Traubenberg, N. (1970, 2006). *La pratique du Rorschach*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Rausch de Traubenberg, N., Bloch-Laine, F., Boizou, M-F., Duplant, N., Martin, M. et Poggionovo, M-P. (1990). Modalités d'analyse de la dynamique affective au Rorschach. Grille d'analyse de la dynamique affective. *Revue de Psychologie Appliquée*, 40(2), 245-258.
- Rausch de Traubenberg, N. et Sanglade, A. (1984). Représentation de soi et relation d'objet au Rorschach: grille de représentation de soi: analyse comparée des résultats d'adolescents malades psychiques et malades somatiques. *Revue de psychologie appliquée*, 34(1), 41-57.
- Rausch de Traubenberg, N., & Sanglade, A. (1990). La Représentation de Soi et Relation d'objet au Rorschach. *Bull. de la Soc. du Rorschach et des Meth. Proj. de langue Franç*, 3-16.
- Reading, A. E., Sledmere, C. M., Cox, D. N., & Campbell, S. (1982). How women view postepisiotomy pain. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 284(6311), 243-246.
- Reamy, K. J., & White, S. E. (1987). Sexuality in the puerperium: a review. *Arch Sex Behav*, 16(2), 165-186.
- Rebourg, C. et Vivot, M. (1991). Étude comparée des conceptions de l'imaginaire et de la mentalisation: réflexion sur leur opérationnalisation au test de Rorschach. *Psychologie clinique et projective*, 35(35), 45-66.
- Redshaw, M. (2008). Women as consumers of maternity care: measuring "satisfaction" or "dissatisfaction"? *Birth*, 35(1), 73-76.
- Reed, B. D., Advincula, A. P., Fonde, K. R., Gorenflo, D. W., & Haefner, H. K. (2003) Sexual activities and attitudes of women with vulvar dysesthesia. *Obstetrics and Gynecology*, 102, 325-31.
- Reinbold, D., Éboue, C., Morello, R., Lamendour, N., Herlicoviez, M. et Dreyfus, M. (2012). De l'impact des RPC pour réduire le taux d'épisiotomie. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 41(1), 62-68.

- Reissing, E., Binik, Y., & Khalifé, S. (1999). Does vaginismus exist? A critical review of the literature. *J Nerv Ment Dis*, 187, 261–274.
- Reissing, E., Binik, Y., & Khalifé, S. (2003). Etiological correlates of vaginismus: sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *J Sex Marital Ther*, 29, 47–59.
- Resnik, S. (1994, 2000). *Le tiers. Psychanalyse de l'intersubjectivité*. Paris : Dunod.
- Resnik, S. (2000). La fonction du père et la mère archaïque : implications cliniques. *Topique*, 72, 21-35.
- Reuchlin, M. (1969). *La Psychologie différentielle*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Riazuelo, H. (2003). A quoi rêvent les femmes enceintes ? *Champ psychosomatique*, 31(3), 99-115.
- Richard, J. L., Bouzourène, K., Gallant, S., Ricciardi, P., Sudre, P., Iten, A. et Burnand, B. (2000). *Validation et normes du SF-36 dans la population du canton de Vaud*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP). Récupéré le 25 septembre 2018 du site : https://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds28_fr.pdf
- Richelle, J., Debroux, P., Noose de, L. et Malempré, M. (coll.). (2017a). *Manuel du test de Rorschach*. Louvain la neuve : De Boeck Supérieur.
- Richelle, J. (2017b). Axes de l'analyse dynamique. Dans J. Richelle (dir), *Manuel du test de Rorschach* (pp. 107-122). Louvain la neuve : De Boeck Supérieur.
- Rijnders, M., Baston, H., Schönbeck, Y., Van Der Pal, K., Prins, M., Green, J., & Buitendijk, S. (2008). Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*, 35(2), 107-116.
- Rikard Bell, J., Iyer, J., & Rane, A. (2014). Perineal outcome and the risk of pelvic floor dysfunction: a cohort study of primiparous women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 54(4), 371-376.
- Rivard, A. (2014). *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Montréal : Les Éditions du Remue-ménage.

- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General hospital psychiatry*, 26(4), 289-295.
- Robinson, L. (1990). Stress and anxiety. *The Nursing Clinics of North America*, 25(4), 935-943.
- Röckner, G., Henningsson, A., Wahlberg, V., & Ölund, A. (1988). Evaluation of episiotomy and spontaneous tears of perineum during childbirth. *Scand J Caring Sci*, 2, 19-24.
- Roman, P. (1997). Troubles somatiques et catastrophes de symbolisation. *Psychologie clinique et projective*, 3(1), 75-87.
- Rorschach, H. (1953) *Psychodiagnostic* (A Ombredane et A Landau trad fr ; 3^{ème} ed dirigée par C. Beizman). Paris : Presse Universitaires de France.
- Rosenberg, K., & Trevarthan, W. R. (2002). Birth, Obstetrics and Human evolution, *BJOG*, 109(11), 1199-1206. doi: 10.1046/j.1471-0528.2002.00010.x
- Roush, R. E. (1979). The development of midwifery-male and female, yesterday and today. *Journal of nurse-midwifery*, 24(3), 27-37.
- Roussillon, R. (1995). La métapsychologie des processus et la transitionnalité. *Revue française de psychanalyse*, 59(5), 1351-1522.
- Roussillon, R. (1997a). La fonction symbolisante de l'objet. *Revue française de psychanalyse*, 61(2), 399-415.
- Roussillon, R. (1997b). Activité projective et symbolisation. Dans P. Roman (dir.) *Projection et symbolisation chez l'enfant: la méthode projective en psychopathologie* (p. 27-35). Lyon : Presses Universitaires de Lyon.
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Roussillon, R. (2000). La capacité d'être seul en présence de l'analyste. Dans *Pratiques de la psychanalyse, Monographie de la Revue française de psychanalyse*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Roussillon, R. (2001). *Le plaisir et la répétition*. Paris : Dunod.

- Roussillon, R. (2004a). La dépendance primitive et l'homosexualité primaire "en double". *Revue française de psychanalyse*, 68(2), 421-439.
- Roussillon, R. (2004b). Le jeu et le potentiel. *Revue française de psychanalyse*. 1, 79-95.
- Roussillon, R. (2004c). Pulsion et intersubjectivité. *Adolescence*, 50(4), 735-753.
- Roussillon, R. (2005). Le jeu comme objet. Dans T. Bokanowski, P. Valon, N. Amar, G. Mitrani, B. Kammerer, I. Salem... et J. Villier (coll). *Le sexuel et l'Objet au psychodrame* (pp. 107-124). Paris : SPASM.
- Roussillon, R. (2006). Du jeu dans la mémoire. Dans B. Chouvier et R. Roussillon (dirs.), *La temporalité psychique* (pp. 7-20). Paris : Dunod.
- Roussillon, R. (2008a). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris : Dunod.
- Roussillon, R. (2008b). *Le jeu, l'entre-jeu*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Rowe-Murray, J. H., & Fisher, R. W. J. (2001). Operative intervention in delivery is associated with compromised early mother-infant. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(10), 1068-1075.
- Rowlands, I. J., & Redshaw, M. (2012). Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC pregnancy and childbirth*, 12(1), 138
- Rudman, A., El-Khoury, B., & Waldenström, U. (2008). Evaluating multi-dimensional aspects of postnatal hospital care. *Midwifery*, 24(4), 425-441.
- Rumeau-Rouquette, C., Du Mazaubrun, C. et Rabarison, Y. (1984). *Naitre en France 10 ans d'évolution*. Paris: INSERM.
- Sackett, S., Gates, E., Heckman-Stone, C., Kobus, A. M., & Galask, R. (2001) Psychosexual aspects of vulvar vestibulitis. *The Journal of Reproductive Medicine*, 46, 593-598.
- Safadi, R. R., Abushaikha, L. A., & Ahmad, M. M. (2016). Demographic, maternal, and infant health correlates of postpartum depression in Jordan. *Nursing & health sciences*, 18(3), 306-313.
- Saïet, M. (2008). Tissus féminins. *Cliniques méditerranéennes*, 2(78), 225-242.
- Sailer, M., Bussen, D., Debus, E. S., Fuchs, K. H., & Thiede, A. (1998). Quality of life in patients with benign anorectal disorders. *British Journal of Surgery*, 85(12), 1716-1719.

- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Library*, 28(4), CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
- Sandelowski, M. (1991). Telling stories: Narrative approaches in qualitative research. *Image: the journal of nursing scholarship*, 23(3), 161-166.
- Sanglade, A. (1983). *Image du corps et image de soi au Rorschach*. *Psychologie Française*, 28(2), 104-111.
- Sartore, A., De Seta, F., Maso, G., Pregazzi, R., Grimaldi, E., & Guaschino, S. (2004). The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol*, 103, 669-73.
- Sathiyasekaran, B. W. C., Palani, G., Iyer, R. H., Edward, S., Dharmappal, C. D., Rani, A... & Varadarajan, S. (2007). Population based study of episiotomy. *Sri Ramachandra Journal of Medecine*, 1(2), 9-14.
- Sawyer, A., Ayers, S., Abbott, J., Gyte, G., Rabe, H., & Duley, L. (2013). Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 108.
- Saxena, R. K., Sandhu, G. S., Babu, K. M., Bandol, H., & Sharma, G. V. (2010). Restricted use of episiotomy. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 60(5), 408-412. doi:10.1007/s13224-010-0067-3
- Scamell, M., Altaweli, R., & McCourt, C. (2017). Sarah's birth. How the medicalisation of childbirth may be shaped in different settings: Vignette from a study of routine intervention in Jeddah, Saudi Arabia. *Women and Birth*, 30(1), e39-e45.
- Schaal, J.-P. (2012). Techniques obstétricales. Dans J.-P. Schaal, (dir). *Mécanique et techniques obstétricales* (pp.581-796). Montpellier : Sauramps médical.
- Schaeffer, J. (1995). Le locataire : à propos de la location du vagin à l'anus. *Revue française de psychanalyse*, 59(3), 655-905.
- Schaeffer, J. (2005). Antagonisme et réconciliation entre féminin et maternel. *Dialogue*, 169(3), 5-18.

- Schaeffer, J. (2011). Le maternel et le féminin. Dans M. Dugnat (dir.), *Féminin, masculin, bébé* (p. 165-177). Toulouse: Eres.
- Schantz, C., Sim, K. L., Ly, E. M., Barennes, H., Sudaroth, S., & Goyet, S. (2015). Reasons for routine episiotomy: A mixed-methods study in a large maternity hospital in Phnom Penh, Cambodia. *Reproductive health matters*, 23(45), 68-77.
- Schauder, S. (2012). Grossesse et cancer : quel soutien spécifique pour ces mères ? Dans A.-F. Lof (dir.), *Cancer et maternité: L'impensable rencontre* (pp. 221-232). Toulouse: ERES. doi:10.3917/eres.lof.2012.01.0221.
- Schneider, M. (2004). Du cloacal au matriciel. *Revue Française de Psychosomatique*, 26(2), 35-53.
- Schoon, P. G. (2001). A Guest Editorial: Episiotomy: Yea or Nay. *Obstet Gynecol Surv*, 56(11), 667-669.
- Seijmonsbergen-Schermer, A. E., Geerts, C. C., Prins, M., Diem, Klomp, T., Lagro-Janssen, A. L. M., & de Jonge, A. (2013). The Use of Episiotomy in a Low-Risk Population in The Netherlands: A Secondary Analysis. *Birth*, 40(4), 247-255.
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British medical journal*, 1(4667), 1383-1392.
- Sercekus, P., & Okumus, H. (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*, 25, 155-162.
- Shabot, S. C. (2016). Making loud bodies “Feminine”: A feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Human Studies*, 39(2), 231-247.
- Shalev, A., Liberzon, I., & Marmar, C. (2017). Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 376(25), 2459-2469.
- Schantz, C. (2016). ‘Cousue pour être belle’: quand l’institution médicale construit le corps féminin au Cambodge. *Cahiers du Genre*, 61(2), 131-150.
- Schauder, S., Duriez, N., Leclere, M., Marion-Lissajoux, C., et Molinié, M. (2012). *L'étude de cas en psychologie clinique: 4 approches théoriques*. Paris : Dunod.
- Shaw, E. (1985). Medical protocol for delivery of infibulated women in Sudan. *Am J Nurs*, 85, 687.

- Sheikh, S., Ganesaratnam, I., & Jan, H. (2013). The birth of forceps. *JRSM short reports*, 4(7), 1-4.
- Shen, Y. C., Sim, W. C., Caughey, A. B., & Howard, D. H. (2013). Can major systematic reviews influence practice patterns? A case study of episiotomy trends. *Archives of gynecology and obstetrics*, 288(6), 1285-1293.
- Shepherd, H. L., & Glenn, L. L. (2013). Measurement validity of childbirth perceptions. *Midwifery*, 29(5), e27.
- Shetty, A., Burt, R., Rice, P., & Templeton, A. (2005). Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour—a questionnaire-based study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 123(1), 56-61.
- Shmueli, A., Gabbay Benziv, R., Hirsch, L., Ashwal, E., Aviram, R., Yogev, Y., & Aviram, A. (2017). Episiotomy—Risk factors and outcomes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(3), 251-256.
- Signorello, L. B., Harlow, B. L., Chekos, A. K., & Repke, J. T. (2001). Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol*, 184, 881-888.
- Silva da, F., Oliveira de, S. M., Bick, D., & Osava, R. H. (2012). Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth center. *Journal of clinical nursing*, 21(15-16), 2209-2218.
- Simkin, P. (1986). Stress, pain, and catecholamine in labor: Part 2. Stress associated with childbirth events: A pilot survey of new mothers. *Birth*, 13(4), 234-240.
- Siu, B. W., Leung, S. S., Ip, P., Hung, S. F., & O'Hara, M. W. (2012). Antenatal risk factors for postnatal depression: a prospective study of Chinese women at maternal and child health centres. *BMC psychiatry*, 12(1), 22.
- Skinner, E. M., & Dietz, H. P. (2015). Psychological and somatic sequelae of traumatic vaginal delivery: a literature review. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 55(4), 309-314.
- Slade, P., MacPherson, S. A., Hume, A., & Maresh, M. (1993). Expectations, experiences and satisfaction with labour. *British Journal of Clinical Psychology*, 32(4), 469-483.

- Sleep, J., & Grant, A. (1987). West Berkshire perineal management trial: three year follow up. *Br Med J*, 295, 749-51.
- Sleep, J., Grant, A., Garcia, J. O., Elbourne, D., Spencer, J., & Chalmers, I. (1984) West Berkshire perineal management trial. *BMJ*, 289(6445), 587-590.
- Smeenk, A. D., & ten Have, H. A. (2003). Medicalization and obstetric care: an analysis of developments in Dutch midwifery. *Medicine, health care and philosophy*, 6(2), 153-165.
- Smith, A. M., Lyons, A., Ferris, J. A., Richters, J., Pitts, M. K., Shelley, J. M... & Patrick, K. (2012). Incidence and persistence/recurrence of women's sexual difficulties: findings from the Australian Longitudinal Study of Health and Relationships. *Journal of sex & marital therapy*, 38(4), 378-393.
- Smith, K. B., Pukall, C. F., & Boyer, S. C. (2009). Psychological and relational aspects of dyspareunia. *Female sexual pain disorders: Evaluation and management*, 15, 208-212.
- Smith, L. F. P. (2001). Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *BMJ Quality & Safety*, 10(1), 17-22.
- Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. (2016). *Définition*. Récupéré le 1^{er} septembre 2018 du site : <http://www.sfetd-douleur.org/definition>
- Socolov, D. G., Iorga, M., Carauleanu, A., Ilea, C., Blidaru, I., Boiculese, L., & Socolov, R. V. (2017). Pregnancy during adolescence and associated risks: an 8-year hospital-based cohort study (2007–2014) in Romania, the country with the highest rate of teenage pregnancy in Europe. *BioMed research international*, ID 920501, 1-8. Récupéré le 1^{er} septembre 2018 du site : <https://doi.org/10.1155/2017/9205016>
- Soderquist, J., Wijma, K., & Wijma, B. (2002). Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23(1), 31-39.
- Solana-Arellano, E., Villegas-Arrizon, A., Legorreta-Soberanis, J., Cardenas-Turanzas, M., de la Cruz Enzaldo, J., & Andersson, N. (2008). Women's dyspareunia after childbirth: a case study in a hospital in Acapulco, Mexico. *Revista panamericana de salud publica / Pan American journal of public health*, 23(1), 44-51.
- Solidarités-santé.gouv. (2005). *Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité*. Retrieved

September 1st, 2018 from : <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/a0080026.htm>

- Song, Y. F., Zhang, W. J., Song, J., & Xu, B. (2005). Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Fuzhou Chinese women. *Chinese medical journal*, 118(11), 887-892.
- Soulé, M., Golse, B. et Missonnier, S. (2015). *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spieß, M. (2009). Actualités des recherches et des pratiques. Donner naissance : une confrontation à l'altérité, *Dialogue*, 184(2), 105-113.
- Srivastava, A., Avan, B. I., Rajbangshi, P., & Bhattacharyya, S. (2015). Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC pregnancy and childbirth*, 15(1), 97.
- Stahl, K. (2010). Revalidation of a questionnaire assessing women's satisfaction with maternity care in hospital. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 60(9-10), 358-367.
- Stern, D, Bruschiweiler-Stern, N. et Freeland, A. (1998). *La naissance d'une mère*. Paris : Odile Jacob.
- Stern, D.-N. (1995). *The motherhood constellation : A unified view of parent-infant psychotherapy*. New-York: Basic book.
- Stern, D. N., Bennett,S., Lefcourt, I. S., Haft, W., & Nachman, P. (1994). The activation of maternal representations. *Infant Mental Health Journal*, 15(4), 336-347.
- Stern, D.-N. et Robert-Tissot, C. (1989). L'entretien "R" : une méthode d'évaluation des représentations maternelles. Dans S. Lebovici, P. Mazet & J.-P. Visier (dirs.), *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Paris: Eshel coll « Médecine et hygiène ».
- Stewart, A. L., & Ware, J. E. (1992). *Measuring Functioning and Well-Being: The Medical Outcomes Study Approach*. Durham: Duke University Press.

- Stockmann, N. (1974). L'obstétrique et la gynécologie dans la vie française au XVIIIe siècle. *École pratique des hautes études. 4e section, Sciences historiques et philologiques*, 106(1), 867-871.
- Stoller, R. (1968). *Sex and Gender : On the Development of Masculinity and Feminity*. London: Karnac.
- Stoller, R. (1975, 2007). *La perversion : forme érotique de la haine*. Paris : Petite bibliothèque Payot.
- Stora, J.-B. (2010). Chapitre III - Les réactions psychoémotionnelles au stress : approches théoriques et psychosomatiques. Dans J.-B. Stora, *Le stress* (pp. 60-82). Paris : Presses Universitaires de France.
- Sullivan, R. (1997). Divine and rational: the reproductive health of women in ancient Egypt. *Surv Obstet Gynecol*, 52(10), 635-642.
- Sword, W., Kurtz Landy, C., Thabane, L., Watt, S., Krueger, P., Farine, D., & Foster, G. (2011). Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 118(8), 966-977.
- Tambelli, R., Odorisio, F., & Lucarelli, L. (2014). Prenatal and postnatal maternal representations in nonrisk and at-risk parenting: Exploring the influences on mother–infant feeding interactions. *Infant Mental Health Journal*, 35(4), 376-388.
- Tamburini, M., Filiberti, A., Ventafridda, V., & De Palo, G. (1986). Quality of life and psychological state after radical vulvectomy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 5(4), 263-269.
- Tayrac de, R., & Letouzey, V. (2016). Methods of pushing during vaginal delivery and pelvic floor and perineal outcomes: a review. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 28(6), 470-476.
- Tayrac de, R., Panel, L., Masson, G. et Mares, P. (2006). Episiotomie et prévention des lésions pelvi-périnéales. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 35, 24-31.
- Teijlingen van, E. R., Lowis, G., McCaffery, P., & Porter M. (2004). *Midwifery and the medicalization of childbirth: Comparative perspectives*. New York: Nova Publishers.

- Teissière, E. et Suarez, B. (2008). *Naître : De l'idéal de l'accouchement à la réalité de la naissance*. Montpellier: Sauramps médical.
- Tennfjord, M. K., Hilde, G., Stær-Jensen, J., Engh, M. E., & Bø, K. (2014). Dyspareunia and pelvic floor muscle function before and during pregnancy and after childbirth. *International urogynecology journal*, 25(9), 1227-1235.
- Thacker, S. B., & Banta, H. D. (1983). Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv*, 38(6),322-338.
- Thébaud, F. (1986). *Quand nos grand-mères donnaient la vie : la maternité en France dans l'entre-deux-guerres (vol. 1 et 2)*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon.
- Thébaud, F. (2010). Du soin et rien d'autre ? Les logiques sociales du grand déménagement. *Spirale*, 2(54), 31-37.
- Thevenot, A. et Metz, C. (2008). Inscription généalogique et travail psychique précoce d'accession à la parenté. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56(8), 481-484.
- Thiessen, K., Nickel, N., Prior, H. J., & Banerjee, A. (2016). Maternity Outcomes in Manitoba Women: A Comparison between Midwifery-led Care and Physician-led Care at Birth. *Birth*, 43(2), 108-115.
- Thompson, R., & Miller, Y. D. (2014). Birth control: to what extent do women report being informed and involved in decisions about pregnancy and birth procedures? *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 62.
- Timsit, M. (1990). Distorsions des réponses kinesthésiques au Rorschach et somatisation. *Revue de psychologie appliquée*, 40(2), 261-286.
- Toboul, B. (2003). Remarques introductives à la question du trauma. *Figures de la psychanalyse*, 1(8), 9-13. doi:10.3917/fp.008.0009.
- Todman, D. (2007). A history of caesarean section: from ancient world to the modern era. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 47(5), 357-61.
- Torkan, B., Parsay, S., Lamyian, M., Kazemnejad, A., & Montazeri, A. (2009). Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC pregnancy and childbirth*, 9(1), 4.

- Touliatos, B. Perlmutter, & M. Straus (2001) *Handbook of Family Measurement Techniques*, vol. 2, Sage Publications Inc., Thousand Oaks, CA p. 247
- Tourné, C. E. (2002). *Obstétrique psychosomatique et fonctionnelle*. Montpellier : Sauramps médical.
- Tripiani, A., Pellizzoni, S., Giuliani, R., Bembich, S., Clarici, A., Lonciari, I., & Ammaniti, M. (2015). Pre- and postnatal modifications in parental mental representations in three cases of fetal gastroschisis diagnosed during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 36(6), 613-622.
- Triviño-Juárez, J. M., Romero-Ayuso, D., Nieto-Pereda, B., Forjaz, M. J., Oliver-Barrecheguren, C., Mellizo-Díaz, S... & Plá-Mestre, R. (2018). Resumption of intercourse, self-reported decline in sexual intercourse and dyspareunia in women by mode of birth: A prospective follow-up study. *Journal of advanced nursing*, 74(3), 637-650.
- Turmo, M., Echevarria, M., Rubio, P., & Almeida, C. (2015). Development of chronic pain after episiotomy. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition)*, 62(8), 436-442.
- Tychev de, C. (1985). Les modes d'expression de l'angoisse au test de Rorschach dans les organisations 'névrotiques', 'limites' et 'psychotiques' de la personnalité. *Bulletin de psychologie*, 376, 671-679.
- Tychev de, C. (1986). Les modes d'expression de l'angoisse au test de Rorschach dans les organisations "névrotiques", "limites" et "psychotiques" de la personnalité. *Bulletin de psychologie*, 39(376), 671-679.
- Tychev de, C. (2012). *Le Rorschach en clinique de la dépression adulte : 17 cas cliniques*. Paris : Dunod.
- De Tychev, C. (2014). Utilité de la grille de représentation de soi dans une perspective de diagnostic différentiel. *Psychologie clinique et projective*, (1), 131-137.
- Tychev de, C. Burnel, F., Helleringer M., Heydel, A. et Khan, M. (1991) Capacités d'élaboration symbolique et agressivité manifeste : Approche comparée par le test de Rorschach chez des enfants de 8 à 12 ans. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 39(2-3), 99-104.

- Tychev de, C., Cahen, T. et Sagnes, L. (1990). Capacités d'élaboration symbolique des pulsions et passage à l'acte suicidaire : Approche comparée à l'aide du test de Rorschach, *Psychologie Médicale*, 22, 8, 744-749.
- Tychev de, C., Diwo, R. et Dollander, M. (2000). La mentalisation : approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach. *Bulletin de Psychologie*, 448(53-54), 469-480.
- Tychev de, C., Huckel, C., Rivat, M. et Claudon, P. (2012). Nouvelles normes adultes du test de Rorschach et évolution sociétale : quelques réflexions. *Bulletin de psychologie*, 5, 453-466.
- Tychev de, C. et Lighezzolo. (1983). A propos de la dépression "limite". Contribution du test de Rorschach en passation "classique" et "psychanalytique". *Psychologie française*, 28(2), 141-155.
- Tychev de, C. et Lighezzolo, J. (1984). A propos de la dépression mélancolique : contribution du Test du Rorschach en passation Classique et Psychanalytique. *Psychologie Médicale*, 16(14), 2441-2450.
- Tychev de C., & Lighezzolo, J. (2004). L'évaluation de la résilience: quels critères diagnostiques envisager? *Perspectives psy*, 43(3), 226-233.
- Tychev de, C., Spitz, E., Briançon, S., Costantini, M. L., Messembourg, C., De Luigi, V... et Limousin, B. (2004). Prévalence de la dépression prénatale et stratégies de coping. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52(5), 261-265.
- Tychev de, C., Spitz, E., Briançon, S., Lighezzolo, J., Girvan, F., Rosati, A... & Vincent, S. (2005). Pre-and postnatal depression and coping: a comparative approach. *Journal of Affective Disorders*, 85(3), 323-326.
- Valdayron, F. (2017). "On m'a retiré ma vie sexuelle" l'épisiotomie l'acte qui peut traumatiser autant qu'il humilie. Récupéré le 17 aout 2018 du site Marianne : <https://www.marianne.net/societe/m-retire-ma-vie-sexuelle-l-episiotomie-cet-acte-qui-peut-traumatiser-autant-qu-il-humilie>
- Van Duong, D., Binns, C. W., Lee, A. H., & Hipgrave, D. B. (2004). Measuring client-perceived quality of maternity services in rural Vietnam. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(6), 447-452.

- Vendittelli, F. et Gallot, D. (2006). Recommandations pour la pratique clinique. L'épisiotomie : quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 35, S12-S23.
- Vendittelli, F., Houlle, C., Méjean, A., Tergny, E., Jardon, S. et Accoceberry, M. (2005). *Réduction du taux d'épisiotomie. Document EPP HAS*. Récupéré le 1^{er} septembre 2018 du site de la HAS : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/symphas-bmj_po011.pdf
- Vendittelli, F., Rivière, O., Crenn-Hébert, C., Giraud-Roufast, A., & members of the Audipog Sentinel Network. (2012). Do perinatal guidelines have an impact on obstetric practices? *Revue d'épidémiologie et de sante publique*, 60(5), 355-362.
- Vennat, D., Belot, R. A., Capponi, I. et Mellier, D. (2018). Le défaut de soutien familial dans l'immédiat post-partum: quels impacts sur l'émergence de la détresse maternelle? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 66(6), 370-381.
- Viaux-Savelon, S., Dommergues, M. et Cohen, D. (2014). Dépistage échographique anténatal des anomalies mineures de bon pronostic: impact émotionnel, représentations parentales et relation mère-enfant. *Revue de médecine périnatale*, 6(3), 199-206.
- Viaux-Savelon, S., Rosenblum, O., Mazet, P., Dommergues, M. et Cohen, D. (2007). La surveillance échographique prénatale des grossesses à suspicion de malformation : étude du retentissement sur les représentations maternelles. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(7), 413-423.
- Vintejoux, E., Flandrin, A., Clarivet, B., Begue, L., Reyftmann, L., Rathat, G... et Boulot, P. (2012). Lésions périnéales sévères liées à une extraction fœtale par spatules. Quels facteurs de risques ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 41(1), 69-75.
- Waggoner, M., & Stults, C. (2010). Gender and Medicalization. Fact sheet prepared for Sociologists for Women in Society. *SWS Network News*, 4, 13-17.
- Wagner, M. (2001). Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S25-S37.

- Walburg, V., Friederich, F., & Callahan, S. (2014). Embarrassment and modesty feelings during pregnancy, childbirth and follow-up care: A qualitative approach. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(2), 126-136.
- Waldenström, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of psychosomatic research*, 47(5), 471-482.
- Waldenström, U. (2004). Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth*, 31(2), 102-107.
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., et Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31(1), 17-27.
- Walsh, D. J. (2010). Childbirth embodiment: problematic aspects of current understandings. *Sociology of Health & Illness*, 32(3), 486-501.
- [Walton, I. \(1994\). *Sexuality and motherhood*. Hale : Books for Midwives Press.](#)
- Ware, J. E. (2003). Conceptualization and measurement of health-related quality of life: comments on an evolving field. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 84, S43-S51.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). 1. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473- 483.
- Ware, J. E., Snyder, M. K., Wright, W. R., & Davies, A. R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and program planning*, 6(3-4), 247-263.
- Warmink-Perdijk, W. D., Koelewijn, J. M., de Jonge, A., & van Diem, M. T. (2016). Better perineal outcomes in sitting birthing position cannot be explained by changing from upright to supine position for performing an episiotomy. *Midwifery*, 34, 1-6.
- Watanatitan, J., Armarttasn, S., & Manusirivithaya, S. (2009). Incidence and factors associated with postpartum perineal pain in primipara. *Thai J. Obstetr. Gynaecol*, 17, 139-144.
- Way, S. (1996). Episiotomy and body image. *Modern midwife*, 6(9), 18-19.
- Webb, D. A., Bloch, J. R., Coyne, J. C., Chung, E. K., Bennett, I. M., & Culhane, J. F. (2008). Postpartum physical symptoms in new mothers: Their relationship to functional limitations and emotional well- being. *Birth*, 35(3), 179-187.

- Weeks, F., Pantoja, L., Ortiz, J., Foster, J., Cavada, G., & Binfa, L. (2017). Labor and birth care satisfaction associated with medical interventions and accompaniment during labor among Chilean women. *Journal of midwifery & women's health*, 62(2), 196-203.
- Weijmar Schultz, W. C. M., Van De Wiel, H. B. M., Heidemann, R., Aarnoudse, J. G., & Huisjes, H. J. (1990). Perineal pain and dyspareunia after uncomplicated primiparous delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 11(2), 119-127.
- White, G., & Jantos, M. (1998). Sexual behavior changes with vulvar vestibulitis syndrome. *The Journal of Reproductive Medicine*, 43, 783-89.
- White, R. et Bisson, M. (1998). Imagerie féminine du Paléolithique : L'apport des nouvelles statuettes de Grimaldi. *Gallia préhistoire*, 40(1), 95-132.
- Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.
- Widlöcher, D. (1999). La méthode du cas unique. *Monographies de psychopathologie*, 1, 191-200.
- Widlöcher, D. (2010). Le langage de l'angoisse. *Libres cahiers pour la psychanalyse*, 21(1), 17-33. doi:10.3917/lcpp.021.0017.
- Widmark, C., Levál, A., Tishelman, C., & Ahlberg, B. M. (2010). Obstetric care at the intersection of science and culture: Swedish doctors' perspectives on obstetric care of women who have undergone female genital cutting. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 30(6), 553-558.
- Wijma, K., Söderquist, J., & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *Journal of anxiety disorders*, 11(6), 587-597.
- Wilde-Larsson, B., Larsson, G., Kvist, L. J., & Sandin-Bojö, A. K. (2010). Womens' opinions on intrapartal care: development of a theory-based questionnaire. *Journal of clinical nursing*, 19(11-12), 1748-1760.
- Williams, A., Herronmarx, S., & Knib, R. (2007). The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to type of birth and birth risk factors. *J Clin Nurs*, 16, 549-61.
- Willmott, J. (1980). Too many episiotomies. *Midwives Chronicle*, 93(1105), 46-48.

- Wilson, K. L., & Sirois, F. M. (2010). Birth attendant choice and satisfaction with antenatal care: the role of birth philosophy, relational style, and health self-efficacy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(1), 69-83.
- Winnicott, D.W. (1956, 1969). La préoccupation maternelle primaire. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 285-292), trad. fr. revue et augmentée par J. Kalmanovitch. Paris: Payot.
- Winnicott D.W. (1958). The capacity to be alone. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 416-420.
- Winnicott, D. W. (1975, 2002). La créativité et ses origines. Dans *Jeu et réalité : l'espace potentiel* (p. 91-119). Paris: Gallimard.
- Woolley, R. J. (1995a). Benefits and risks of episiotomy: A review of the english-language literature since 1980. Part I. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 50(11), 806–820. doi:10.1097/ 00006254-199511000-00020
- Woolley, R. J. (1995b). Benefits and risks of episiotomy: A review of the english-language literature since 1980. Part II. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 50(11), 821–835.
- Woranitat, W., & Taneepanichskul, S. (2007). Sexual function during the postpartum period. *J Med Assoc Thai*, 90, 1744–1748.
- World Health Organization. (1996). *Care in normal birth: A practical guide*. Retrieved September 1st, 2018 from : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf.
- World Health Organization. (2004a). *Sexual Health—A New Focus for World Health Organization*. Retrieved September 1st, 2018 from : <http://www.who.int/hrp/publications/progress67.pdf>
- World Health Organization. (2004b). *Promoting mental health : concepts, emerging evidence, practice. Promotion*. Retrieved September 1st, 2018 from : http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- World Health Organization. (2013). *The World health report 2013 : Research for universal health coverage*. Retrieved September 1st, 2018 from : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf?uaD1

- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Retrieved September 1st, 2018 from : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
- World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Retrieved September 1st, 2018 from : <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>
- Wrobel, N. (2009). Sexualité après l'accouchement : Il n'y a plus d'avant ? *Sexualités humaines, 1*, 61-6
- Wu, L. C., Malhotra, R., Allen, J. C., & Lie, D. (2013). Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. *Archives of gynecology and obstetrics*, 288(6), 1249-1256.
- Xu, X. Y., Yao, Z. W., Wang, H. Y., Zhou, Q., & Zhang, L. W. (2003). Women's postpartum sexuality and delivery types. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*, 38(4), 219-222.
- Yee, L. M., & Miller, E. S. (2018). Association of Obstetrician Gender with Obstetric Interventions and Outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 132(1), 79-84.
- Yehuda, R., Hoge, C. W., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Lanius, R. A., Nievergelt, C. M... & Hyman, S. E. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers, 1*, 15057.
- Yeniél, A. O., & Petri, E. (2014). Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *International urogynecology journal*, 25(1), 5-14.
- Young, I. (1998). Pregnant embodiment. In D. Welton (ed.), *Body and flesh: A philosophical reader* (pp. 274–285). Malden: Blackwell Publishers Ltd.
- Zemon Davis, N. (1991, 2002). La femme “au Politique”. Dans N. Zemon-Davis, G. Duby et M. Perrot, *Histoire des femmes en Occident, tome III, XVIe-XVIIIe siècles* (pp.213-232). Paris: Editions Perrin.
- Zhang, M., Wang, M., Zhao, X., Ren, J., Xiang, J., Luo, B., & Yao, J. (2018). Risk factors for episiotomy during vaginal childbirth: A retrospective cohort study in Western China. *Journal of Evidence-Based Medicine*. 1-9.

- Zhang-Rutledge, K., Clark, S.L., Denning, S., Timmins, A., Dildy, G. A., & Gandhi, M. (2017). An initiative to reduce the episiotomy rate: Association of Feedback and the Hawthorne effect with leapfrog goals. *Obstet Gynecol*, 30(1), 146–50
- Zielinski, R., Ackerson, K., & Low, L. K. (2015). Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *International journal of Women's Health*, 7, 361.
- Zielinski, R., Low, L. K., Smith, A. R., & Miller, J. M. (2017). Body after baby: a pilot survey of genital body image and sexual esteem following vaginal birth. *International journal of women's health*, 9, 189.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Zilberman, A., Sheiner, E., Barrett, O., Hamou, B., & Silberstein, T. (2018). Once episiotomy, always episiotomy? *Archives of gynecology and obstetrics*, 298(1), 121-124.