

UNIVERSITE DE BORDEAUX  
ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BORDEAUX

**SANTE SEXUELLE ET EPISIOTOMIE : ECOUTER CE QUE  
NOUS APPRENNENT LES FEMMES**

Mémoire en vue de l'obtention  
**du diplôme d'Etat de sage-femme**

Soutenu en **juin 2016**

**CAPDEPUY Jeanne**

Née le 18 août 1992

Sous la co-direction de

Madame ROCHEDY Amandine, Sociologue

Madame MORIN Christine, Enseignante sage-femme

2<sup>ème</sup> cycle des études en sciences maïeutiques

## **REMERCIEMENTS**

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à Madame Rochedy Amandine ainsi qu'à Madame Morin Christine, directrices de ce mémoire, pour leur investissement, leur disponibilité et leurs conseils avisés.

Je tiens aussi à remercier les sages-femmes libérales m'ayant aidée à recruter les femmes que j'ai rencontrées, pour leur implication et l'intérêt qu'elles ont porté à cette étude.

Un grand merci à toutes les mères ayant accepté de participer à cette étude, pour leur disponibilité et le temps qu'elles m'ont accordé.

Merci également à ma famille pour sa contribution, sa patience, et son grand soutien.

Merci à mes amies de promotion pour leur présence et leur soutien ces quatre dernières années.

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b> .....	5
<b>1. Revue de la littérature</b> .....	8
1.1 L'épisiotomie et ses conséquences .....	8
1.2 Sexualité et tabous .....	11
1.3 Sexualité, grossesse et post-partum .....	13
1.4 Objectifs et question de recherche.....	16
<b>2. Population et méthode</b> .....	18
2.1 Choix de la méthode .....	18
2.2 Planification et réalisation des entretiens .....	21
2.3 Population de l'étude et recrutement.....	22
2.4 Analyse et résultats .....	24
2.5 Ethique et consentement .....	25
<b>3. Résultats et analyse</b> .....	27
3.1 La reprise des rapports sexuels, paradoxe entre envie et crainte....	27
3.2 Un corps et une image modifiés, entre femme et mère .....	31
3.3 Le conjoint, une place essentielle dans la triade mère-père-enfant.	36
3.4 La communication entre patients et soignants, un sujet difficile....	40
<b>4. Discussion</b> .....	45
4.1 Validité interne .....	45
4.2 Validité externe.....	50
<b>Conclusion</b> .....	59
<b>Références</b> .....	61
<b>Annexes</b> .....	68

## **INTRODUCTION**

Depuis le dix-huitième siècle, l'accouchement subit une grande évolution, s'inscrivant dans le processus social de médicalisation (Jacques, 2007). Au vingtième siècle, les progrès médicaux en termes de mortalité maternelle et infantile associés à l'arrivée des méthodes d'analgésie et à la construction de nombreuses structures hospitalières dans des lieux isolés contribuent à favoriser le déplacement de l'accouchement du domicile vers l'hôpital (Schlumbohm, 2002). Cette transition d'un accouchement physiologique à domicile vers un accouchement médicalisé et « pathologisé » à l'hôpital aboutit à la quasi-disparition des accouchements à domicile dans les années 1960 (Racinet, 2005). Aujourd'hui, l'accouchement est pratiqué à près de 99% en structures hospitalières (Carricaburu, 2005).

Parallèlement à ce changement du lieu de prise en charge, on voit apparaître un changement dans la position adoptée par les parturientes lors de l'accouchement. Ce changement de position apparaît au dix-huitième siècle pour la première fois avec François Mauriceau. Les femmes passent alors d'une position d'accouchement debout à une position en décubitus dorsal, qui facilite les examens obstétricaux et le travail du personnel médical (Dunn, 1991). Selon Mauriceau, cette position permettrait aussi une amélioration des efforts expulsifs des femmes. Cette position, allongée sur le dos, est alors surnommée la « French position » et se répand en Europe et en Amérique du Nord (Robert, 2014). Le périnée des femmes devient dans le même temps une partie visible, un périnée « public ». Cette notion arrive avec la médicalisation de l'accouchement, qui intervient alors que la médecine étend ses capacités aux événements normaux de la vie, comme la grossesse et l'accouchement. Le périnée est alors pathologisé, tourné en un site chirurgical (Dahlen, Homer, Leap, & Tracy, 2011).

La grossesse et l'accouchement devenus une indication médicale d'hospitalisation en cas de pathologie, l'évènement de la mise au monde a

été considérablement modifié pour l'adapter aux conditions hospitalières (Jacques, 2007). En effet, la notion de risque est prédominante aujourd'hui dans la prise en charge médicale, de par le fort contexte médico-légal présent en France, et l'accouchement, est un évènement défini à haut risque par les médecins (Belaisch-Allart, Frydman, & Marpeau, 2003; Jacques, 2007). Il existe deux types de risques : le risque anticipé par une surveillance médicale tout au long de la grossesse, et le risque non prévisible, qui doit être pris en charge dans l'urgence. Sous la « menace » du risque, les femmes s'en remettent totalement aux décisions du personnel soignant et acceptent les gestes médicaux et techniques qui leurs sont imposés. Dans ces conditions, l'accouchement est vécu comme un acte purement médical et l'expérience ainsi que le vécu de la femme sont souvent oubliés au profit d'une gestion technique optimale (Jacques, 2000).

Dans ce cadre médicalisé, l'obstétrique est considérée comme une activité d'urgence, comme le précise un rapport du Haut Comité de la Santé Publique, publié en 1994 : « *...les accouchements ne sont pas programmés, et les complications encore moins. C'est-à-dire que si les accouchements sont imprévisibles dans leur déclenchement spontané, ils le sont aussi dans leur déroulement. Dans une proportion – certes faible – les complications sont strictement imprévisibles, et d'une gravité extrême, justifiant une intervention souvent importante, qui pour avoir les meilleures chances doit être réalisée dans un délai de quelques minutes* » (Haut comité de la santé publique & Ministère des affaires sociales, 1994).

Dans ce contexte, l'épisiotomie est devenue l'intervention médicale la plus pratiquée dans les salles de naissance en occident au vingtième siècle (Draper & Newell, 1996; Vendittelli & Gallot, 2006). La pratique de l'épisiotomie est très fréquente mais n'est pas anodine, et induit de nombreuses conséquences médicales et psychologiques sur la vie des femmes (Carroli & Mignini, 2009; Parant, Reme, & Monrozies, 2001). Parmi ces conséquences, nous retrouvons une influence de l'épisiotomie

sur la sexualité des femmes dans le post-partum, à plus ou moins long terme (McDonald & Brown, 2013; Shibley Hyde, DeLamater, Plant, & Byrd, 1996; Signorello, Harlow, Chekos, & Repke, 2001).

Face à ce constat, il devient alors possible de se questionner sur l'influence de l'épisiotomie sur le vécu et les représentations que se font les femmes de la reprise des rapports sexuels dans le post-partum.

Avant de répondre à cette question, la première partie de ce rapport présentera une revue de la littérature sur l'épisiotomie et ses conséquences, la sexualité comme sujet tabou ainsi que sa place pendant la grossesse et le post-partum.

# 1. REVUE DE LA LITTÉRATURE

## 1.1 L'ÉPISIOTOMIE ET SES CONSÉQUENCES

### 1.1.1 Histoire, définition et recommandations

La première épisiotomie est décrite en 1742 par Sir Fielding Ould, dans des cas d'expulsions longues, afin d'éviter que l'orifice du périnée se « contracte autour du cou du fœtus », ou dans les cas où le périnée est très rigide (Dahlen et al., 2011; Dunn, 1999). Alors qu'au vingtième siècle, elle est considérée par les professionnels comme un geste préventif, qui permet de limiter la morbidité périnatale et maternelle, elle est très répandue dans les salles de naissances et est réalisée quasi-systématiquement (Bader, 2010; Carroli & Mignini, 2009).

Elle se définit aujourd'hui comme l'élargissement de l'orifice vaginal par une incision chirurgicale du périnée pendant la dernière partie de l'accouchement (Kalis, Laine, de Leeuw, Ismail, & Tincello, 2012). Cependant, sa réalisation varie selon l'opérateur, en termes d'orientation, de longueur, de profondeur, et surtout au niveau de la qualité de la suture. Le National Institute for health and Care Excellence (NICE) recommande la réalisation d'une épisiotomie dite médio-latérale, qui doit partir de la fourchette vulvaire, se diriger entre 45 et 60 degrés à droite vers la région ischiatique (NICE, 2014).

Nous pouvons différencier deux types de pratiques, qui ont été très souvent comparées dans des études sur les bénéfices et risques observés lors de la réalisation d'une épisiotomie lors de l'accouchement :

- La pratique libérale, faisant référence à une pratique large de l'épisiotomie.
- En opposition à la pratique restrictive, utilisation minimale de cette intervention médicale.

Il n'existe pas d'indication stricte à la réalisation d'une épisiotomie. En effet, la réalisation de manœuvres obstétricales ne justifie pas la

pratique systématique d'une épisiotomie, de même que la macrosomie fœtale, une variété de présentation postérieure, un antécédent de lésion périnéale du troisième ou quatrième degré, un fœtus de faible poids, selon le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Dans ce cadre, la décision de pratiquer une épisiotomie est basée sur l'expertise clinique de la personne réalisant l'accouchement (CNGOF, 2006; OMS, 2003).

En effet, il a été démontré, notamment par une méta-analyse de la Cochrane réalisée en 2009, que la pratique libérale de l'épisiotomie ne prévient pas la survenue de déchirures périnéales graves, ni la présence de conséquences urologiques à long terme, et n'apporte aucun bénéfice en comparaison à une pratique restrictive. Cette pratique libérale n'est donc pas recommandée au niveau international (Carroli & Mignini, 2009; de Tayrac, Panel, Masson, & Mares, 2006; Graham, Carroli, Davies, & Medves, 2005).

### 1.1.2 Données épidémiologiques en France et évolution

Selon le réseau de l'Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie (AUDIPOG), en France, nous observons une légère baisse du taux d'épisiotomie depuis 1994 (AUDIPOG, 2004) [Annexe 1] :

- En 1994, 55,5% de femmes ayant accouché par voie basse ont eu une épisiotomie, dont 77,1% de primipares et 38,4% de multipares.
- En 2002-2003, 47,3% des femmes ayant accouché par voie basse ont eu une épisiotomie, dont 68% de primipares et 31% de multipares.

Selon l'enquête nationale périnatale de 2010, 26,9% de femmes, dont 44,4% de primipares et 14,3% de multipares ont eu une épisiotomie lors de leur accouchement (Blondel & Kermarrec, 2011). Ce chiffre est

donc en constante diminution depuis le début des années 1990. Cette baisse nette du taux fait suite au consensus national du CNGOF de 2005, qui recommande une pratique restrictive des épisiotomies, comme cité dans le paragraphe précédent.

L'épisiotomie est donc plus souvent pratiquée chez des patientes primipares, et son taux augmente parallèlement à l'avancée de l'âge gestationnel au moment de l'accouchement. Il est majoré en cas de recours à une analgésie péridurale, en cas d'extraction instrumentale, donc varie en fonction des situations obstétricales (Vendittelli & Gallot, 2006).

Malgré une diminution notable du taux d'épisiotomie en France, il reste bien supérieur à de nombreux pays Européens, comme la Suède, qui possède un taux de 6,6%, ou le Danemark, avec 4,4%, en 2010 (Euro-Peristat, 2013) [Annexe 2].

### 1.1.3 Conséquences de l'épisiotomie

La pratique restrictive permet de réduire le risque de traumatisme périnéal sévère, de traumatisme du périnée postérieur, de suture périnéale et de complications de la guérison à sept jours du post-partum. Cependant, elle augmente le risque de traumatisme du périnée antérieur (Carroli & Mignini, 2009; Räisänen, Vehviläinen-Julkunen, & Heinonen, 2010).

Les conséquences de l'épisiotomie sont nombreuses. A court terme, des thromboses périnéo-vulvaires, des œdèmes et douleurs qui régressent facilement avec des traitements médicaux, des infections et des déhiscences possibles de la cicatrice. Les complications tardives sont principalement la douleur et les dyspareunies secondaires, ainsi que des résultats anatomiques non satisfaisants, comme une asymétrie de la vulve ou un rétrécissement de l'orifice vaginal (Carroli & Mignini, 2009; Karbanova et al., 2014). Dans ces cas là, les facteurs psychologiques

occupent le premier plan : connaissance de son anatomie, peur de la suture, et relation avec le partenaire ; et un traitement préventif est fondamental (Parant et al., 2001).

Les effets d'un tel traumatisme périnéal peuvent aussi être associés à des troubles d'ordre psychologiques à plus long terme, mais ils sont peu étudiés et peu expliqués en anténatal. Une des composantes de ces troubles concerne la sexualité (Draper & Newell, 1996).

## 1.2 SEXUALITE ET TABOUS

### 1.2.1 Historique

Jusqu'au milieu du vingtième siècle dans les pays occidentaux, la sexualité et les questions qui s'y réfèrent sont considérées comme un sujet tabou. En effet, la morale chrétienne a longtemps joué un rôle important dans le contrôle social de la sexualité, qu'elle admet uniquement dans un but de procréation dans le cadre du mariage. Le nombre de conceptions hors mariage commence à augmenter au dix-huitième siècle, ce qui pourrait correspondre à un affaiblissement des contraintes religieuses (Jaspard, 1997; Knibiehler, 2003). Le tabou entourant ce sujet fait qu'il est très peu étudié et documenté avant le milieu du dix-neuvième siècle. En effet, le terme de « sexualité » n'apparaît dans la langue française qu'en 1859. La sexualité a donc longtemps été un domaine extrêmement codifié, tant par l'Eglise que par la médecine, qui énoncera également les normes auxquelles le coït conjugal doit répondre (Dayan-Herzbrun, 1991; Jardin, 2004).

Au fil du temps, des modifications d'ordre social, politique et religieux ont permis une grande évolution des mœurs et des normes autour de la sexualité, penchant plutôt vers une « émancipation » et une plus grande liberté. Les premières enquêtes sur la sexualité arrivent ainsi dans les années 1950 avec Kinsey, puis Masters et Johnson aux Etats-Unis. La première étude en France est réalisée en 1972 par Pierre Simon,

et s'intitule *Le comportement sexuel des Français* (Jaspard, 1997). Pierre Simon est un gynécologue obstétricien français qui a joué un grand rôle dans la fondation du Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) en 1960, en faveur d'un accès libre à la contraception et d'une évolution législative vers la dépénalisation de la contraception. Ces actions mènent notamment à la loi Neuwirth en 1967, qui légalise l'usage des méthodes contraceptives en France (République Française, 1967).

En comparaison à d'autres spécialités, et en raison du tabou qui entoure ce sujet, les connaissances sur le domaine de la sexualité ont pris un grand retard, qui n'est toujours pas rattrapé aujourd'hui. Ce retard concerne notamment la physiologie de la fonction sexuelle, en particulier féminine ; ainsi que la physiopathologie de ses dysfonctionnements. Il est contradictoire avec les grandes avancées sur la reproduction humaine qui ont été réalisées au vingtième siècle (Jardin, 2004).

### 1.2.2 Constructions sociales de la sexualité

L'étude de la sexualité est complexe, car elle regroupe de nombreuses composantes. L'approche sociologique vient en complément de l'étude des facteurs organiques, psychologiques et relationnels (Gellman & Gellman-Baroux, 1992). Les comportements pluriels et hétérogènes rendent leur appréhension difficile et nous allons les regarder en prenant en compte les représentations, les relations sociales, les normes, les pratiques, les comportements et leur signification (Bajos & Spira, 1991; Bozon & Leridon, 1993; Dayan-Herzbrun, 1991).

Les comportements sexuels des individus sont différents en fonction de leur histoire personnelle, des représentations qu'ils en ont, des normes sociales qui les entourent. Les normes sociales sont différentes selon les réseaux sociaux interrogés (famille, amis, collègues). En effet, tout individu appartenant à un réseau social est influencé par celui-ci et recherche dans le même temps son approbation. Dans ce cadre, une étude

sur les modèles de la sexualité conjugale réalisée en 1997 par Marquet, Huynen et Ferrand montre que la famille est le réseau le plus symbolique en termes de relations conjugales, et que les normes qu'elle véhicule sont celles qui influent le plus sur les comportements des individus (Marquet, Huynen, & Ferrand, 1997).

### 1.2.3 Communication et dialogue autour de la sexualité

La communication est un aspect important dans la vie sociale d'un individu. Elle s'organise au sein de relations établies entre deux protagonistes, qui évoluent en permanence. On ne parle de sa vie personnelle qu'à certaines personnes, considérées comme proches ou amis, ce qui conditionne les échanges sur la sexualité, perçus souvent comme des confidences (Ferrand & Mounier, 1993).

La communication entre patients et professionnels de santé est une part très importante du parcours de soin. Le dialogue autour de la sexualité doit en faire partie, et constitue une attente de la part des femmes. Cependant, instaurer le dialogue autour de ce sujet est considéré comme délicat autant par les patientes que par les professionnels (Collier & Cour, 2013; Wendt, Marklund, Lidell, Hildingh, & Westerståhl, 2011). Instaurer un climat de confiance, sans jugement, avoir suffisamment de temps et des questions ouvertes et préparées, permet de limiter les difficultés rencontrées (MacLaren, 1995; Wendt et al., 2011).

## 1.3 SEXUALITE, GROSSESSE ET POST-PARTUM

### 1.3.1 Définition

D'après l'OMS, la sexualité est « *un aspect central de l'être humain, qui comprend le sexe, les identités et les rôles selon le genre, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée dans les pensées, les fantasmes, les désirs, les*

*croyances, les attitudes, les valeurs, les comportements, les pratiques, les rôles et les relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, elles ne sont pas toutes vécues ou exprimées. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, juridiques, historiques, religieux et spirituels » (WHO, 2006).*

La sexualité est donc influencée par de nombreuses composantes de la vie d'un être humain. La grossesse et le post-partum étant une période de bouleversements pour les femmes et leur couple, leur sexualité est donc modifiée (Tourné, 2003).

### 1.3.2 Sexualité et grossesse

D'un point de vue historique, la sexualité pendant la grossesse a longtemps été autorisée et valorisée, le sperme étant considéré comme utile à la poursuite de la grossesse et au développement du fœtus (Knibiehler, 2003). Source d'inquiétudes de la part du corps médical, notamment parce que l'orgasme provoque des contractions utérines, il a été prouvé qu'en dehors de toute pathologie gravidique contre-indiquant les rapports sexuels, leur pratique n'est pas dangereuse (White & Reamy, 1982).

La grossesse constitue chez une femme une période de grands changements et mutations, qui concernent tout aussi bien son corps que sa vie de femme. Elle implique ainsi son compagnon, qui est à la fois spectateur et acteur de ces changements (Tourné, 2003). D'un point de vue physique, le corps de la femme enceinte est le siège de changements visibles, notamment avec la croissance de l'utérus, qui devient apparent au deuxième trimestre, et qui ne cesse de croître jusqu'à la fin de la grossesse. L'accroissement de l'utérus s'accompagne de désagréments fréquents, qui peuvent influencer sur la vie sexuelle des couples : la fatigue, les nausées, les douleurs dorsales, les difficultés respiratoires, le

sommeil perturbé (Tosun Güleröglü & Gördeles Beşer, 2014). Ces changements physiques s'associent à des modifications hormonales et psychologiques, qui accompagnent cette transition du statut de femme à celui de mère. Ils induisent une modification des pratiques sexuelles au cours de la grossesse, avec notamment une diminution de la fréquence des rapports, maximale au troisième trimestre (Pauleta, Pereira, & Graça, 2010).

### 1.3.3 La sexualité du post-partum, ses modifications et leurs causes

La majorité des couples ne reprennent pas une activité sexuelle avec pénétration avant 6 semaines du post-partum. Les femmes ayant eu un accouchement traumatique (césarienne, accouchement par voie basse instrumental, déchirure périnéale, épisiotomie) sont susceptibles d'attendre un délai plus long avant la reprise des rapports (McDonald & Brown, 2013; Safarinejad, Kolahi, & Hosseini, 2009; von Sydow, 1999), mais ce délai est influencé par plusieurs autres facteurs : la douleur ressentie, les saignements vaginaux, la fatigue et le défaut de lubrification ; ainsi que par l'allaitement maternel (Safarinejad et al., 2009; Shibley Hyde et al., 1996; von Sydow, 1999). En effet, l'étude de Safarinejad et al. menée en 2009 montre que 64,3% des femmes ayant eu un accouchement par voie basse spontané non traumatique ont leur premier rapport sexuel pendant les 8 premières semaines du post-partum, alors qu'une femme ayant eu un accouchement par voie basse traumatique reprendra les rapports sexuels dans un délai plus long, et notamment après les 8 premières semaines dans le cas d'une épisiotomie (Safarinejad et al., 2009).

Les femmes ayant eu une épisiotomie rapportent souvent des douleurs lors de leur premier rapport après l'accouchement, douleurs qui sont susceptibles de persister plus longtemps que pour les autres femmes (Signorello et al., 2001). Ces douleurs sont des dyspareunies, définies

comme des douleurs génitales récurrentes ou persistantes associées à la reprise des rapports sexuels (Mimoun & Wylie, 2009). Elles sont fréquemment associées à un défaut de lubrification, qui résulterait possiblement d'une baisse de l'excitation lors de l'apparition des douleurs, entraînant la disparition des signes somatiques, dont fait partie la lubrification, ainsi qu'un taux d'œstrogènes diminué dans le post-partum (Ejegard, Ryding, & Sjögren, 2008; Shibley Hyde et al., 1996).

Les dyspareunies occupent donc une part importante des complications du post-partum à long terme. Elles prennent place dans un contexte difficile, la grossesse et le post-partum représentant un bouleversement local mais aussi global pour la femme (silhouette, sensations, place dans le couple) (Bitzer & Alder, 2000; Tournier, 2003). En effet, pour les femmes, la grossesse et le post-partum sont des périodes caractérisées par d'intenses modifications biologiques, physiques et sociales ; et représentent un challenge d'adaptation pour les femmes et leur partenaire (Bitzer & Alder, 2000). Dans ce cas, la reprise des rapports sexuels peut être une étape clé dans la vie du couple, qui doit être réalisée lorsque les deux partenaires sont prêts, le désirent et se sentent à l'aise (Radestad, Olsson, Nissen, & Rubertsson, 2008; Shibley Hyde et al., 1996). Le point de vue des hommes commence à être étudié, tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif, et il est intéressant à prendre en compte et à questionner. En effet, les hommes ressentent aussi des perturbations dans leur vie de couple et par extension, dans leur vie sexuelle, l'arrivée d'un enfant et la construction d'une famille bouleversant leurs rapports avec leur partenaire (MacAdam, Huuva, & Berterö, 2011).

#### 1.4 OBJECTIFS ET QUESTION DE RECHERCHE

Plusieurs études se concentrent sur un point de vue quantitatif de l'activité sexuelle et du vécu des femmes dans le post-partum (Ejegard et al., 2008; McDonald & Brown, 2013; Radestad et al., 2008; Safarinejad et al., 2009; Signorello et al., 2001), mais s'intéressent peu à l'expérience subjective des femmes (Gerda, Josef, Uwe, & Edgar, 2006). De plus, la

majorité des études ne prend pas en compte les pratiques sexuelles autres que le rapport sexuel avec pénétration. Nous ne savons donc pas comment les femmes perçoivent et vivent leur sexualité dans le post-partum, en particulier en France.

A partir de ces constats, nous pouvons nous poser une question : Comment les femmes ayant eu une épisiotomie lors de leur accouchement se représentent et vivent-elles la reprise des rapports sexuels dans le post-partum ?

L'objectif de cette étude est double. D'une part, décrire le vécu de la reprise des rapports sexuels dans le post-partum chez des primipares ayant eu une épisiotomie, afin de comprendre leurs pratiques, leurs représentations, leurs normes, leurs expériences et leurs craintes. D'autre part, du point de vue professionnel, cette étude permettrait de compléter le regard sur le vécu de la reprise des rapports sexuels chez ces patientes, afin de pouvoir orienter si nécessaire notre prise en charge vers l'accompagnement et la prévention des troubles.

A l'issue de la revue de la littérature et des situations professionnelles rencontrées, plusieurs thèmes semblent émerger et influencer la reprise des rapports sexuels dans le post-partum : le vécu de l'épisiotomie et la communication du personnel médical à ce sujet, l'image que la femme a de son corps après son accouchement, la relation qu'elle entretient avec son conjoint, et notamment la place de la communication dans leur couple.

## **2. POPULATION ET METHODE**

### 2.1 CHOIX DE LA METHODE

Afin de répondre au mieux à la question, une approche qualitative a été choisie, car elle permet de comprendre un phénomène ou une situation à travers le point de vue des personnes qui le vivent, ou qui l'ont vécu. Cette méthode a amené les femmes interrogées à exprimer dans notre cas leur vécu, leurs perceptions (Beaud & Weber, 2010; Campenhoudt & Quivy, 2011), sur la reprise des rapports sexuels après une épisiotomie.

#### 2.1.1 Intérêt de la réalisation d'entretiens

L'entretien est un fait de parole, dans lequel l'enquêteur obtient des informations sur l'enquêté, ainsi que sur ses expériences vécues. Il permet de recueillir les questions des enquêtés, leurs points de vue, leur expérience, leur logique ; et ainsi d'explorer des faits dont la parole devient le vecteur principal. Parmi ces faits, nous retrouvons les représentations, qui sont en fait des pensées construites par un individu sur un sujet donné : et les pratiques, qui sont les faits expérimentés par cet individu. Lors d'un entretien, l'enquêté construit son discours en parlant, et transforme alors son expérience vécue en paroles (Blanchet & Gotman, 2007).

Cette méthode est la plus adaptée pour répondre à la question posée, qui implique les représentations et le vécu des femmes autour de la reprise des rapports sexuels. En effet, l'entretien diffère d'un questionnaire car il permet d'analyser, à travers le discours d'un individu, le sens qu'il donne aux événements dont il est le témoin actif. Il permet alors de rapporter les idées liées à l'expérience du sujet. L'écoute de l'autre est un élément essentiel, qui s'ajoute à l'interrogation initiale, et se différencie ainsi d'un simple prélèvement d'informations par questionnaire. De plus, la réalisation d'entretiens permet de se libérer d'une hiérarchie et d'un

classement préalable des facteurs que l'on sait déterminants, et utilisés lors de l'élaboration d'un questionnaire, pour lequel les références sur le sujet constituent une base de réflexion.

L'étude est basée sur la réalisation d'entretiens semi-directifs individuels à usage principal, ils constituent le mode de collecte principal des données. Des hypothèses, ou thèmes, ont été dégagés et agencés en présuppositions explicatives, afin que les données produites puissent leur être confrontées. Les entretiens ont été réalisés grâce à une grille d'entretien, contenant des questions ouvertes [Annexe 3]. Cette grille constitue la traduction des hypothèses en questions concrètes et en questions de reformulation. L'ordre de ces questions a pu être adapté et les questions reformulées pour approfondir plus ou moins les sujets abordés (Duchesne, 2000; Fenneteau, 2015). La grille d'entretien a été construite de manière à pouvoir décrire le processus de la reprise des rapports sexuels dans le post-partum, du point de vue des femmes. Un processus est défini comme le déroulement d'une situation, dans laquelle chacun des participants a son rôle, ses actes et ses relations interpersonnelles (Beaud & Weber, 2010).

La flexibilité des entretiens est d'un grand intérêt, car cette liberté permet de « faire parler » les enquêtés autour d'un sujet, et de déclencher une dynamique tout en restant dans le thème ; et non pas d'interroger les individus rencontrés. Cela permet d'accéder à ce qu'on appelle le récit, quand une personne raconte un épisode quelconque de son expérience vécue à quelqu'un d'autre, en l'occurrence l'enquêteur. L'absence de questions pré-établies et auxquelles il faut absolument répondre permet d'explorer l'état psychologique de l'individu, l'état de son expérience ainsi que les conceptions qu'il a et la description de ses pratiques (Bertaux, 2016; Blanchet & Gotman, 2007).

### 2.2.2 Enquête sur un sujet intime

L'entretien permet de faire ressortir les singularités de chaque discours, mais aussi les cohérences dans les attitudes et les comportements des différents individus interrogés. Cette méthode permet alors à l'enquêteur de se libérer d'un nombre d'entretiens à réaliser, car chacun apporte son lot d'informations nouvelles. Les interviews permettent de recueillir des anecdotes, très importantes car elles montrent les pratiques sociales de l'enquêté, qui « raconte » des situations dans leur contexte (Beaud, 1996). Le sujet de l'étude étant très intime, personnel, et parfois même tabou ; et de nombreuses études quantitatives sur le sujet ayant déjà été réalisées, le choix s'est porté sur une méthode basée sur des entretiens, qui permet une approche plus appropriée. En effet, l'approche quantitative basée souvent sur des questionnaires généraux ne semble pas adaptée au sujet, dont les expériences peuvent être très variables selon les individus et basées sur des représentations et des normes personnelles et différentes (Mead, 2015).

Parler de sexualité n'est pas chose simple, et ce malgré une certaine libération des mœurs à ce sujet de nos jours. Faire parler les femmes sur leur vie sexuelle n'a donc pas été facile, et a demandé la construction d'une relation de confiance tout au long des entretiens menés. L'enquêteur et l'enquêtée sont au départ deux personnes totalement inconnues, et construisent une relation au fil de la rencontre. Ainsi, les enquêtées se sont souvent plus livrées à la fin des entretiens, quand elles se sentaient plus à l'aise et en confiance. Faire durer l'entretien permet d'approfondir les sujets et de s'affranchir d'une certaine pudeur des personnes interviewées (Beaud, 1996). De plus, il est connu que la proximité sociale entre l'enquêteur et les enquêtés permet de simplifier l'échange, car les deux personnes ont un univers avec des références partagées, qui permet de créer du lien. Le fait que l'enquêteur soit une femme, ayant un âge proche de celui des jeunes mères rencontrées, a favorisé aussi leur liberté de parole.

## 2.2 PLANIFICATION ET REALISATION DES ENTRETIENS

L'entretien a été réalisé dans un intervalle se rapprochant au mieux des 6 premières semaines du post-partum, la majorité des couples reprenant les rapports sexuels pendant cette période. L'objectif était de réaliser dix entretiens, nombre d'entretiens généralement à atteindre afin d'approcher le point de saturation. Au total, sept entretiens ont été réalisés, entre décembre 2015 et mars 2016.

Ils ont été réalisés dans un lieu laissé au choix des femmes, afin de leur assurer la plus grande liberté de parole. La totalité des enquêtées ont choisi de réaliser les entretiens à leur domicile, souvent pour des questions pratiques, car elles avaient leur enfant à la maison et qu'il est plus simple pour elles de rester sur place pour s'en occuper en cas de besoin. De plus, interroger un individu à son domicile favorise le discours autour de la vie quotidienne, dont fait partie la sexualité (Blanchet & Gotman, 2007). L'enquêteur a réalisé ces entretiens en dehors de tout temps de travail, donc il était habillé de façon neutre et n'avait aucun lien médical avec les femmes rencontrées. La neutralité et la discrétion de l'enquêteur est essentielle lors de la réalisation des interviews, car elle permet aux individus de s'exprimer plus librement et de laisser cours à l'élaboration de leur discours (Kaufmann, 2011). Cette neutralité a été un point essentiel, le sujet touchant à l'intimité des femmes. Il a été important qu'elles ne ressentent aucun jugement ni aucune pression de la part de l'enquêteur afin qu'elles puissent se livrer.

Les entretiens ont été menés selon une grille d'entretien élaborée à partir d'une revue de la littérature large sur le sujet étudié, et finalisée en décembre 2015 [Annexe 3]. Le fait d'utiliser cette grille lors de nos rencontres a pu créer une certaine distance avec les femmes interrogées, malgré la présentation de l'étude et les explications données sur le déroulement de l'entretien, qui consiste en une discussion libre autour de sujets préétablis, et non en une série de questions auxquelles il faut à tout prix répondre. Le tableau contenant les questions a été positionné de

manière à ce que les femmes ne le voient pas, afin qu'il ne constitue pas une « barrière » entre elles et l'enquêteur.

Cette méthode permet de recueillir des données subjectives de la part des enquêtées, mais pas seulement. La grille d'entretien a été construite de manière à collecter aussi des données objectives, indispensables à l'analyse des résultats, comme les données sociodémographiques concernant la population de l'étude, les données médicales concernant leur grossesse.

### 2.3 POPULATION DE L'ETUDE ET RECRUTEMENT

La population de l'étude a été constituée de patientes primipares ayant eu une épisiotomie, qui ont été recrutées par plusieurs sages-femmes libérales, qui suivent les femmes lors de leur retour à domicile puis pour la rééducation périnéale. Les sages-femmes étaient alors considérées comme des relais institutionnels, cette stratégie a permis de faciliter le recrutement des femmes et de rester plus facilement en contact avec elles. En effet, l'utilisation d'un relais de ce type permet de personnaliser la prise de contact à travers un individu connu des femmes. Les sages-femmes libérales ont été contactées par téléphone et lors d'une réunion de l'Ordre des Sages-Femmes, en décembre 2015. Lors de cette rencontre, une lettre expliquant le principe de l'étude leur a été remise, ainsi qu'une lettre d'informations à destination des patientes, leur permettant d'obtenir une information claire sur l'étude réalisée [Annexes 4 et 5].

Les critères d'inclusion sont :

- La primiparité. Ce critère est pertinent car il permet que les patientes n'aient eu aucune expérience préalable de la reprise des rapports sexuels après un accouchement, afin que leur discours ne soit pas influencé.

- Ayant accouché à terme. Ce critère est important car les patientes accouchant prématurément ont plus de risque d'avoir une épisiotomie lors de leur accouchement.
- Ayant eu une épisiotomie.
- Parlant couramment français.

Les critères d'exclusion sont :

- La multiparité.
- Les patientes ayant subi des mutilations sexuelles ou avec un antécédent de chirurgie périnéale. En effet, ces antécédents pourraient avoir entraîné des troubles de la sexualité, et les patientes pourraient avoir déjà eu des expériences négatives qui influenceraient leur discours.
- Les patientes avec des troubles psychologiques.
- Les femmes célibataires.

Après avoir proposé aux patientes correspondant aux critères d'inclusion de participer à l'étude, les sages-femmes ont ensuite transmis les coordonnées de celles ayant accepté de participer, afin de convenir d'une date et d'un lieu de rendez-vous. Sur les 10 sages-femmes contactées, seules 3 ont permis de recruter des patientes. Certaines n'avaient pas de patientes correspondant aux critères d'inclusion, et certaines n'ont pas répondu aux relances, ce qui a limité le champ de recrutement. Une fois les coordonnées des patientes recueillies, elles ont été contactées par téléphone, afin de convenir d'une date et d'une heure d'entretien. En l'absence de réponse de leur part, un message vocal leur a été laissé avec des coordonnées, afin qu'elles puissent reprendre contact. Sur les 8 patientes contactées, une d'entre elles a repoussé deux fois le rendez-vous, avant finalement de ne plus donner suite.

## 2.4 ANALYSE ET RESULTATS

Tous les entretiens ont été retranscrits dans leur totalité à partir d'un enregistrement audio après accord des enquêtées. La retranscription des entretiens a été fidèle aux enregistrements, et complétée par les notes prises sur le terrain lors des rencontres avec les femmes. Elle commence à chaque fois par la mise en contexte, qui décrit le lieu de rendez-vous, l'heure, la manière dont l'enquêtée a choisi de nous installer. Lors de la retranscription, nous avons tenu compte des silences, inflexions dans la tonalité de la voix, hésitations, rires, et autres attitudes dont ont pu faire part les femmes interrogées, ce qui permet ensuite de replacer les paroles dans un contexte plus complet (Beaud, 1996). Chacun des entretiens est considéré comme une unité de comparaison, et l'ensemble constitue le corpus.

L'analyse des résultats a ensuite été faite en deux temps. Dans un premier temps, une analyse entretien par entretien, avec la lecture et l'annotation des retranscriptions, afin de s'imprégner au mieux des différents discours des femmes et des sujets abordés. Cette première étape permet de repérer des fragments de discours qui portent une signification. Dans un deuxième temps, une analyse thématique, dans laquelle les différentes notions abordées par les enquêtées ont été regroupées par grands thèmes, puis par sous-thèmes, dans un grand tableau au format informatique appelé grille d'analyse. Ces thèmes sont extrêmement larges et ne suivent pas la grille d'entretien qui avait été élaborée. La grille d'analyse est un outil explicatif, alors que la grille d'entretien est un outil exploratoire. En effet, le mode de découpage est stable d'un entretien à l'autre, et cherche la cohérence thématique inter-entretiens, afin de construire un modèle explicatif des pratiques et des représentations (Blanchet & Gotman, 2007). Ensuite ont été sélectionnés les thèmes qui ont permis de répondre au mieux à la question de recherche pour rédiger les résultats. En effet, la grande richesse des entretiens réalisés ne permet

pas une analyse complète des données récoltées, qui dépassent parfois le sujet étudié.

Après sélection, 4 grands thèmes ressortent de l'analyse. Chaque thème est illustré des citations, ou verbatims les plus pertinents pour illustrer le discours et les pensées des enquêtées ; et est repris et commenté dans la partie discussion de ce rapport.

## 2.5 ETHIQUE ET CONSENTEMENT

D'un point de vue éthique, une information et une argumentation claire a été prodiguée aux patientes par l'intermédiaire des sages-femmes libérales et par la lettre d'information. Cette lettre contenait des indications sur le principe de l'étude, son sujet, ainsi que les caractéristiques des entretiens (lieu, durée). De plus, la possibilité de prendre contact avec l'enquêteur afin d'obtenir de plus amples informations sur le contenu de l'étude leur était donnée, ainsi que la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment sans explication.

L'anonymat et la confidentialité leur ont été garantis, leur nom et prénom ne sont pas mentionnés lors de la retranscription des entretiens. Un prénom aléatoire a été attribué aux femmes, et leur prénom a été retiré de la retranscription si elles l'ont mentionné. De plus, le schéma de cette étude nous a permis de rencontrer les patientes en dehors de toute structure médicale, sans accès à aucun dossier médical permettant de les identifier.

Une déclaration simple a été effectuée auprès de la CNIL sous le numéro 1921766 [Annexe 6] afin de garantir la protection des données personnelles recueillies lors des entretiens. En effet, selon la déclaration d'Helsinki en octobre 2008 : « *Toutes les précautions doivent être prises pour protéger la vie privée et la confidentialité des informations personnelles concernant les personnes impliquées dans la recherche, et pour minimiser l'impact de l'étude sur leur intégrité physique, mentale et sociale.* ».

De plus, le protocole de cette étude a été présenté devant un comité scientifique pour approbation.

### 3. RESULTATS ET ANALYSE

L'étude et l'analyse des 7 entretiens réalisés a permis de faire ressortir plusieurs grands thèmes qui sont abordés dans cette partie de notre rapport. Dans un premier temps, nous verrons en quoi la reprise des rapports sexuels est sujet d'émotions diverses et partagées ; puis en quoi l'image que la femme a de son corps entre en jeu ; ainsi que la nouvelle relation de couple et la communication avec les personnels médicaux.

Les données sociodémographiques et les caractéristiques des entretiens de chaque femme que nous avons rencontrée sont présentées dans un tableau [Annexe 7].

#### 3.1 LA REPRISSE DES RAPPORTS SEXUELS, PARADOXE ENTRE ENVIE ET CRAINTE

##### 3.1.1 Un sujet de peur pour les femmes...

6 femmes sur les 7 que nous avons interrogées nous ont fait part de leurs craintes concernant la reprise des rapports sexuels. Ce sont principalement des craintes liées aux nouvelles sensations qu'elles ont au niveau de la cicatrice de leur épisiotomie : la douleur, le rétrécissement de l'orifice vaginal, la cicatrisation.

Cette peur était présente avant la reprise des rapports pour les 6 femmes, comme l'explique **Caroline** : « [...] j'avais des inquiétudes sur l'influence sur la vie sexuelle après, sur les possibles douleurs, les sensations, est-ce que ça n'a pas rétréci tout ça ? ». Pour les 3 femmes qui avaient déjà repris les rapports sexuels au moment de notre entretien, toutes nous ont dit que leurs peurs ont été confirmées par une expérience douloureuse. Par exemple, **Marine** nous dit : « Surtout au niveau de la pénétration j'avais quand même peur. Peur que ça craque, peur que ça

*fasse mal, peur que... Et effectivement le premier a été très très compliqué oui. »*

Cependant, les femmes que nous avons interrogées nous disent aussi que ces craintes sont toujours comprises par leurs conjoints, et parfois partagées, ce qui rassure les femmes et leur permet d'être plus en confiance. 5 femmes sur les 7 nous ont expliqué en discuter avec leur conjoint, ce qui permet de partager leurs appréhensions, comme le dit **Caroline** : « [...] on en parle, parce que c'est quelque chose qu'on va vivre à deux après, pour la reprise des rapports sexuels... [...] Mais mon mari est très rassurant, il me dit qu'on fera attention, que ça sera quand je voudrais, doucement... ». L'ensemble des jeunes mères se sont senties rassurées et bien soutenues par leur conjoint dans cette étape clé de leur vie de couple, car ils ont fait preuve de beaucoup de douceur et de compréhension.

Nous avons aussi entendu que ces inquiétudes ne sont pas présentes uniquement du côté des femmes. Plusieurs enquêtées nous ont rapporté les craintes de leurs conjoints, qui se sentent parfois en difficultés face à une vie sexuelle bouleversée et source de questionnements, qui n'étaient pas présents avant la grossesse dans leur couple, comme le souligne **Virginie** : « Disons que moi j'ai des préoccupations parce que je me dis qu'on va en chier, et lui aussi sait que ça sera délicat pour moi... Et je pense qu'il sait que ça sera aussi délicat pour lui, parce qu'il y a une appréhension qui n'était pas forcément là avant... ».

Seule **Aude** nous a dit ne pas avoir eu d'appréhension lors de la reprise des rapports : « Pour moi c'était comme avant la grossesse, j'avais pas d'inquiétudes du tout. J'étais sereine. Et mon épisiotomie ne m'a pas gênée du tout, j'ai pas eu mal. »

### 3.1.2 ... Malgré un désir toujours présent :

De plus, l'ensemble des femmes interrogées nous ont fait part du désir toujours présent entre elles et leur conjoint. Ce désir est présent chez toutes les femmes, ce qui vient en opposition aux craintes ressenties par 6 d'entre elles quand on les questionne sur leur état d'esprit à l'idée de reprendre les rapports sexuels. Parmi elles, **Virginie** est celle qui l'exprime le mieux : « *Moi j'ai hâte de reprendre !! Bon voilà l'appréhension de l'épisiotomie, de la douleur est là, mais par contre de reprendre une vie sexuelle normale et comme avant, j'ai hâte !* ». Quand nous avons questionné les enquêtées sur le désir au sein de leur couple, leur réponse est liée dans plusieurs cas au fait que les pratiques sexuelles de leur couple ont changé pendant la grossesse. En effet, l'ensemble des femmes nous ont rapporté une modification des pratiques sexuelles pendant la grossesse, due à des sensations modifiées ou à des positions imposées par leur ventre. La fréquence des rapports a baissé pour l'ensemble des couples pendant la grossesse, ce qui renforce l'envie de reprendre une vie sexuelle normale, comme le dit **Caroline** : « *[...] c'est une envie qu'on a tous les deux, surtout que ça fait longtemps qu'on ne l'a pas fait !* ».

Cependant, ce désir est nuancé par la grande fatigue ressentie par les jeunes mères. La fatigue est un thème qui est revenu dans la totalité de nos entretiens, notamment dans les premières semaines du post-partum, lorsque les mères sont seules à s'occuper de leur enfant pendant la journée quand leur conjoint travaille. A la fin de la journée, quand vient l'heure du coucher, l'envie peut être nuancée par la fatigue et la perspective de devoir se lever la nuit pour allaiter ou donner le biberon à son bébé, comme l'explique **Emma** : « *[...] quand je vais au lit, je me dis que si je dois perdre une heure... Enfin je me dis voilà, je préfère dormir une heure, pour le moment je suis tellement fatiguée.* ». Quand nous avons questionné les femmes sur leur vie sexuelle actuelle, la plupart nous a spontanément parlé de rapports sexuels avec pénétration, ce qui est pour elles la définition d'une relation sexuelle. Seule **Hélène** nous a mentionné son impossibilité à avoir d'autres pratiques sexuelles avec son conjoint,

comme des pratiques orales : « [...] quand je suis fatiguée je ne peux absolument rien faire, j'ai pas envie de le caresser, j'ai pas envie de faire de fellation ou quoi que ce soit...».

Face au désir de leur conjoint, nous avons recueilli chez deux femmes un sentiment de culpabilité quand la reprise de leur vie sexuelle ne s'est pas déroulée parfaitement à leurs yeux, quand la douleur les a empêchées d'aller au bout du rapport sexuel. **Emma** nous dit : « C'est plus pour lui que je me sens coupable parce que c'est plus lui qui réclame, donc je me sens coupable pour lui je me dis « Mince ! » et puis j'ai peur qu'il me quitte parce que la première fois je lui ai dit « Imagine on y arrive plus jamais, tu vas me quitter. » [...] ». Ce sentiment de culpabilité s'explique pour ces deux femmes par une impression de décalage entre le désir intense que ressent leur conjoint et le leur, qui est influencé par leur fatigue et la peur de la douleur. **Hélène**, elle, nous dit à propos de son conjoint, qu'elle a « l'impression de le maltraiter » en ne cédant pas à ses avances.

Une seule femme nous a fait part de sa satisfaction, contente d'avoir dépassé sa peur et d'être allée au bout de la relation sexuelle. Pour toutes, la reprise des rapports sexuels est un cap important à passer dans les semaines qui suivent l'accouchement, et elles sont tellement inquiètes à cette idée qu'il est important de souligner la satisfaction qui en découle.

Cette première partie des résultats nous montre que le désir, composant essentiel de la vie sexuelle, prend une place importante dans la reprise des rapports sexuels dans le post-partum. Il est présent et réciproque pour chacune des femmes que nous avons rencontrées, mais il reste nuancé. Il est augmenté par le fait que les rapports sexuels étaient moins fréquents pendant la grossesse, mais il est diminué par la grande fatigue et la peur ressentie par les jeunes mères. Un décalage peut alors se

faire sentir entre les femmes et leurs conjoints, laissant place à des sentiments partagés, entre culpabilité de ne pas être en mesure de satisfaire les envies de son conjoint, et satisfaction quand ce cap est passé.

## 3.2 UN CORPS ET UNE IMAGE MODIFIES, ENTRE FEMME ET MERE

### 3.2.1 La grossesse, l'accouchement et le post-partum, parfois vécus comme une intrusion dans la pudeur et l'intimité

L'ensemble des femmes interrogées nous ont décrit un manque d'intimité et de pudeur pendant la grossesse et ses suites. Ce manque d'intimité est expliqué par certaines par les nombreux examens gynécologiques, qui les « obligent » à dévoiler leur anatomie intime régulièrement. En effet, lors de sa grossesse, une femme enceinte a 7 rendez-vous de suivi médical, un par mois à partir du troisième mois. Lors de ces rendez-vous, un examen gynécologique peut être pratiqué, parfois systématiquement, selon le terme de la grossesse et les conditions cliniques.

Les maternités étant des structures médicalisées, plusieurs catégories de personnel médical s'y trouvent et sont susceptibles de croiser le chemin des femmes enceintes ou des parturientes. Les sages-femmes réalisent le suivi du travail lorsqu'il est physiologique, et les médecins n'interviennent qu'en cas de pathologie ou de situation d'urgence. Pour trois des femmes que nous avons interrogées, les médecins ont du intervenir lors de l'accouchement. Dans la maternité de type III, le médecin est accompagné d'un interne et parfois d'un externe, étudiant en médecine, ce qu'explique **Hélène** : « [...] il y avait quand même 10 personnes devant (fait le geste de montrer une assemblée), on s'y attend pas, on réfléchit pas, parce que j'avais dit oui à l'externe pour qu'il vienne regarder, donc ça faisait beaucoup de monde. ». La présence d'autant de

personnes pendant un moment aussi intime et marquant qu'un accouchement peut perturber certaines femmes, notamment parce que la position gynécologique, très répandue, expose le périnée à la vue de tous.

La présence du personnel médical a pu perturber plusieurs femmes que nous avons interrogées, mais pour trois d'entre elles, la présence de leur conjoint à leur côté a eu des conséquences. Cela peut avoir une influence sur leur vie sexuelle, comme l'explique **Sophie** : « [...] *l'accouchement c'est quand même très intime, à la base je voulais même pas qu'il y assiste [...] C'est toute cette partie là qu'il va falloir oublier pour lui, parce que je pense qu'émotionnellement ça a été beaucoup de choses, j'ai quand même mis au monde sa fille...* ». Elle a l'impression que son conjoint a changé de regard sur elle depuis qu'il a assisté à l'accouchement. Pour **Marine**, elle, c'est les paroles du personnel médical au sujet de son épisiotomie qui ont perturbé son conjoint. Elle nous dit : « [...] *le jour de l'accouchement on lui a dit de surtout pas venir voir quoi ! [...] mais quand on nous dit ça on s'imagine le pire (rires). Et donc forcément il a du s'en faire une image terrible quoi, je ne sais pas ce qu'il peut avoir dans la tête aussi... Et ça reste. »*. En effet, plusieurs femmes ont souligné que le fait d'interdire à leur conjoint de regarder leur périnée lors de l'accouchement a induit une grande part d'imaginaire, avec des représentations parfois erronées de la réalité.

### 3.2.2 Le regard, indissociable du vécu de l'épisiotomie

Le regard des femmes sur leur corps et sur leur épisiotomie est très important dans le vécu du post-partum. En effet, comme le décrit **Marine**, l'épisiotomie peut être vécue comme une intrusion : « [...] *dans ma vie intime, dans ma vie, oui enfin... Dans ma pudeur finalement. Comme si on avait touché quelque chose, à quelque chose d'intime finalement...* ».

Le fait de modifier une zone de l'anatomie aussi intime modifie le regard que portent les femmes sur leur périnée, comme l'explique **Emma** :

« [...] j'ose pas trop regarder, je disais j'ai pas l'impression que c'est moi encore... J'ai encore l'impression que c'est quelque chose qui m'appartient pas en fait, le fait de sentir... ». Regarder et toucher la cicatrice, en suites de couches ou au retour à domicile peut alors être source d'inquiétudes, notamment sur l'aspect anatomique de cette région, qui ne ressemble plus à ce qu'elles ont connu, comme pour **Virginie** : « J'ai pris un miroir et là je me suis dit « Mais qu'est-ce que c'est que ça ! », ça m'a vachement impressionnée, et ça m'a créé d'autres inquiétudes... [...] d'un point de vue esthétique, je retrouvais pas mon anatomie, et en plus j'avais une éraillure et un œdème, donc bon... ».

Cependant, il est important de leur proposer, car parfois cela permet de diminuer ces inquiétudes sur l'aspect de la cicatrice, amplifiées par l'intervention de l'imaginaire et de représentations fausses, comme pour **Caroline** : « En fait j'imaginais une grosse balafre, mais j'ai été surprise parce qu'au début je la voyais pas... J'avais pas de points apparents, contrairement à ce que je pensais, donc c'était moins pire que ce que j'avais imaginé. Ca m'a permis de dédramatiser et de voir où c'était, comment c'était et tout ! ». Une femme nous a expliqué que porter un regard sur sa cicatrice à distance de l'accouchement, une fois l'œdème diminué et les points résorbés, a permis de la rassurer. En effet, dans les jours suivant l'accouchement, et notamment après une épisiotomie, le périnée peut être le siège d'œdèmes et d'hématomes, qui modifient encore plus son aspect. Ajoutée à cela la présence de points de suture semble créer une image difficile à accepter pour les jeunes mères.

Le regard du conjoint est un sujet qui est aussi revenu souvent autour de l'épisiotomie. Pour certaines, montrer la cicatrice est une source de gêne, souvent car elles ne savent pas ce que pense leur conjoint de leur épisiotomie, et s'imaginent que leur montrer va leur faire peur. Une d'entre elles, **Hélène**, a eu des complications lors de la cicatrisation et a été « contrainte » de montrer sa cicatrice à son conjoint pour qu'il regarde l'évolution, elle nous raconte : « ...Ce qui était un peu chiant c'était de lui

*montrer mes fesses avec le point d'infection et le fil, c'était pas très glamour, à la maison, parce que je l'ai quand même gardé deux semaines comme ça le fil ! [...] Je suppose qu'il était gêné par rapport à ça, c'est pas, c'est pas un truc qu'il faudrait faire entre couple... ». Cette gêne est source d'une modification des pratiques sexuelles pour une des femmes que nous avons interrogées, **Marine**, qui nous dit : « *Je pense que sur la pénétration il n'y a pas « vue » sur l'épisisio, alors que dans certains préliminaires euh... Bon beh voilà la vue est plongeante et ça je pense que ça fait toute la différence. ».**

Mais pour d'autres le fait de montrer leur cicatrice à leur conjoint a été un geste naturel, comme **Virginie** : « *Je lui ai même montrée, je lui ai dit « Tu veux voir ? », et il voulait, et finalement il m'a dit « Ah oui c'est pas cool ! » ».* Cela souligne l'ambivalence entre la source de gêne que peut être le regard du conjoint sur l'épisiotomie, et dans un même temps le fait que montrer son anatomie intime à son conjoint reste un geste naturel, notamment lors des rapports sexuels. L'épisiotomie vient pour certaines femmes modifier le rapport qu'elles ont à leur périnée, et ainsi influencer leur vie sexuelle, certaines pratiques devenant alors inenvisageables.

### 3.2.3 L'image de la femme, en perpétuelle évolution

La grossesse est une période de grands changements physiques, qui persistent souvent dans le post-partum. Quatre des sept femmes que nous avons rencontrées portent un regard négatif sur leur corps modifié, et expriment le besoin de s'habituer à leur nouvelle image, comme **Emma** : « *[...] c'est vrai que je me rappelle même pas de moi avant la grossesse. Je sais pas comment expliquer, mais je vais prendre conscience que mon corps est comme ça. Alors que là ça fait bizarre de me dire que mon corps a changé, il faut apprendre à re-aimer le corps. ».* Les trois autres ont-elles un regard positif sur leur corps depuis leur accouchement, comme le souligne **Aude** : « *J'ai pas trop été marquée par la grossesse. Je*

*me sens bien ! [...] j'ai pas eu d'image négative de moi en fait, du coup j'étais très à l'aise avec mon corps et en confiance. ».*

Pour toutes, cette image est liée fortement à la prise de poids pendant la grossesse, qui varie en fonction de chacune. L'image négative que décrivent quatre des sept femmes est liée à une prise de poids qu'elles jugent importante pendant leur grossesse, et au fait qu'elles n'ont pas le sentiment d'avoir perdu l'ensemble du poids qu'elles ont pris. Au-delà de leur image dans le miroir, une d'entre elles nous dit que le nombre inscrit sur la balance est encore plus important et lui rappelle qu'elle n'est pas revenue à son corps d'avant. L'image négative est aussi liée aux vergetures que certaines femmes décrivent après leur grossesse, et qui peuvent mettre un certain temps avant de s'atténuer. Une d'entre elles dit devoir faire le « *deuil du corps parfait d'avant grossesse* », mot fort qui marque une cassure entre l'avant et l'après grossesse. Cette image, qu'elle soit positive ou négative, joue un rôle important dans la reprise des rapports sexuels car elle influence la confiance en soi, importante pour pouvoir se montrer nue à son conjoint.

Au-delà de leur image corporelle modifiée, c'est leur nouveau statut de mère qui vient s'imposer à leur statut de femme. Certaines se sentent plus mères que femmes, comme **Sophie** qui nous dit : « *Jusque là je me sens pas forcément « Moi ! », je me sens aussi beaucoup maman en ce moment, quand je dis que je suis l'esclave de ma fille c'est parce que je suis plus maman, et que tout passe d'abord pour elle en ce moment, plutôt que pour moi ou pour lui.* ». Le mot « esclave », qu'elle utilise, est un mot extrêmement fort et montre bien à quel point elle est une mère, et uniquement une mère, au moment où nous l'avons rencontrée. D'autres jeunes mères que nous avons interrogées parviennent à concilier les deux rôles, comme **Aude** : « *Je suis une maman comblée et une femme heureuse. Je suis les deux, pas plus l'un que l'autre, les deux au même niveau. ».* Pour une des enquêtées, la reprise des rapports sexuels marque le retour

au statut de femme, ce qui montre bien que c'est un cap essentiel à passer dans le post-partum. Toutes les femmes que nous avons rencontrées nous ont fait part de leur hâte de retourner à leur vie de femme, de travailler, prendre soin d'elles, s'habiller de nouveau, et reprendre une vie sexuelle semble faire partie de cette étape.

Cette deuxième partie des résultats met en relief un élément qui semble essentiel tant sur le vécu de l'épisiotomie que sur la reprise des rapports sexuels : le regard. C'est une notion qui est revenue de nombreuses fois dans nos entretiens. Que ce soit le regard des femmes sur leur corps, leur anatomie intime, ou sur leur statut ; ou que ce soit celui de leur conjoint, il permet de développer, quand il est positif, une confiance en soi indispensable pour se sentir à l'aise dans sa vie sexuelle. A l'inverse, quand il est négatif, il semble constituer un blocage et une grande difficulté pour les femmes.

### 3.3 LE CONJOINT, UNE PLACE ESSENTIELLE DANS LA TRIADE MERE-PERE-ENFANT

#### 3.3.1 Un quotidien bouleversé...

L'arrivée d'un enfant au sein du couple est une étape clé, et constitue un grand changement, ou comme le dit **Caroline**, un « *bouleversement* ». En effet, l'ensemble des mères interrogées décrit que chacun cherche encore sa place au sein de la famille, et que l'intérêt est principalement centré sur le bébé dans un premier temps, comme le souligne **Virginie** : « *On est un couple très fusionnel, et personne ne prend la place de personne, ça vient compléter. Donc pour moi mon conjoint ne sera jamais plus un papa qu'un conjoint... [...] Après je pense que lui doit*

*penser un peu différemment parce que j'ai un côté un peu « louve », du coup lui pour l'instant il voit très bien que je suis plus en mode louve qu'amoureuse... Mais c'est aussi parce que moi je vis bébé, je dors bébé, alors que lui a sa vie quotidienne, son travail, alors que moi non. ».*

Ce bouleversement peut être synonyme d'incompréhension dans le couple, car la relation ainsi que les comportements de chacun sont modifiés. En effet, dans les premières semaines, les jeunes mères restent avec leur bébé à la maison, alors que leur conjoint reprend le plus souvent le travail au bout de quelques jours. Un bébé est très dépendant de ses parents, a besoin d'attention et d'affection permanente. Les mères que nous avons interrogées nous ont décrit s'occuper de leur enfant au détriment d'elles mêmes et de leur logement. Cela induit une certaine négligence de soi, comme le décrit **Caroline** : « *En fait je crois qu'il ne se rendait pas compte, il partait travailler et le soir il rentrait j'étais toujours en pyjama, les cheveux sales, fatiguée.* » ; mais aussi une négligence des tâches ménagères, comme nous le dit **Sophie** : « *Voilà, je pense qu'il commence à se rendre compte, parce que au départ quand il rentrait et qu'il voyait le bazar de la maison il se disait « C'est une blague, t'es restée à la maison toute la journée et il n'y a rien de fait. » ! ».*

Malgré une certaine incompréhension possible, le soutien du conjoint reste indispensable pour les jeunes mères, car il leur permet de prendre un peu de temps pour prendre soin d'elles, comme le souligne **Hélène** : « *Il s'en occupe [du bébé] pour que je puisse faire autre chose... [...] du coup je peux cuisiner, ranger mes affaires, faire quelques trucs que je peux pas faire en journée quand je suis toute seule.* ». L'ensemble des femmes que nous avons rencontrées nous ont dit l'importance que tient le soutien de leur conjoint dans les premiers temps du post-partum. En effet, la fatigue ressentie juste après l'accouchement augmente au fil du temps, notamment lorsque les mères allaitent leur bébé, car elles doivent se lever la nuit pour leur donner le sein, il n'y a pas de relais possible. Se

sentir entourée et aidée pour les tâches du quotidien est essentiel pour les femmes.

### 3.3.2 ...Ayant des conséquences sur l'intimité

L'arrivée d'un enfant a pour conséquences une modification de la relation de couple, et des rôles de chacun. Cette nouvelle organisation passe aussi par des changements dans l'intimité et la sexualité. Les femmes nous ont décrit avoir moins de temps pour elles et pour leur couple, comme **Emma** : « *C'est vrai qu'avant, nous, on adorait se poser devant la télé, devant une série, on s'allongeait l'un sur l'autre, c'était des moments intimes tout en étant posés, mais on adorait ces moments. C'est vrai que pour le moment on a pas retrouvé ça, on a pas cette complicité qu'on avait avant à ce niveau là.* ».

Elles nous ont aussi dit manquer d'intimité car leur bébé dort dans la chambre parentale au début, afin de simplifier l'allaitement et de rassurer les jeunes parents, qui préfèrent garder un œil sur le sommeil de leur bébé. Le fait que leur enfant dorme avec eux empêche parfois les parents de se donner des signes d'affection, comme une des femmes nous l'a décrit, la proximité entre les deux conjoints devenant alors gênante par rapport à leur bébé. Au contraire, l'une d'entre elles a souhaité dès le départ que son bébé dorme dans sa propre chambre, afin de garder une certaine intimité et un environnement dédié à son couple.

Cette évolution de la relation de couple, associée au manque d'intimité parfois et à la fatigue décrite par les conjoints aboutit à une modification des pratiques sexuelles, déjà présente pendant la grossesse, comme l'explique **Marine** : « *Oui. Elle [la vie sexuelle] est moins « intense » qu'avant, sur la fréquence, et puis sur les préliminaires, mais sinon le reste n'a pas changé non. [...] moi j'ai pris beaucoup moins de plaisir pendant ma grossesse, j'y arrivais plus en fait, à partir d'un certain stade... Je pense le*

*fait d'avoir un gros ventre aussi n'aidant pas ! Et puis en terme de fréquence ça s'est effiloché au fil de la grossesse (rires). ».*

### 3.3.3 La communication au sein du couple, une composante essentielle

La reprise des rapports sexuels étant un moment stressant pour les femmes comme pour leurs conjoints, et étant influencée par l'arrivée du bébé et les modifications de la vie quotidienne, la communication au sein du couple sur ce sujet semble importante pour l'ensemble des sept mères que nous avons interrogées.

Certaines, comme **Caroline**, ont abordé le sujet facilement avec leur conjoint : « [...] on en parle, parce que c'est quelque chose qu'on va vivre à deux après, pour la reprise des rapports sexuels... En fait on a abordé le sujet dès le dernier jour du séjour à la maternité, je lui ai parlé de la reprise des rapports. ». Cependant, d'autres comme **Sophie**, n'en ont pas parlé avec leur conjoint, se sentant en difficulté pour aborder ce sujet qu'elles trouvent sensible : « Il vaut peut-être mieux en parler. Mais après c'est pas facile non plus, c'est pas simple ! Ca m'inquiète un peu, ouais, je me dis voilà plus on attend moins c'est bon, mais c'est vrai qu'après je vais pas forcément pousser les choses pour passer à autre chose.». Cela montre bien que le sujet de la sexualité reste difficile à évoquer, même au sein de couples stables et qui n'ont jamais eu de difficultés à communiquer.

La notion de sujet sensible, voire même tabou, est donc présente à tous les niveaux de la société, comme nous avons pu le remarquer lors de nos entretiens. En effet, les femmes que nous avons rencontrées nous ont rapporté ne discuter de leur vie sexuelle qu'en de rares occasions. Elles en parlent plutôt avec leurs amis, pour leur demander des conseils, mais pas du tout avec leur famille, car elles ressentent de la gêne à aborder ce sujet.

A travers cette troisième partie des résultats, nous avons pu mettre en évidence l'importance du rôle du conjoint dans la relation de couple qu'ils doivent construire après l'arrivée de leur enfant. Leur quotidien étant bouleversé, leur intimité l'est aussi, et il est alors important de discuter pour se rendre compte des inquiétudes et des attentes de chacun. La reprise des rapports sexuels ne pouvant se faire que dans un climat de confiance et de sérénité, le soutien du conjoint est indispensable.

### 3.4 LA COMMUNICATION ENTRE PATIENTS ET SOIGNANTS, UN SUJET DIFFICILE

#### 3.4.1 Autour de l'épisiotomie, peu d'explications et de conseils

L'ensemble des femmes que nous avons écoutées nous ont fait part d'un manque d'explications au sujet de leur épisiotomie de la part du personnel médical. Ce silence fait qu'elles se sentent seules face à ce geste qui modifie leurs sensations et leurs perceptions, sans aide du personnel médical.

Quand nous leur demandons de décrire les circonstances de leur épisiotomie et les paroles qui ont entouré ce geste, les femmes sont unanimes, elles n'ont pas été prévenues, comme le décrit **Caroline** : « [...] à un moment j'ai entendu « CLAC ! » et j'ai compris que c'était des ciseaux. ». Cette absence de communication est ramenée à la notion de choix et de consentement, comme l'explique bien **Virginie**, qui est la seule à avoir abordé ce point : « [...] sur le moment, on a beau avoir un projet de naissance, je pense que si l'équipe médicale en a décidé autrement, on nous consulte pas forcément, il n'y a pas forcément la communication... ». L'épisiotomie étant un geste qui touche à l'intégrité des femmes, certaines attendent du personnel médical qui les accompagne une communication et une discussion possible autour de ce sujet.

Les sutures sont aussi un thème qui est revenu de nombreuses fois lors de nos entretiens. Plusieurs femmes nous ont expliqué s'être senties seules lors de la réalisation de la suture, sans explications et sans paroles alors que ce moment peut durer un certain temps, comme **Marine** : « *Ils ont mis une heure et demi pour recoudre, c'était très très long, et euh... A un moment j'ai dû leur dire « Qu'est-ce qui se passe ? Qu'est-ce que vous faites ? » parce que...Et là on a daigné me dire qu'effectivement, un médecin venait, parce qu'au vu de l'épisisio, c'était compliqué, mais si je demandais pas on me disait rien... [...] Et je pense qu'on regrette un peu que ça soit pas parlé quoi... »*. La suture est une part importante dans le vécu de l'épisiotomie car c'est ce qui reste visible dans les premiers temps et qui conditionne la cicatrisation et l'aspect futur du périnée. En ce sens, les femmes auraient parfois souhaité qu'on leur explique où est située leur épisiotomie, comment les points sont faits, afin qu'elles n'imaginent pas le pire.

Quand nous avons questionné les femmes sur la cause de leur épisiotomie, aucune d'entre elles n'a été capable de nous rapporter les paroles de la sage-femme ou du médecin l'ayant réalisée. Certaines ont alors fait appel à leurs connaissances pour chercher des explications, comme **Hélène** : « *[...] on ne m'a rien expliqué. Je me suis dit, enfin j'en ai déduit que c'était pour qu'elle sorte plus rapidement, c'est tout, c'était pas pour la déchirure mais pour qu'elle sorte plus rapidement.....(Silence)..... Je suppose que c'était ça, ouais.* ». Ces connaissances viennent pour la plupart des femmes des séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP), mais d'autres ont été les chercher sur Internet, ou auprès d'amies. La grande diversité des sources induit souvent des représentations malheureusement erronées, qu'il serait intéressant de reprendre avec les femmes afin de les rassurer et de leur donner des informations objectives.

### 3.4.2 La sexualité, sujet délicat à aborder pour les femmes

Restées souvent sans informations sur leur épisiotomie, les femmes nous ont dit ne pas avoir eu de conseils et d'informations sur les conséquences possibles de leur épisiotomie, notamment sur leur vie sexuelle à venir. L'une d'entre elles, **Caroline**, semble en demande : « *En fait à la maternité on parle beaucoup de bébé, un peu de maman, le papa n'en parlons pas il n'existe plus, mais on ne parle pas du tout du côté femme, de la vie de femme, c'est dommage. Je pense que ça serait bien d'avoir quelques conseils sur la sortie de la maternité, ce que ça va changer pour nous en tant que femme.* ». Le personnel médical qu'elles rencontrent en suites de couches est constitué essentiellement de sages-femmes, les médecins n'étant présents qu'en cas de pathologies. Leur rôle est alors essentiel, et il est nécessaire d'aborder ce sujet, car les femmes n'osent pas toutes poser des questions, comme le souligne **Marine** : « *Peut être que si le sujet avait été abordé par le personnel médical ça aurait été agréable d'en parler... Après de moi-même je l'aurais peut être pas fait, parce qu'il y a un peu de pudeur, mais oui sinon je pense que j'aurais poursuivi la discussion dans ce sens, et pas en reculant et en évitant le sujet... Mais ça s'est pas fait.* ».

A leur retour à domicile, et jusqu'à la visite post-natale, qui se déroule entre un mois et demi et deux mois après l'accouchement les femmes se sentent parfois seules face à leurs questions, notamment à propos de leur épisiotomie, comme le dit **Marine** : « *[...] le personnel médical, beh, j'en ai pas trop vu finalement du coup. Et c'est vrai que la rééducation commence bien après, et entre temps, entre mon accouchement et la rééducation qui commencera d'ici trois semaines là, beh j'ai vu personne... Personne du médical.* ». Elles nous ont dit se sentir investies d'une « mission » de surveillance de leur cicatrice qu'elles ne se sentent pas capables d'assumer, car elles n'ont pas les connaissances nécessaires, comme l'explique **Virginie** : « *[...] je trouve qu'on est dans un no man's land après la maternité, parce que je me dis que ma cicatrice a été vérifiée en suites de couches, mais là mon rendez-vous par exemple avec ma gynéco*

*c'est le 20 avril, donc pendant un mois personne n'aura vu l'état de mon épisio... Donc je trouve qu'on est seule maître de... Enfin on doit avoir un jugement je pense sur notre cicatrisation, parce que ça nous tire et tout, mais on n'est pas calées sur le sujet... ».*

En ce sens, elles attendent avec impatience la visite post-natale, réalisée avec leur gynécologue ou leur sage-femme libérale, pour être rassurées sur la cicatrisation de leur épisiotomie, et pour pouvoir aborder les sujets qui leurs tiennent à cœur, comme leur sexualité. La rééducation périnéale, qui intervient en suivant, constitue aussi un moment clé pour reprendre contact avec leur anatomie, comme le décrit **Sophie** : « [...] on se demande « Est-ce que mon corps a repris sa place, est-ce que tout est revenu normalement ? ». Donc euh, je le sais pas vraiment, donc c'est pour ça que j'attends un peu la rééducation, avec la sonde, de passer le cap peut être que ça va me... ».

Cependant, après la visite, une des femmes nous a rapporté le manque de réponses que lui a apporté sa gynécologue, alors qu'elle était en attente de conseils à propos de sa vie sexuelle. **Emma** nous dit : « Je lui [sa gynécologue] ai dit qu'on avait essayé et que j'avais eu mal, donc elle m'a dit que c'était normal, que les 3-4 premières fois font toujours un peu mal, mais après elle a pas cherché à me rassurer, elle est un peu froide. Du coup c'est vrai que c'est pas elle, si un jour j'ai un gros problème, qui va venir m'aider. [...] c'est vrai que la gynéco c'est ça qui m'a le moins aidée, alors qu'elle est censée donner des conseils... Enfin je trouve. ».

Cette dernière partie nous montre les difficultés rencontrées par les femmes ainsi que par les professionnels de santé autour de la communication. Il semble difficile pour les femmes de poser des questions à des personnes qu'elles décrivent souvent comme fermées et peu enclines à leur répondre et à leur expliquer leurs gestes. D'après ce qu'il est

ressorti des entretiens, et même si nous n'avions pas le point de vue des soignants, le sujet de la sexualité est toujours un sujet difficile à aborder, alors que les femmes sont en attente de conseils et d'explications sur les conséquences de leur accouchement, et notamment de leur épisiotomie, sur leur vie sexuelle future.

## 4. DISCUSSION

Dans cette partie, nous présenterons dans un premier temps les points forts et les points améliorables de cette étude, avant de comparer les données recueillies dans nos résultats aux données de la littérature internationale sur le sujet.

### 4.1 VALIDITE INTERNE

#### 4.1.1 Sélection des enquêtées

La sélection des participantes a été réalisée par l'intermédiaire de trois sages-femmes libérales de Gironde. Pour cette étude, étaient choisies des femmes aux alentours des six semaines du post-partum, car les jeunes mères commencent à cette période la rééducation périnéale avec leur sage-femme libérale, qui souvent les a aussi suivies à la sortie de la maternité. Cependant, la période de recrutement étant assez large, nous avons rencontré les femmes entre 3 semaines et 8 semaines après leur accouchement, certaines avaient donc repris les rapports sexuels, d'autres non, ce qui nous a amené à adapter nos questions en fonction de la situation. Nous avons de ce fait recueilli le témoignage de certaines femmes sur leur vécu à propos de la reprise des rapports sexuels avec leur conjoint, alors que pour certaines nous avons plutôt orienté nos questions sur leurs représentations et leur état d'esprit à ce sujet, ces femmes n'ayant pas encore eu l'expérience de la reprise de la sexualité. L'objectif initial était de rencontrer dix femmes, afin d'approcher au plus le point de saturation. Cependant, la réalisation de cette étude dans le cadre de la formation, sans budget et sans temps dédié, n'a pas permis de réaliser cet objectif. En effet, pour respecter le calendrier de rendu du mémoire, seules sept femmes ont été interrogées.

Nous avons ainsi interrogé sept femmes, âgées de 24 à 32 ans, de conditions socio-économiques variées, et qui avaient accouché dans trois maternités différentes, deux publiques, une de type III, une de type I ; et

une clinique privée de type I. Cette diversité de l'échantillon témoigne du large panel de femmes, qui a permis d'arriver à une grande richesse des données récoltées.

L'échantillon souffre cependant d'un manque d'inclusion, ce qui explique que le point de saturation, qui est le moment à partir duquel des entretiens supplémentaires n'apportent aucune information nouvelle, que doit atteindre toute recherche qualitative, n'a pas été atteint. D'autres entretiens auraient donc été utiles et auraient apporté de nombreuses informations complémentaires. Pour autant, le témoignage recueilli reste riche.

#### 4.1.2 Conditions des entretiens

Un des points forts de cette étude est la motivation et la confiance que les femmes nous ont accordées. En effet, elles ont exprimé une grande satisfaction et une certaine fierté à ce qu'une étude soit consacrée à leur sexualité, qui est une partie intégrante de leur vie de femme après l'accouchement.

Malgré le fait que nous ayons laissé le choix du lieu d'entretien à chacune, l'ensemble des jeunes mères que nous avons rencontrées ont souhaité nous recevoir à leur domicile. Réaliser un entretien chez elles leur permettait en effet de rester auprès de leur enfant, tout en étant dans un environnement familial qui leur apportait une certaine sécurité et une liberté de parole. Cependant, durant deux de nos sept entretiens, une tierce personne était présente au domicile ou est arrivée en cours d'entretien : le conjoint pour l'une, et ses parents pour l'autre. Nous avons pu observer à ce moment une modification dans l'attitude des femmes, souvent dû à une gêne, le sujet de la sexualité étant peu ou pas abordé avec l'entourage familial, et parfois même avec le conjoint.

De plus, la réalisation des entretiens ayant lieu à distance de l'accouchement et de la réalisation de l'épisiotomie, et notre grille

d'entretien étant très large, nous avons pu faire face à un problème de mémoire, certaines femmes ne se souvenant plus exactement des circonstances et des paroles qui ont entouré leur accouchement et leur épisiotomie. En effet, les femmes étaient tellement centrées sur leur enfant au moment de l'accouchement que certaines ont eu des difficultés à se remémorer des détails. Cependant, les questions de relance que nous avons préparées nous ont permis de recueillir le plus de détails possible.

D'un autre côté, nous avons précisé aux sages-femmes libérales de ne pas mentionner le fait que notre étude porte sur l'épisiotomie et ses conséquences sur la reprise des rapports sexuels. Ainsi, les femmes interrogées n'ont pas eu l'occasion de réfléchir à ce sujet avant l'entretien, ce qui nous garantit un discours non anticipé et plus spontané. En effet, l'étude portant sur un sujet très intime, la spontanéité du discours des femmes que nous avons rencontrées a été favorisée par la décision de ne pas les informer que les entretiens portaient sur la sexualité.

#### 4.1.3 Enquêteur et outil utilisé

L'entretien semi-directif, que nous avons choisi pour répondre à notre question, met deux individus inconnus face à face, l'enquêteur et l'enquêté. Ces deux personnes ne se connaissent pas, et partagent une discussion ouverte sur des sujets intimes et très personnels, tel que la sexualité dans notre cas. Cette méthode nécessite qu'une certaine confiance s'installe entre les deux personnes. Ainsi, nous avons réalisé des entretiens longs, entre 40 minutes et 1 heure 15, qui nous permettaient de créer un lien et une relation de confiance au fil des questions posées. De plus, les femmes étaient assurées de la confidentialité des données, et de leur anonymat le plus total, leur nom ne leur étant jamais demandé.

L'échange autour de sujets sensibles et intimes comme la sexualité étant difficile, nous nous sommes efforcées de ne porter aucun jugement sur les paroles rapportées par les femmes que nous avons rencontrées.

Cependant, certaines femmes ont rencontré plus de difficultés à s'exprimer et à formuler leurs idées, souvent à cause d'une certaine gêne de leur part. Ainsi, les silences et les temps de réflexion étaient respectés au mieux lors des entretiens afin de permettre aux femmes de s'exprimer librement. Nous avons recueilli des témoignages riches sur un sujet difficile, preuve qu'une réelle relation de confiance s'est créée entre l'enquêteur et les femmes rencontrées. Cela constitue un des points forts de notre étude.

Un entretien n'est pas toujours aisé à mener, car chaque situation est différente, et nécessite une certaine expérience, difficile à acquérir en un temps restreint comme le nôtre et pour un enquêteur non expérimenté. Afin de mener des rencontres les plus contributives et fluides possibles, l'enquêteur connaissait parfaitement la grille d'entretien et était capable de naviguer en son sein, tout en abordant tous les thèmes. Ainsi, leur ordre pouvait varier en fonction de l'orientation que donnait l'enquêtée à la discussion. Cependant, l'enquêteur était amené à intervenir de temps en temps, soit pour approfondir le discours des femmes avec des questions de relances, soit pour redonner un cadre lorsque l'entretien sortait des thèmes à aborder. Ces interventions étaient faites le plus discrètement possible, sans interférer dans le discours de la personne interrogée.

Nous avons veillé à respecter au mieux les silences et les temps de réflexion des enquêtées, malgré la tentation d'intervenir afin de relancer le discours. Ces silences ont souvent été importants, et quand ils étaient respectés, permettaient aux femmes de reprendre le fil de leur pensée sans direction de notre part, permettant un entretien plus fluide.

#### 4.1.4 Méthode d'analyse

Notre méthode d'analyse, basée sur une étude des retranscriptions de chaque entretien afin d'en dégager les grandes thématiques, a pu laisser une grande part à la subjectivité, l'enquêteur étant la même

personne que celle qui a retranscrit et analysé les entretiens. L'analyse et la retranscription des entretiens par des personnes différentes auraient pu apporter un autre point de vue et une interprétation des données différentes. Cette organisation était cependant impossible à notre échelle.

De plus, la richesse de nos entretiens, et la très grande quantité d'informations recueillies auprès des femmes que nous avons rencontrées nous ont obligées à opérer une sélection dans les données que nous avons analysées. Nous n'avons en effet pas pu analyser la totalité des paroles rapportées par les enquêtées, car certaines s'éloignaient trop de notre question de recherche. Ces données ne sont cependant pas dénuées d'intérêt ni de sens, ainsi elles nous ont permis de contextualiser notre analyse et mériteraient une attention et une étude plus poussée.

Les résultats énoncés dans cette étude ne sont pas généralisables, du fait du nombre réduit d'enquêtées. Cependant, ils permettent d'apporter des témoignages importants et uniques sur l'expérience de la sexualité des femmes dans le post-partum, notamment après une épisiotomie. Cet apport d'anecdotes et de discours inédits constitue la richesse de notre étude, car peu d'études qualitatives ont été réalisées sur ce sujet. Partant de la sexualité, nos entretiens, au fil des discussions, nous ont permis de rentrer et d'entrevoir une partie bien plus grande de la vie intime de ces femmes et de ces couples. En effet, derrière la sexualité, les femmes ont abordé spontanément le thème de la famille et de la place de leur enfant au sein de leur couple. Ces thèmes permettent d'élargir notre point de vue et de se questionner sur de nouveaux thèmes, qu'il serait intéressant d'étudier plus en détail en complément de notre étude, tellement ils semblent liés.

## 4.2 VALIDITE EXTERNE

### 4.2.1 La reprise des rapports sexuels, sujet d'émotions et sentiments multiples

Lorsque nous les questionnons sur leur état d'esprit à l'idée de reprendre les rapports sexuels, ou sur leurs sentiments à ce propos, les femmes sont quasi unanimes : la peur semble les submerger. En effet, six des sept femmes nous ont fait part de leur appréhension au sujet de la douleur qu'elles pourraient ou ont pu ressentir au niveau de la cicatrice de leur épisiotomie. Nous retrouvons systématiquement cette notion de douleur dans la littérature, comme dans l'étude menée par Barrett et al. en 1997, à propos de la santé sexuelle des femmes après la naissance de leur enfant (Barrett et al., 2000). Les résultats de cette étude montrent que l'expérience des dyspareunies est associée avec les circonstances de la naissance, et notamment le degré de lésion périnéale. Nous retrouvons aussi dans nos résultats que cette appréhension est souvent partagée par le conjoint, qui se questionne à propos du bien être de sa compagne et de ses sensations, ayant parfois peur de la blesser lors de la pénétration. Nous avons aussi retrouvé cette notion de peur partagée dans la littérature (Hames, 1980). Dans notre cas, la peur de la douleur est directement liée à l'épisiotomie et à ses conséquences, ce qui semble parfaitement justifié au regard des données de la littérature, l'épisiotomie ayant des conséquences directes sur la sexualité dans le post-partum.

Les enquêtées ayant expérimenté la reprise des rapports sexuels nous ont rapporté de grandes douleurs, ayant dans certains cas empêchées le rapport d'aboutir, les menant à un sentiment de culpabilité à l'égard de leur conjoint. Nous n'avons pas retrouvé cette notion dans la littérature, ce qui peut être lié à une littérature peu abondante sur le sujet, cependant nous avons pu lire que certaines femmes reprennent une activité sexuelle pour satisfaire leur conjoint, qui ressent parfois plus de désir qu'elles au moment du post-partum (von Sydow, 1999). Quelques unes des jeunes mères que nous avons interrogées nous ont en effet fait part de la différence d'intensité entre leur désir et celui de leur

compagnon, ce qui crée parfois un décalage et des incompréhensions au sein du couple.

La douleur de la cicatrice est le sujet central des appréhensions et de l'expérience des femmes que nous avons interrogées. Nous devons donc, en tant que professionnels, réfléchir à l'existence de moyens de prévention de ces troubles. Par exemple, l'utilisation de lubrifiants à usage intime paraît indispensable pour limiter la sensation de frottements et de manque de lubrification fréquemment liée à la douleur dans le post-partum. Certaines femmes que nous avons interrogées n'en connaissaient pas les bénéfices, ce qui nous semble dommage, tant ce conseil semble simple à donner. Il permettrait aux deux conjoints de prendre part ensemble à la préparation de ce moment important qu'est la reprise des rapports sexuels, qui même s'il est spontané et naturel, est la source de nombreuses interrogations.

#### 4.2.2 Un corps et une anatomie modifiés, des conséquences certaines sur la vie sexuelle

La grossesse constitue une période de grands changements physiques pour les femmes. La prise de poids, l'évolution de leur ventre, l'apparition de vergetures, si elles sont plutôt bien acceptées pendant la grossesse, marquant le changement de statut vers celui de « femme enceinte », sont souvent vues de manière négative dans le postpartum. Les femmes nous ont exprimé des points de vue divergents au sujet de leur apparence physique.

Certaines ont rapporté l'image négative qu'elles ont de leur corps, encore marqué par la grossesse, avec des vergetures persistantes ou un poids considéré comme excessif. Pour ces femmes là, il est nécessaire de s'habituer à leur nouvelle image, et de faire le « deuil » de leur corps parfait d'avant grossesse. Cela passe notamment par le soutien de leur conjoint, qui leur permet de garder confiance en elles, et de voir que son regard n'a pas changé sur leur corps. Nous retrouvons cette idée dans une

revue de la littérature menée par Watson et al. en 2014, avec la notion qu'en post-partum, les femmes ont pour objectif de revenir rapidement à leur ancienne silhouette, objectif qui n'est souvent pas réalisable, source de déception (Watson, Fuller-Tyszkiewicz, Broadbent, & Skouteris, 2015). Cependant, nous avons quand même recueilli des témoignages positifs de femmes sur leur apparence physique, souvent liés à une perte de poids rapide après l'accouchement, leur permettant de s'habiller de nouveau avec leurs tenues d'avant grossesse.

Au-delà de l'image globale de leur corps, les enquêtées décrivent un changement radical dans leur anatomie intime, suite à leur accouchement et surtout à leur épisiotomie. Certaines ont osé regarder à la maternité, par curiosité ou pour simplement voir cette cicatrice qui leur a causé tant d'interrogations. Le résultat est alors variable, entre satisfaction quand la cicatrice est invisible, rendant à la femme un périnée en apparence intact ; et choc, quand la cicatrice est accompagnée d'un œdème ou qu'elle ne correspond pas à l'image que la jeune mère avait de son anatomie intime. D'autres ne regarderont qu'au retour à domicile, attendant même quelques semaines avant de pouvoir le faire, par peur de se retrouver face à une cicatrice inesthétique par exemple.

Peu de données ont été trouvées dans la littérature sur la perception que les femmes ont de leur périnée après l'accouchement, seule une étude menée par Way en 2011 nous permet de relier une partie de nos résultats (Way, 2012). En effet, nous savons que l'épisiotomie modifie grandement la perception que les femmes ont de leur périnée dans le postpartum, même immédiat, avec de nouvelles sensations comme des tiraillements, un œdème, des ecchymoses, une douleur parfois sévère, décrits par plusieurs mères que nous avons rencontrées. Les femmes ont alors besoin de se réapproprier cette partie de leur corps, qui a subi ce qu'une d'elles décrit comme une « intrusion dans sa pudeur ». Le retour à la normalité, leur normalité, semble une étape essentielle dans le vécu de l'épisiotomie dans le post-partum.

Ces changements dans l'image corporelle et l'anatomie intime sont partie intégrante de la sexualité dans le post-partum. Le fait d'avoir eu une épisiotomie et de ne plus reconnaître leur périnée constitue pour certaines femmes un frein à certaines pratiques sexuelles, car pour elles la vue de la cicatrice par le conjoint n'est pas envisageable. De même, leur opinion négative sur leur corps les fait parfois se sentir moins désirables, moins belles, malgré le fait que leurs conjoints soient tous rassurants sur ce point. Ce point de vue est retrouvé dans une étude de Olsson et al., réalisée en 2004 (Olsson, Lundqvist, Faxelid, & Nissen, 2005). Dans ce contexte, le regard semble être un point essentiel dans le vécu du post-partum : en effet, il permet de porter un jugement, qu'il soit positif ou non, sur un corps en plein changements ; permet d'apprécier et de s'habituer à une nouvelle anatomie intime ; et de la part d'autrui, de se sentir souvent rassurée par les paroles du conjoint ou de l'entourage.

#### 4.2.3 L'arrivée d'un enfant, une nouvelle relation de couple et un quotidien bouleversé

Plusieurs femmes que nous avons rencontrées nous ont fait part du bouleversement qu'a constitué l'arrivée de leur bébé au sein du couple qu'elles forment avec leur conjoint. En effet, d'après elles, leur quotidien a bien changé, passant d'une organisation à deux, avec des sorties, une vie sociale bien remplie ; à une nouvelle vie à trois, un enfant dépendant de leurs soins et de leur attention. Cette dépendance du nourrisson induit un déplacement de l'attention vers lui dans les premières semaines du post-partum. Les femmes décrivent alors leur enfant comme le centre de l'attention du couple, et surtout de leur point de vue. Elles qui reprennent le travail après leur conjoint vivent au quotidien avec leur enfant, « vivent bébé » comme elles le disent parfois.

Cette transition au sein du couple est retrouvée dans la littérature, notamment dans une étude d'Ahlborg et al. réalisée en 2000, dans laquelle les couples sont interviewés à propos de leur relation (Ahlborg &

Strandmark, 2001). Cette étude est intéressante car elle étudie le point de vue des deux conjoints, ce qui semble indispensable pour approfondir les connaissances sur les relations de couple après la naissance. Dans notre étude, nous n'avons que la perception des femmes, même si plusieurs d'entre elles nous ont fait part de paroles de leur conjoint et d'anecdotes à leur propos. Cependant des résultats sont concordants, notamment sur le temps que les deux conjoints peuvent se consacrer : en effet, leur enfant étant la source principale de l'attention du couple, et nécessitant leur implication totale dans les soins, le bébé passe souvent avant leur vie conjugale, et le temps qu'ils se consacrent est en nette diminution.

Nous retrouvons aussi des résultats similaires concernant la communication au sein du couple. Les femmes que nous avons interrogées nous ont rapporté l'importance que tient la communication dans leur relation avec leur conjoint, tant au niveau de l'intimité qu'au quotidien. Selon elles, il est indispensable de discuter à propos des problèmes et des difficultés déjà rencontrés ou à venir, notamment lors de la reprise des rapports sexuels. Le fait de parler de ce sujet avec leur partenaire permet aux femmes de décrire leur ressenti, d'expliquer leurs attentes et de se faire comprendre, ou du moins entendre par leur conjoint. Dans l'étude d'Ahlborg et al., ainsi que dans une étude de MacAdam et al. réalisée en 2010, le point de vue des hommes est très intéressant sur ce point : ils disent avoir besoin de parler de leur vie intime avec leur compagne, non pas pour exprimer leur désir de reprendre une vie sexuelle, mais plutôt pour les rassurer et leur faire comprendre que la tendresse et les marques d'affection sont tout aussi importantes (Ahlborg & Strandmark, 2001; MacAdam et al., 2011). Ce résultat semble corrélé au discours des conjoints qui ont été rapportés par les mères dans notre étude, des discours rassurants et compréhensifs, quand ils avaient lieu.

Le père ayant un rôle indispensable dans la construction de la nouvelle famille et de la triade mère-père-enfant, il tient aussi une place

essentielle dans le vécu de la reprise de la vie sexuelle dans le post-partum. A ce sujet, interroger les pères et les couples sur leur vécu de la parentalité et son influence sur la sexualité paraît important pour comprendre et analyser les pratiques et les comportements intimes. Intégrer les hommes aux conseils donnés sur la vie intime semble aussi essentiel, car ils sont acteurs du bon déroulement de ce moment. C'est alors le rôle des professionnels de santé de conseiller les couples, et non pas uniquement les femmes, sur les difficultés qu'ils peuvent rencontrer en post-partum, tant sur leur toute nouvelle parentalité et les bouleversements qu'elle induit, que sur l'intimité et les modifications de la vie sexuelle qu'ils peuvent expérimenter.

#### 4.2.4 La communication entre patients et soignants, un sujet central

L'épisiotomie est considérée comme une intervention médicale. Comme le prévoit l'article L1111-4 de la loi n°2016-87 du 2 février 2016 relative à l'information des usagers du système de santé et à l'expression de leur volonté : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.* » (Code de la santé publique - Article L1111-4, n.d.). En pratique, nous avons pu constater dans notre étude que le consentement à l'égard de la réalisation d'une épisiotomie à la naissance n'est jamais réalisé. En effet, les femmes nous ont rapporté une absence totale de discussion autour de cet acte lors de sa réalisation, elles n'étaient pas prévenues et parfois même aucune explication ne leur a été donnée sur la cause et les conséquences possibles de ce geste. Cette absence de communication évidente laisse chez les femmes de nombreux regrets, car elles expriment le désir et le besoin que leur grossesse et leur accouchement leur appartiennent et qu'elles en gardent un certain

contrôle. Ce résultat est confirmé par les données retrouvées dans la littérature, notamment dans une enquête de la Ciane publiée en 2013, ainsi que dans une enquête de la DREES publiée en 2008. En effet, une étude épidémiologique indique que pour une proportion importante de femmes, un manque de clarté et de capacité des professionnels à expliquer leur démarche médicale et les conséquences potentielles sur la santé future (DREES, 2008). De même, l'enquête de la Ciane nous rapporte que la grande majorité des épisiotomies, près de 85%, est réalisée sans demande de consentement préalable de la part du personnel médical (Ciane, 2013).

Dans notre étude, il est cependant mis en lumière que les femmes sont relativement bien informées sur l'épisiotomie pendant les séances de préparation à la naissance. Cette information nous semble importante à délivrer car elle permet aux futures mères d'acquérir des connaissances, bien que théoriques, sur le geste en lui-même : Où est-il situé ? Quelles en sont les grandes causes ? Ce savoir, même limité, permet aux femmes de limiter leur imaginaire et d'avoir une image plus précise de cet acte, qui leur fait souvent peur et qu'elles redoutent. Cependant, les femmes que nous avons rencontrées nous ont fait part de la grande différence entre les informations qu'elles ont reçues en anténatal et leur vécu dans le post-partum : selon elles, elles n'étaient pas préparées à la douleur et aux conséquences de leur cicatrice. Cette notion se retrouve dans une étude de Reading et al. réalisée en 1982. Malgré l'ancienneté de cette étude, elle nous a semblé intéressante car elle recueille le point de vue des femmes sur l'information et les conseils qu'elles ont reçus à propos de leur épisiotomie, tant en anténatal que pendant l'accouchement et en post-partum (Reading, Sledmere, Cox, & Campbell, 1982).

Lors de nos entretiens, nous avons aussi pu entendre que les femmes se sentent seules et perdues face à leur épisiotomie et ses conséquences à la sortie de la maternité. Pendant leur séjour, la vérification quotidienne de la cicatrice les rassure, mais au retour à

domicile, les femmes se retrouvent seules sans examen quotidien, seules juges pour évaluer la cicatrisation et l'évolution de leur épisiotomie. Certaines d'entre elles nous ont indiqué ne pas se sentir capables de juger d'une bonne cicatrisation de leurs points, et il leur a manqué un accompagnement jusqu'à la visite post-natale, qui a lieu entre un mois et demi et deux mois après la naissance. Cette mise en cause de leurs capacités est liée à un manque de conseils et d'informations délivrés à la sortie de la maternité : en effet, très peu d'informations sont données aux femmes sur les soins à réaliser et les désagréments qu'elles peuvent ressentir dans les semaines à venir. Trois enquêtées l'ont déploré, notion que l'on retrouve dans la littérature, notamment dans l'enquête de la DREES publiée en 2008 (DREES, 2008). Dans cette étude, 22% des femmes déclarent avoir été mal préparées aux soins à réaliser pour la cicatrisation de leur épisiotomie ; et 40% rapportent un manque de préparation aux éventuels troubles du post-partum, comme le retour de couches, les pertes vaginales, le poids, le sommeil, la fatigue.

Ce manque de conseils à la sortie de la maternité concerne aussi la sexualité et les événements désagréables du post-partum. En effet, les femmes que nous avons interrogées nous ont fait part de l'absence d'accompagnement au sujet de leur vie de femme. Mise à part une discussion sur la contraception, aucun conseil ne leur a été donné sur la reprise des rapports sexuels, tant sur le délai à respecter, que sur les sensations qu'elles pourraient ressentir. Elles se sont alors retrouvées seules face à leurs questions avant de pouvoir aborder le sujet lors de leur visite post-natale ou lors de la rééducation périnéale. Nous avons pu constater une certaine gêne des femmes à aborder ce sujet lors des consultations, certaines ayant le sentiment que c'est au professionnel de santé de poser des questions. La sexualité est encore de nos jours un sujet tabou et extrêmement intime, et qu'il est parfois difficile de communiquer à propos de ses difficultés ou de ses perceptions, même avec les professionnels de santé, qui sont considérés comme neutres et tenus au secret médical.

Les femmes n'osant pas toujours aborder le sujet de leur vie sexuelle lors des rencontres avec les professionnels de santé, le rôle des sages-femmes semble important, ainsi qu'avoir les outils pour leur répondre ou pour les questionner naturellement lors des consultations. En effet, la sexualité est partie intégrante de la vie de femme, et de la vie de mère, et elle ne doit en aucun cas être négligée, car elle a un impact important sur la qualité de vie des couples.

Cette étude permet de savoir quelles représentations et quelles questions se posent les femmes concernant la reprise des rapports sexuels, en particulier après une épisiotomie. Transmettre ces connaissances aux sages-femmes est essentiel, car ce sujet est peu abordé en formation initiale, ou en formation continue. Renforcer les résultats que nous avons mis en évidence en élargissant l'étude à d'autres populations (femmes avec une déchirure, avec une césarienne par exemple), pour identifier les points communs, permettrait de donner de la légitimité à ce sujet et le devoir de réfléchir à des outils pour aider les femmes dans cette période qui est source de difficultés pour elles. Il serait aussi intéressant d'étudier les connaissances des sages-femmes à ce sujet afin d'élaborer des programmes de formation adaptés à ce que les femmes attendent, notamment pour les sages-femmes libérales accompagnant les femmes lors du PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile (PRADO). Enfin, face à ces constats, et l'obstétrique étant considérée comme une pratique de gestion des risques et de l'urgence, le consentement éclairé concernant l'épisiotomie a-t-il toute sa place au sein des salles de naissances ?

## CONCLUSION

Tout au long de la réalisation de cette étude, il nous a été permis de récolter les paroles des femmes sur un sujet extrêmement intime qu'est la reprise des rapports sexuels après un accouchement. Notre souhait de lier cette expérience à celle de l'épisiotomie nous a permis d'évaluer ses possibles conséquences sur la sexualité, mais aussi de voir de quelle manière les femmes vivent cette intervention médicale.

D'après nos résultats, il semble que plusieurs composantes distinctes mais toujours articulées prennent part au vécu de la reprise des rapports sexuels après une épisiotomie. Sujet d'émotions et de sentiments partagés et parfois contradictoires, avec une grande peur, mais en même temps un désir présent, les femmes et leurs conjoints développent de nombreuses interrogations. En effet, le conjoint garde une place extrêmement importante dans cette expérience, participant à la construction d'une nouvelle famille et donc d'une nouvelle relation de couple, qui peut parfois être source d'inquiétudes et de bouleversements. L'arrivée d'un enfant induit de grands changements, tant sur le plan relationnel que sur le plan individuel. Ainsi, l'image modifiée du corps de la femme tout au long de la grossesse se poursuit dans le post-partum, et contribue au développement d'un regard positif ou négatif, ayant des conséquences directes sur le désir et la participation à une activité sexuelle. A la lumière de ce constat, l'épisiotomie est un élément qui perturbe le vécu des femmes dans la période du post-partum, pendant laquelle elles découvrent la maternité et constatent l'évolution de leur statut de femme. En effet, elle est une source d'inquiétude, de douleurs ; elle modifie l'image d'une anatomie intime qui devient alors inconnue pour certaines ; et elle perturbe de manière certaine la reprise des rapports sexuels, tout cela ayant aussi des conséquences sur le couple et la vie de famille.

Nos entretiens, ainsi que la littérature, nous ont montré que si nous retrouvons des notions communes à plusieurs femmes, le vécu de la

sexualité reste une expérience unique, et l'expression même d'une singularité. En effet, ce moment est influencé par les caractéristiques personnelles de chacun, par son histoire, par ses représentations, et ne peut être généralisé.

A la suite de ce travail, un sujet central tend à revenir dans nos entretiens et dans notre analyse : la communication. Elle semble en effet essentielle pour les femmes, tant avec leur conjoint qu'avec les professionnels de santé. La période du post-partum étant la source de nombreux questionnements, souvent sans réponse, il appartient aux professionnels d'améliorer ce point de la prise en charge.

Communiquer, discuter, expliquer, écouter, entendre... Autant d'actions qui semblent indispensables au bon déroulement d'un accouchement, d'un séjour à la maternité, et d'un retour à domicile en toute sérénité car l'épisiotomie y occupe une place particulière.

Les sages-femmes, par la diversité de leurs fonctions et leur présence tout au long de ce parcours de la maternité, sont à même de réaliser cet accompagnement.

La prise en compte de l'avis des femmes et des couples est un axe que les sages-femmes devront développer afin de renforcer la collaboration patient-soignant.

## RÉFÉRENCES

- Ahlborg, T., & Strandmark, M. (2001). The baby was the focus of attention—first-time parents' experiences of their intimate relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(4), 318–325.
- AUDIPOG. (2004, Avril). La santé périnatale en 2002-2003, Evaluation des pratiques médicales. INSERM Lyon.
- Bader, G. (2010). Épisiotomie. In *Traité d'obstétrique* (pp. 455–461). Elsevier Masson.
- Bajos, N., & Spira, A. (1991). Analyse des comportements sexuels en France (ACSF). *Sciences sociales et santé*, 9(4), 57–68.
- Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R., & Manyonda, I. (2000). Women's sexual health after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(2), 186–195.
- Beaud, S. (1996). L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique». *Politix*, 9(35), 226–257.
- Beaud, S., & Weber, F. (2010). *Guide de l'enquête de terrain: produire et analyser des données ethnographiques*. La Découverte.
- Belaisch-Allart, J., Frydman, R., & Marpeau, L. (2003). Accouchement en 2003: quelle médicalisation? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 31(4), 388–392.
- Bertaux, D. (2016). *Le récit de vie - 4e éd.* (4e édition). Armand Colin.
- Bitzer, J., & Alder, J. (2000). Sexuality during pregnancy and the post partum period. *Journal of Sex Education and Therapy*, 25(1).
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Armand Colin.

- Bozon, M., & Leridon, H. (1993). Les constructions sociales de la sexualité. *Population*, 48(5), 1173–1195.
- Campehoudt, L. V., & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales - 4e édition*. Dunod.
- Carricaburu, D. (2005). De la gestion technique du risque à celle du travail: l'accouchement en hôpital public. *Sociologie du Travail*, 47(2), 245–262.
- Carroli, G., & Mignini, L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Ciane. (2013). *Épisiotomie : Etat des lieux et vécu des femmes* (Enquête sur les accouchements No. 6).
- CNGOF. (2006). *Épisiotomie: recommandations du CNGOF pour la pratique clinique (décembre 2005) Episiotomy: recommendations for clinical practice by the CNGOF (December 2005)* (pp. 275–279).
- Code de la santé publique - Article L1111-4, L1111-4 Code de la santé publique.
- Collier, F., & Cour, F. (2013). En pratique, comment faire devant une femme exprimant une plainte sexuelle? *Progrès en Urologie*, 23(9), 612–620.
- Dahlen, H. G., Homer, C. S. E., Leap, N., & Tracy, S. K. (2011). From social to surgical: Historical perspectives on perineal care during labour and birth. *Women and Birth*, 24(3), 105–111.
- Dayan-Herzbrun, S. (1991). La sexualité au regard des sciences sociales. *Sciences sociales et santé*, 9(4), 7–22.
- de Tayrac, R., Panel, L., Masson, P., & Mares, P. (2006). Épisiotomie et prévention des lésions pelvi-périnéales. *Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction*, 35(Supplément au numéro 1).
- Draper, J., & Newell, R. (1996). A discussion of some of the literature relating to history, repair and consequences of perineal trauma. *Midwifery*, 12, 140–145.

- DREES. (2008). *Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement* (No. 660).
- Duchesne, S. (2000). Pratique de l'entretien dit "non-directif." *Les Méthodes Au Concret. Démarches, Formes de L'expérience et Terrains D'investigation En Science Politique*, 9–30.
- Dunn, P. M. (1991). Francois Mauriceau (1637-1709) and maternal posture for parturition. *Archives of Disease in Childhood*, 66(1 Spec No), 78.
- Dunn, P. M. (1999). Bartholomew Mosse (1712-59), Sir Fielding Ould (1710-89), and the Rotunda Hospital, Dublin. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 81(1), F74–F76.
- Ejegard, 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.
- Euro-Peristat. (2013). *European perinatal health report - Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010* (p. 235).
- Fenneteau, H. (2015). *Enquête et questionnaire - 3e édition*. Dunod.
- Ferrand, A., & Mounier, L. (1993). L'échange de paroles sur la sexualité : une analyse des relations de confiance. *Population*, 48(5), 1451–1475.
- Gellman, R., & Gellman-Baroux, C. (1992). Quelques donnees historiques concernant la sexologie. *Andrologie*, 2(1), 32–34.
- Gerda, T., Josef, H., Uwe, L., & Edgar, P. (2006). Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 46(4), 282–287.
- Graham, I. D., Carroli, G., Davies, C., & Medves, J. M. (2005). Episiotomy rates around the world, an update. *Birth*, 32(3), 219–223.

- Hames, C. T. (1980). Sexual needs and interests of postpartum couples. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 9(5), 313–315.
- Haut comité de la santé publique, & Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville. (1994). *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance: pour un nouveau plan périnatalité*. Rennes: ENSP.
- Jacques, B. (2000). L'expérience de la maternité sous influence médicale. *Face à face. Regards sur la santé*, (2).
- Jacques, B. (2007). *Sociologie de l'accouchement*. Presses universitaires de France.
- Jardin, A. (2004). Sexualité masculine et sexualité féminine au XX<sup>e</sup> siècle: transformations? révolutions? libération? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 52(4), 388–392.
- Jaspard, M. (1997). La sexualité en France. *Population*, 52(6), 1553–1554.
- Kalis, V., Laine, K., de Leeuw, J., Ismail, K., & Tincello, D. (2012). Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology: International classification of episiotomy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(5), 522–526.
- Karbanova, J., Rusavy, Z., Betincova, L., Jansova, M., Necesalova, P., & Kalis, V. (2014). Clinical evaluation of early postpartum pain and healing outcomes after mediolateral versus lateral episiotomy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 127(2), 152–156.
- Kaufmann, J.-C. (2011). *L'entretien compréhensif*. Armand Colin.
- Knibiehler, Y. (2003). Grossesse et sexualité. Regards sur le passé. *Spirale*, 26(2), 19.
- MacAdam, R., Huuva, E., & Berterö, C. (2011). Fathers' experiences after having a child: sexuality becomes tailored according to circumstances. *Midwifery*, 27(5), e149–e155.

- MacLaren, A. (1995). Primary care for women: comprehensive sexual health assessment. *Journal of Nurse-Midwifery*, 40(2), 104–119.
- Marquet, J., Huynen, P., & Ferrand, A. (1997). Modèles de sexualité conjugale: de l'influence normative du réseau social. *Population (french Edition)*, 1401–1437.
- McDonald, E., & Brown, S. (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.
- Mead, M. (2015). Introduction à la méthode par enquête. *Les Dossiers de La Maïeutique*, 2(3), 132–136.
- Mimoun, S., & Wylie, K. (2009). Female sexual dysfunctions: Definitions and classification. *Maturitas*, 63(2), 116–118.
- NICE. (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies*.
- Olsson, A., Lundqvist, M., Faxelid, E., & Nissen, E. (2005). Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(4), 381–387.
- OMS. (2003). Épisiotomie en cas d'accouchement par voie basse. Retrieved February 17, 2016, from [http://apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/childbirth/2nd\\_stage/jlcom/fr/](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/jlcom/fr/)
- Parant, O., Reme, J. M., & Monrozier, X. (2001). Episiotomía. *EMC-Ginecología-Obstetricia*, 37(2), 1–6.
- Pauleta, J. R., Pereira, N. M., & Graça, L. M. (2010). Sexuality During Pregnancy. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(1), 136–142.
- Racinet, C. (2005). Positions maternelles pour l'accouchement. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 33(7), 533–538.

- Radestad, 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., & Heinonen, S. (2010). Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery*, 26(3), 348–356.
- Reading, A. E., Sledmere, C. M., Cox, D. N., & Campbell, S. (1982). How women view postepisiotomy pain. *British Medical Journal*, 284(6311), 243–246.
- République Française. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique, Code de la Santé Publique (1967).
- Robert, H. (2014). *Evolution des positions d'accouchement en France et dans nos cultures occidentales*. Université de Bordeaux.
- Safarinejad, M. R., Kolahi, A. A., & Hosseini, L. (2009). The Effect of the Mode of Delivery on the Quality of Life, Sexual Function, and Sexual Satisfaction in Primiparous Women and Their Husbands. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(6), 1645–1667.
- Schlumbohm, J. (2002). Comment l'obstétrique est devenue une science: La maternité de l'université de Göttingen, 1751-1830. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143(1), 18–30.
- Shibley Hyde, J., DeLamater, J. D., Plant, E. A., & Byrd, J. M. (1996). Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *The Journal of Sex Research*, 33(2), 143–151.
- 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. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184(5), 881–890.
- Tosun Güleröglü, F., & Gördeles Beşer, N. (2014). Evaluation of Sexual Functions of the Pregnant Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 146–153.

- Tourné, C.-É. (2003). Un corps pour trois. La sexualité au cours de la grossesse. *Spirale*, 26(2), 89.
- Tournier, C. (2003). Réflexions sur la « crise » du postpartum. *Spirale*, 26(2), 109.
- Vendittelli, F., & Gallot, D. (2006). Quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie? *Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction*, 35(Supplément au numéro 1).
- von Sydow, K. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbirth : A metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(1), 27–49.
- Watson, B., Fuller-Tyszkiewicz, M., Broadbent, J., & Skouteris, H. (2015). The meaning of body image experiences during the perinatal period: A systematic review of the qualitative literature. *Body Image*, 14, 102–113.
- Way, S. (2012). A qualitative study exploring women's personal experiences of their perineum after childbirth: Expectations, reality and returning to normality. *Midwifery*, 28(5), e712–e719.
- Wendt, E. K., Marklund, B. R. G., Lidell, E. A.-S., Hildingh, C. I., & Westerståhl, A. K. E. (2011). Possibilities for dialogue on sexuality and sexual abuse—midwives' and clinicians' experiences. *Midwifery*, 27(4), 539–546.
- White, S. E., & Reamy, K. (1982). Sexuality and pregnancy: A review. *Archives of Sexual Behavior*, 11(5), 429–444.
- WHO. (2006). Defining sexual health. Retrieved February 22, 2016, from [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

## ANNEXES

### Annexe 1 – Données épidémiologiques sur le taux d'épisiotomie en France entre 2003 et 2010

Tableau 24bis. Accouchement - suite (échantillon des femmes et des enfants en métropole)  
Labour and delivery Part 2

	2003		2010		
	%	p	n	%	IC à 95%
<b>Injection préventive d'ocytociques</b>					
non	-		2 398	16,8	16,2 – 17,4
oui, avant la délivrance	-		6 508	45,6	44,8 – 46,4
oui, après la délivrance	-		2 600	18,2	17,6 – 18,8
oui, avant et après la délivrance	-		2 762	19,4	18,8 – 20,1
			(14 268)		
<b>Episiotomie<sup>(1,2)</sup></b>					
<b>Primipares</b>					
	<i>Année 1998</i>				
non	28,7	<0,001	2 659	55,6	54,2 – 57,0
médio-latérale	66,4		1 729	36,2	34,8 – 37,5
médiane	4,9		46	1,0	0,7 – 1,3
oui, sans précision	0,0		346	7,2	6,5 – 8,0
	(4 576)		(4 780)		
<b>Multipares</b>					
non	63,8	<0,001	5 638	85,8	84,9 – 86,6
medio-latérale	32,7		726	11,1	10,3 – 11,8
médiane	3,5		33	0,5	0,3 – 0,7
oui, sans précision	0,0		176	2,7	2,3 – 3,1
	(6 366)		(6 573)		
<b>Déchirure<sup>(1)</sup></b>					
non	-		6 503	57,4	56,5 – 58,2
1 <sup>er</sup> degré ou périnée simple	-		4 742	41,8	40,9 – 42,6
périnée complet ou complet-complicé	-		88	0,8	0,6 – 0,9
			(11 333)		

(1) rapporté aux naissances par voie basse

(2) information non disponible en 2003

## Annexe 2 – Données épidémiologiques sur le taux d'épisiotomies en Europe en 2010

**R18: Episiotomy rate In 2010**

Country/coverage	Source	Number of women delivering vaginally		Episiotomy	
		All stated	Not stated	Yes	No
Belgium					
BE: Brussels	1	19 687	42	36.1	63.9
BE: Flanders	3	55 934	0	54.0	46.0
BE: Wallonia	1	29 935	95	45.4	54.6
Czech Republic	1	97 062	0	51.2	48.8
Denmark	1	48 885	0	4.9	95.1
Germany	1	422 893	0	27.7	72.3
Estonia	1	12 426	0	16.0	84.0
Ireland					
Greece					
Spain	4	3 145	79	43.0	57.0
France	1	11 393	152	26.9	73.1
Italy					
Cyprus (2007)	1	4 063	45	75.0	25.0
Latvia	1	14 548	0	19.8	80.2
Lithuania					
Luxembourg	1	4 562	5	36.1	63.9
Hungary					
Malta	1	2 699	1	31.1	68.9
Netherlands	1	143 861	1 947	30.3	69.7
Austria					
Poland	2	265 708	0	67.5	32.5
Portugal	7	55 957	0	72.9	27.1
Romania	5	110 216	0	68.2	31.8
Slovenia	1	17 963	2	36.1	63.9
Slovakia					
Finland	1	50 574	0	24.1	75.9
Sweden	1	94 247	0	6.6	93.4
United Kingdom					
UK: England	6	496 901	0	19.4	80.6
UK: Wales	7	24 159	0	20.1	79.9
UK: Scotland	12	41 028	72	23.6	76.4
UK: Northern Ireland					
Iceland	1	4 834	0	7.2	92.8
Norway	1	51 352	0	18.8	81.2
Switzerland	3	52 865	0	27.7	72.3

NOTE: Data from Cyprus are from 2007.

### Annexe 3 - Grille d'entretien (extrait)

Grand thème	Grande question	Question(s) de relance
<b>Caractéristiques socio-démographiques</b>	Pouvez-vous me parler de vous ?	Age. Statut marital (mariée, pacsée, divorcée, aucun). Statut professionnel (active, inactive, au chômage) et profession. Niveau d'études. Origine.
	Et de votre conjoint ?	Age. Statut professionnel (actif, inactif, au chômage) et profession. Niveau d'études. Origine.
	De votre famille ? De vos amis ? De votre entourage proche ?	Arrivée de l'enfant, frères et sœurs, avec qui elle peut parler...
<b>Données médicales</b>	Est-ce que c'est votre première grossesse ? Fausses couches ? IVG ?	
	Cette grossesse, comment elle est arrivée ?	Elle était désirée ? Depuis quand ? Est-ce que vous avez eu des difficultés à tomber enceinte ?
	Poids, pathologies associées, autres...	
<b>Déroulement de la grossesse et de l'accouchement</b>	Comment s'est passée votre grossesse ?	Vous avez été suivie régulièrement ? Par qui ? Vous avez fait la préparation à la naissance ?
	Parlez-moi du jour de votre accouchement...	Pourquoi vous êtes venue à la maternité ce jour là ? (déclenchement, travail spontané) Qu'est-ce qui s'est passé ensuite ? (hospitalisation, explications...) Comment s'est déroulé le travail ? (long, péridurale, gestes techniques, médicaments...) Qui était avec vous pendant le travail ? Et l'équipe médicale ? (SF, médecin, papa, étudiant, famille proche...)
	Et l'accouchement en lui-même, comment s'est-il déroulé ? En aviez-vous discuté avant ?  Etiez-vous inquiète à propos de votre accouchement ?	Comment l'avez-vous ressenti ? Combien de temps a-t-il duré ? Avec qui ? Quand ?  En quoi la discussion vous a rassuré ? Etiez-vous plus ou moins inquiète après en avoir parlé ?

<b>Épisiotomie, du médical à l'expérience personnelle</b>	A quoi vous associez le mot épisiotomie ?	Enfant, maman, raison médicale...
	Est-ce que vous aviez déjà entendu parler de l'épisiotomie avant votre accouchement ?	Par qui ? Qu'est-ce qu'on vous avait dit ?
	Qu'est-ce que vous savez de votre épisiotomie ?	Qui l'a réalisée ? Vous a-t-on prévenue ? Quelle était la cause ? Qui a effectué la suture ?
	Quelles explications vous a-t-on donné ?	Qui les a données ? Sur quoi elles portaient ? Quand ?
	Qu'est-ce que vous avez cherché à savoir dessus ?	Copine ? Internet ? Revue spécialisée ? Corps médical ? Quand ?
	En avez-vous parlé ?	A qui ? (conjoint, amis, famille...) Comment ? De quoi avez-vous parlé en particulier ?
<b>Suites de couches et retour à domicile</b>	Qu'est-ce que votre partenaire/conjoint sait de cela ? Est-ce qu'il vous a interrogée ?	Comment en avez-vous parlé ? Quand en avez-vous parlé ? Qu'est-ce qui est ressorti de votre discussion ? Sur quoi a-t-il posé des questions ?
	Comment s'est déroulé votre séjour à la maternité ?	Qui était présent ? (famille, amis, conjoint, proches). Et l'équipe médicale ? (SF, étudiante, pédiatre, médecin...) Que faisait la sage-femme quand elle venait vous voir ? (examen clinique...) Comment se déroulait l'examen ? Est-ce que quelqu'un a regardé votre épisiotomie ? Que vous a-t-on dit pour les soins de votre épisiotomie ? Avez-vous regardé, touché votre cicatrice ? Pourquoi ? (douche, miroir,...). Douleur ?
	Après l'accouchement, que pensiez-vous de votre épisiotomie et de ses conséquences ?	Avez-vous compris ce que c'était ? Où elle se situe ? Qu'est-ce que ça vous a fait ? (douleur, appréhension,...) A ce moment là, pensez-vous que l'épisiotomie peut avoir une influence sur la sexualité ?
Comment s'est déroulé votre retour à la maison ?	Avez-vous été bien entourée ? Par qui ? (conjoint, famille, amis, professionnels de santé...).	

## Annexe 4 - Lettre d'information aux sages-femmes libérales



université  
de  
**BORDEAUX**

CAPDEPUY Jeanne

[jeanne.capdepuuy@etu.u-bordeaux.fr](mailto:jeanne.capdepuuy@etu.u-bordeaux.fr)

06.82.97.13.86

Objet : Demande d'aide pour la réalisation d'une étude.

Madame,

Etudiante à l'école de sages-femmes de Bordeaux en dernière année, je réalise une recherche sur le vécu des femmes concernant les semaines qui ont suivi leur retour à domicile après la naissance de leur enfant, sous la direction de Mme Amandine ROCHEDY (doctorante en sociologie) et Mme Christine MORIN (enseignante sage-femme chercheur). Nous nous intéressons plus particulièrement à celles ayant eu une épisiotomie. Cet élément n'est pas mentionné aux femmes, afin qu'elles livrent leur sentiment spontanément sans avoir eu l'opportunité d'y penser avant l'entretien.

La méthode choisie pour cette étude consiste à la réalisation d'entretiens individuels semi-directifs d'une durée d'une heure maximum, avec 10 femmes primipares ayant eu une épisiotomie, parlant et comprenant le français, et en couple au moment de l'entretien. Les femmes recrutées disposeront d'une lettre d'information qui leur sera remise avant la réalisation de l'entretien. Je vous en adresse une copie.

Afin de répondre à notre objectif, le critère avoir eu une épisiotomie est essentiel pour sélectionner les femmes, mais nous réitérons notre demande à ce que ce critère de sélection ne soit pas précisé aux femmes.

L'étude a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

Nous sollicitons votre aide pour le recrutement des femmes. Le sujet étant sensible et intime, il est important de leur préciser que leur participation est une décision qui leur appartient, mais que cette étude a un intérêt pour l'amélioration des connaissances sur le vécu des femmes concernant la période qui suit leur retour à domicile après leur accouchement. Je reste à votre disposition pour en discuter. Vous disposerez de la possibilité de prendre connaissance des résultats si vous le souhaitez.

Je vous remercie de l'attention portée à ma demande.  
Bien cordialement.

Jeanne CAPDEPUY  
Mme Amandine ROCHEDY  
Mme Christine MORIN

## Annexe 5 - Lettre d'information aux patientes recrutées



université  
de BORDEAUX

CAPDEPUY JEANNE  
jeanne.capdepuuy@etu.u-bordeaux.fr  
Tél : 06.82.97.13.86

Chère Madame,

Vous venez d'accoucher il y a peu.

Étudiante à l'école de sage-femme de Bordeaux en cinquième et dernière année, je réalise une recherche sur la reprise des rapports intimes après un accouchement, sous la direction de Mme Rochedy (doctorante en sociologie) et de Mme Morin (enseignante sage-femme chercheur). Nous nous intéressons à la vie de couple après un accouchement. Vous avez été récemment sollicitée par votre sage-femme libérale lors d'une consultation afin de participer à cette étude.

Votre participation à l'étude consistera en un entretien d'une durée d'une heure environ, mené par moi-même. Nous conviendrons d'une date de rendez-vous ensemble. L'entretien se déroulera dans un lieu calme de votre choix, de préférence sans tierce personne.

Comme toute étude, celle-ci a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et de la Liberté) ce qui implique la confidentialité des données et votre nom ne sera jamais mentionné. Seules mes directrices de mémoire et moi-même auront accès aux données qui seront détruites après leur analyse.

Vous avez le droit d'accepter ou de refuser à participer à cette étude, et votre refus ne modifiera en rien votre prise en charge pour les suites de votre accouchement.

Si vous acceptez de participer à l'étude, je vous propose de me contacter pour fixer la date et convenir de l'heure et du lieu de rendez-vous.

Vous pouvez m'envoyer un mail, me téléphoner ou me demander de vous appeler, si vous souhaitez de plus amples informations avant de vous engager.

Vous pourrez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment sans avoir à donner d'explication.

Votre participation à cette recherche nous sera très utile pour mieux comprendre les relations de couple après un accouchement, et ainsi mieux adapter nos pratiques professionnelles et notre accompagnement durant cette période.

Nous vous remercions de l'intérêt porté à mon étude.

Nous vous prions d'agréer, Madame, nos sincères salutations.

Bien cordialement

Jeanne CAPDEPUY  
Mme Amandine ROCHEDY  
Mme Christine MORIN

## Annexe 6 – Déclaration à la CNIL

### RÉCÉPISSÉ

#### DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

**1921766 v 0**

du 19 janvier 2016

Madame MORIN Christine  
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE  
BORDEAUX  
ECOLE DE SAGES-FEMMES  
PLACE AMELIE RABA LEON  
33076 BORDEAUX CEDEX

#### À LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « Informatique et Libertés », consultez le site Internet de la CNIL : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

#### Organisme déclarant

Nom : CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX

Service : ECOLE DE SAGES-FEMMES

Adresse : PLACE AMELIE RABA LEON

Code postal : 33076

Ville : BORDEAUX CEDEX

N° SIREN ou SIRET :

263305823 00019

Code NAF ou APE :

8610Z

Tél. : 05 57 82 00 29

Fax. : 05 56 79 59 09

#### Traitement déclaré

**Finalité : DECRIRE LE VECU DE LA REPRISE DES RELATIONS INTIMES APRES L'ACCOUCHEMENT CHEZ DES PRIMIPARES AYANT EU UNE EPISIOTOMIE.**

Fait à Paris, le 19 janvier 2016  
Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN  
Présidente

## Annexe 7 – Tableau descriptif de l'échantillon

<b>Prénom</b>	<b>Caractéristiques de l'entretien</b>	<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>	<b>Données médicales</b>
<i>Hélène</i>	Au domicile. Durée 53 minutes.	32 ans. Médecin généraliste. Pacsée. Origine française.	Maternité de type III. Accouchement instrumental, sous péridurale.
<i>Sophie</i>	Au domicile. Durée 45 minutes.	32 ans. Commerciale. Pacsée. Origine française.	Maternité de type I. Accouchement sans péridurale.
<i>Emma</i>	Au domicile. Durée 50 minutes. Présence du conjoint au domicile, dans une pièce différente.	26 ans. Conseillère téléphonique. Origine française.	Maternité de type I. Accouchement sous péridurale.
<i>Caroline</i>	Au domicile. Durée 1 heure 15. Présence de ses parents en milieu d'entretien, puis départ de ceux-ci.	32 ans. Professeur de droit. Mariée, en couple depuis 10 ans. Origine française.	Maternité de type I. Accouchement instrumental, sous péridurale.
<i>Marine</i>	Au domicile. Durée 55 minutes.	24 ans. Technicienne de laboratoire. Pacsée. Origine française.	Maternité de type III. Accouchement sous péridurale.
<i>Aude</i>	Au domicile. Durée 40 minutes.	25 ans. Aide soignante. Pacsée. Origine française.	Maternité de type I. Accouchement sous péridurale.
<i>Virginie</i>	Au domicile. Durée 1 heure.	28 ans. Responsable de magasin. En couple depuis 8 ans. Origine française.	Maternité de type III. Accouchement sous péridurale.

**TITRE : Santé sexuelle et épisiotomie : Ecouter ce que nous apprennent les femmes**

**CAPDEPUY Jeanne**

**RESUME :**

*Contexte* - L'épisiotomie est l'intervention la plus pratiquée lors de l'accouchement. Elle induit de nombreuses conséquences, notamment celles sur la sexualité des femmes.

*Objectif* - Décrire le vécu de la reprise des rapports sexuels chez les femmes ayant eu une épisiotomie après leur premier accouchement.

*Méthode* - Etude qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 7 primipares entre 3 et 8 semaines du post-partum, suivie d'une analyse linéaire puis thématique.

*Résultats* - Quatre thèmes ont émergé : le paradoxe entre envie et crainte, l'image du corps modifiée, la place du conjoint dans la construction d'une nouvelle relation de couple, la communication déficiente autour de l'épisiotomie

*Conclusion* - L'épisiotomie a des conséquences directes sur la sexualité des femmes et des couples. Elle vient s'ajouter aux préoccupations qui suivent une naissance. Les sages-femmes, en contact avec les femmes dans le parcours de la maternité ont un rôle privilégié pour répondre aux questions et conseiller les femmes.

**MOTS CLES** : Santé sexuelle - Episiotomie - Post-partum - Vécu

**TITLE : Sexual health and episiotomy : Listen to what we are learning from women**

**CAPDEPUY Jeanne**

**ABSTRACT :**

*Background* - Episiotomy is the most practiced intervention during childbirth. It induces many consequences, including those on women's sexuality.

*Objective* - To describe the experience of the resumption of sexual intercourse among women who had an episiotomy after their first childbirth.

*Method* - Qualitative study by semi-structured interviews with seven first-time mothers between 3 and 8 weeks postpartum, followed by a linear and thematic analysis

*Results* - Four main themes emerged the paradox between desire and fear, the image of the modified body, place of the partner in building a new relationship, poor communication around episiotomy.

*Conclusion* - In addition, with concerns following childbirth, episiotomy has direct consequences on women's and couples' sexuality. Midwives, who follow women in postpartum period, have a role for answering and counselling women.

**KEYWORDS**: Sexual intercourse - Episiotomy - Postpartum - Experience