

h e t s

Haute école de travail social
Genève

Centre de formation
continue (cefoc)

Quelles sont les répercussions d'un accouchement vécu comme traumatique sur la reprise des rapports sexuels en période de post-partum ?

Travail de diplôme déposé en 2021 en vue de l'obtention du *Diploma of Advanced Studies en Santé Sexuelle* : intervention par l'éducation et le conseil.

Rachel Gogniat
Centre de Santé Sexuelle
MEDICENTRE TAVANNES
Grand-Rue 32
2710 Tavannes
rachel.gogniat@hjbe.ch

Septembre 2021

Résumé

Quelles sont les répercussions d'un vécu traumatique de l'accouchement sur la reprise des rapports sexuels en post-partum ? Si plusieurs études se sont intéressées à l'apparition de troubles de la sexualité dans le post-partum et ont cherché à définir les éléments qui pouvaient en être à l'origine, peu ont examiné les conséquences d'un vécu traumatique de l'accouchement sur ces troubles. Par ailleurs, la documentation semble se focaliser principalement sur le vécu de la mère et peu sur celui du·de la partenaire.

A travers ce travail de diplôme, j'ai cherché à faire ressortir de la littérature récente les éléments regroupant « accouchement traumatique » et « sexualité post-partum » pour en retirer les éléments les plus significatifs.

J'ai également cherché à savoir ce qui était proposé comme accompagnement en Suisse romande par rapport à cette thématique, et quels étaient alors les rôles du·de la spécialiste en santé sexuelle.

Les conclusions principales de ce travail sont les suivantes : il existe un lien de cause à effet entre le vécu traumatique de l'accouchement et la reprise des rapports sexuels en post-partum, tant chez la femme que chez l'homme ; le·la spécialiste en santé sexuelle a sa place comme professionnel·le dans cette problématique, importante en terme de santé publique au vue de ses nombreuses répercussions possibles.

Remerciements

Merci à Gérard pour le soutien qu'il m'a apporté durant cette formation continue.

Merci à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à me transmettre le savoir acquis durant cette formation.

Merci à mes relecteur·trices pour leur vision aiguisée et le temps mis à disposition pour cette relecture.

R. Gogniat

Table des matières

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1. | Introduction | 1 |
| 2. | Présentation du cadre de référence et des concepts | 2 |
| 2.1 | Cadre de référence | 2 |
| 2.1.1 | Le concept de traumatisme | 2 |
| 2.1.2 | Le concept de post-partum | 3 |
| 2.1.3 | Le concept de rapport sexuel | 4 |
| 2.1.4 | L'accouchement vécu comme traumatique | 5 |
| 2.1.5 | La reprise des rapports sexuels en post-partum | 8 |
| 2.1.5.1 | De manière générale | 8 |
| 2.1.5.2 | Après un accouchement vécu comme traumatique | 11 |
| 2.2 | Dimension éthique | 12 |
| 3. | Discussion et retour dans la pratique | 14 |
| 3.1 | Prévenir le vécu traumatique de l'accouchement et ses répercussions | 14 |
| 3.2 | Place du·de la spécialiste en santé sexuelle dans cette problématique | 15 |
| 3.2.1 | Consultations du·de la spécialiste en santé sexuelle dans le post-partum en milieu hospitalier | 15 |
| 3.2.2 | Consultations du·de la spécialiste en santé sexuelle dans centre spécialisé | 16 |
| 4. | Conclusion | 18 |
| 5. | Liste de références bibliographiques | 21 |
| 6. | Annexe | 23 |
| 6.1 | Tableau des critères diagnostiques du TSPT du postpartum du DSM-5 | 23 |

1. Introduction

Sage-femme depuis un peu plus de dix ans, je n'ai commencé que récemment à m'intéresser un peu plus en détail à cette période du post-partum, au delà du séjour à la maternité. En effet, intervenant pendant longtemps uniquement en milieu hospitalier, je ne m'occupais des femmes (voire du couple) et du bébé que pendant quelques jours, jusqu'à leur retour à domicile. Ce n'est qu'en travaillant en plus étroite collaboration avec une gynécologue dans un centre regroupant plusieurs professionnel·les de la santé, qu'il a été convenu que je m'entretienne aussi avec les femmes venant effectuer un contrôle à six semaines post-partum avec la gynécologue. Je les vois officiellement en tant que sage-femme, mais depuis que je me forme en santé sexuelle, j'ai appris à m'intéresser à cette période particulière du post-partum aussi sous cet angle-là.

Lors d'une consultation au Centre de Santé Sexuelle du Jura bernois où je travaille maintenant depuis deux ans, l'idée de ce thème de travail de diplôme s'est imposé à moi dans les circonstances suivantes : une jeune femme de 23 ans venait se renseigner sur les moyens de contraception. Elle avait accouché environ une année et demie plus tôt. A travers son récit, j'ai compris que le couple ne se remettait « que » maintenant de l'accouchement vécu comme traumatique d'un côté comme de l'autre, avec, selon ce que j'avais pu comprendre, une dépression post-partum chez le père, engendrant une baisse de désir sexuel et une impossibilité de reprendre des rapports avec sa partenaire. Cette dernière avait également mis longtemps à se remettre de son accouchement, mais plutôt physiquement (suite à une épisiotomie et une déchirure périnéale). Cette femme parlait pour la première fois de ce qu'elle avait vécu et des conséquences actuelles, malgré le fait qu'elle avait été suivie à domicile par une sage-femme et effectué son contrôle à six semaines chez son gynécologue. A travers cette situation, j'ai réalisé que même en travaillant dans le domaine depuis dix ans, cette période de post-partum était le 4^{ème} trimestre de la grossesse délaissé des professionnel·les. J'ai donc voulu l'approfondir sous l'angle particulier de la santé sexuelle en parlant plus spécifiquement de la reprise des rapports sexuels dans cette période de vie du couple, et également sous l'angle du vécu traumatique de l'accouchement.

La question des violences gynécologiques et obstétricales sera brièvement abordée pour la mettre en perspective avec le vécu traumatique de l'accouchement.

Le focus sera ensuite mis sur le rôle du·de la spécialiste en santé sexuelle dans cette problématique.

La question que je souhaite approfondir est donc celle-ci :

Quelles sont les répercussions d'un accouchement vécu comme traumatique sur la reprise des rapports sexuels en période de post-partum ?

Le travail ci-dessous n'a pas la prétention d'être une revue de littérature complète sur le sujet. Il était important pour moi de prendre connaissance des récents travaux sur ce thème et d'en faire ressortir les points essentiels pour la pratique du/de la spécialiste en santé sexuelle.

2. Présentation du cadre de référence et des concepts

2.1 Cadre de référence

Il me semble utile, pour définir le cadre de référence, d'apporter quelques éléments théoriques à propos de trois concepts centraux dans mon thème de recherche : les concepts de **traumatisme**, de **post-partum** et de **rapports sexuels**.

J'aborderai ensuite les enjeux relatifs à la reprise des rapports sexuels en post-partum et, plus spécifiquement, à la suite d'un accouchement vécu comme traumatique.

Enfin j'examinerai une dimension éthique de ce sujet.

A noter que ce travail ne se réfère qu'au post-partum d'une femme cisgenre vivant dans un couple hétérosexuel.

2.1.1 Le concept de traumatisme

La définition première du mot traumatisme est la suivante selon le dictionnaire le Grand Robert (édition en ligne, cf. bibliographie) :

Du grec *traumatismos* (1855), le **traumatisme** désigne « l'ensemble des troubles physiques ou psychiques provoqués dans l'organisme par le trauma ». En psychologie, le traumatisme psychique désigne couramment « l'ensemble des perturbations résultant d'un violent choc émotionnel ».

Mais le traumatisme n'existe pas « en soi » : il renvoie à des théories, à des concepts et à des modèles de pensée qui permettent de rendre compte des modalités cliniques, ainsi que des processus psychiques, en rapport avec les événements traumatiques (Coutenceau et al., 2012). Le traumatisme est à envisager en rapport avec la sensibilité de la personne concernée, suivant les conditions psychologiques dans lesquelles elle se trouve à ce moment-là de sa vie, car ce qui va faire le trauma n'est pas la qualité de l'événement en soi, mais bien la réalité de la rencontre entre la personne et cet événement (Di Folco, 2010).

Cette dernière phrase revêt toute son importance par rapport au vécu traumatique de l'accouchement : deux accouchements « identiques » ne seront pas ressentis de la même manière par deux personnes. Le vécu subjectif sera le plus important. Nous verrons pour autant qu'il existe des facteurs influençant cette subjectivité qu'il s'agira de garder à l'esprit.

2.1.2 Le concept de post-partum

Qu'est-ce que le post-partum ? C'est ce que certaines personnes appellent le 4^{ème} trimestre oublié des professionnel·les. Du latin *post* : après, derrière, et de *partus* : littéralement « mise-bas », le post-partum désigne la période qui suit l'accouchement. Le début de cette période est donc précis. Ce qui l'est moins, c'est sa fin. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) évoque les six semaines qui suivent la délivrance placentaire. Certain·es spécialistes parlent de six mois, quand d'autres évoquent une durée allant jusqu'au retour de couches. La définition qui fait durer le post-partum sur une période de six mois la scinde en trois phases distinctes : *la phase aiguë*, six à douze heures après l'accouchement ; *la phase subaiguë*, de deux à six semaines, et enfin *la période post-partum retardée*, qui peut se prolonger jusqu'à six mois après l'accouchement (Romano, Cacciatore, Giordano & La Rosa, 2010, cité par Weizman, 2021, p. 17). Mais de quoi parle-t-on exactement ? Des aspects physiologiques en se préoccupant uniquement de savoir comment le corps se remet de l'accouchement ? Que dire des effets qui peuvent marquer non seulement le corps mais également l'esprit de la femme pour un an, deux ans, voire pour toute une vie en raison de certains symptômes et pour certaines femmes ? « La variabilité de ce qu'est le post-partum dans la science et la médecine, le trop peu d'information que les futures mères reçoivent en amont durant leur suivi de grossesse, ou encore le manque de représentations médiatiques et culturelles du post-partum favorisent l'ignorance de tout un chacun » (Weizman, 2021, p. 27).

Certaines cultures ritualisent cette période sous la forme d'attentions et de soins particuliers à la mère comme à l'enfant, mais notre société occidentale a tendance à censurer cette période, d'autant plus si elle est mal vécue, car en dissonance totale avec l'idée socialement construite de l'identité de mère comme source d'épanouissement et d'extase. Même les « cours d'accouchement », que l'on devrait d'ailleurs plutôt appeler « préparation à la naissance » n'en parlent que très peu, voire pas du tout. On se focalise encore très largement sur la fin de grossesse, sur le travail et l'accouchement, mais j'ai pu remarquer, faisant moi-même ces préparations à la naissance, qu'il s'agit souvent de la demande des couples :

« On aimerait savoir quand il faudra venir à la maternité et comment va se dérouler l'accouchement, mais pour l'après, on verra bien, le plus difficile sera passé ». Lorsque des questions portent quand même sur l'après, il s'agit bien souvent de questions très pratiques sur les soins à apporter au bébé ou sur l'allaitement, mais peu de préoccupations vont au-delà. Et la pensée dominante, dans notre société, est encore de dire que si le bébé va bien, tout va bien !

Il semble donc important de considérer le post-partum dans un continuum à appréhender sur le long terme, même s'il est vrai que les six premières semaines qui suivent l'accouchement suffisent généralement à faire décroître ou disparaître les modifications physiologiques.

2.1.3 Le concept de rapport sexuel

Qu'est-ce qu'un rapport sexuel ? Il est intéressant d'analyser brièvement ce concept en réalisant que parler de reprise des rapports sexuels (toujours dans le cadre d'un couple hétérosexuel) c'est sous-entendre de manière plus ou moins consciente et implicite (en tout cas dans nos sociétés occidentales), tant de la part de la femme (du couple) ou des professionnel·les, qu'il s'agit de la pénétration du pénis dans le vagin, associée à des caresses comme préliminaires. On se situerait ainsi dans le 96% des pratiques sexuelles selon une enquête française (Bajos, N. & Bozon, M., 2006).

Au sens strict du terme, un rapport sexuel fait intervenir au moins deux partenaires, ainsi que les organes génitaux d'au moins un·e des deux protagonistes, ce qui laisse un champ de possibles bien plus vaste que la simple pénétration péno-vaginale.

Rappelons que nos pays marqués par le christianisme ont subi depuis le Moyen-âge, de la part des autorités religieuses, une codification des positions sexuelles permises et des jours où une activité sexuelle était tolérée, sachant qu'elle était censée avoir, comme but unique, la reproduction. Cet héritage chrétien explique peut-être en partie cette conception actuelle du rapport sexuel vu sous l'angle de la pénétration péno-vaginale.

Mais si le sexe, de manière générale, est à considérer comme une démarche de rapprochement, un désir d'intimité, un besoin de rencontre, une simple envie d'établir un lien, finalement et en résumé une recherche de communication, il est extrêmement réducteur de le ramener à un acte de pénétration.

2.1.4 L'accouchement vécu comme traumatique

Malgré le fait que les représentations sociales fassent figurer la naissance d'un enfant comme un heureux événement, jusqu'à 43% des femmes (selon certaines études) l'associent à un vécu traumatique, soit à peine moins que la moitié. Il est dès lors aisément compréhensible qu'il soit difficile pour les couples de s'exprimer à ce sujet.

En ce qui concerne le trouble de stress post-traumatique du post-partum (TSPTPP), on retrouve des prévalences variables, estimées à 3% de la population générale et 18% dans les populations à risque, selon une analyse récente.¹

Définition de l'accouchement psychotraumatique

Un événement traumatique, selon la définition du DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), implique que la personne soit exposée soit à la mort, soit à des blessures graves, ou à de la violence sexuelle, effective ou potentielle. Dès lors, l'accouchement peut entrer dans ce cadre d'événement potentiellement traumatique. C'est l'association complexe de différents facteurs physiques, psychiques et émotionnels (décrits objectivement et/ou subjectivement) qui vont rendre, ou non, l'accouchement traumatique. Dans les situations objectives associées à un traumatisme, on retrouve classiquement : un accouchement prématuré, un accouchement instrumenté, une césarienne en urgence, des complications maternelles comme l'hémorragie de la délivrance et des complications néonatales. Mais le vécu subjectif de la mère et du père est important car il ne sous-tend pas forcément qu'il y ait eu, de manière objective, une menace pour la vie de la mère et/ou du bébé. À contrario, ce n'est pas parce qu'il y a eu événement avec menace objective que le vécu sera traumatique. C'est donc une exploration minutieuse du vécu subjectif qui sera nécessaire pour repérer un psychotraumatisme, même s'il s'agit d'avoir en tête les éventuels facteurs déclenchant décrits ci-dessous.

Par ailleurs, même si l'accouchement a été vécu comme traumatique, cela ne donne pas nécessairement lieu au développement de TSPT. On pourra relever des réactions de stress très brèves de nature transitoire (agitation, anxiété) jusqu'à la dépression post-partum qui partage une importante comorbidité avec le TSPTPP.

¹ Les chiffres de cette introduction sont tirés de l'étude sur l'état des connaissances relatives au trouble de stress post-traumatique du post-partum, dans la Revue Médicale Suisse (voir liste bibliographique).

Facteurs prédictifs de développement d'un TSPTPP en lien avec l'accouchement

On peut distinguer trois catégories de facteurs pouvant conduire à un TSPT :

1 : Les facteurs préexistants au traumatisme :

- Les facteurs de risque relatifs à la psychopathologie maternelle, antérieurs à la grossesse, soit les antécédents de troubles psychiatriques (en particulier dépression et troubles anxieux) et les antécédents d'exposition à des événements traumatiques ;
- Les facteurs de risque en lien avec la grossesse comme la peur de l'accouchement (tocophobie), le caractère non planifié de la grossesse, un mauvais suivi et des complications durant la grossesse elle-même.

2 : Les facteurs relatifs au traumatisme de l'accouchement. Ils concernent autant le déroulement du travail que la mise au monde de l'enfant. On mentionnera ici les éléments cités plus haut comme la césarienne en urgence et l'accouchement instrumenté, ou encore les complications néonatales, mais également la perception qu'aura la femme (et l'homme) du déroulement de l'accouchement : sentiment d'être « pris au piège », perte de contrôle, sensation que l'intégrité physique est menacée, écroulement des croyances de base, etc. Il faut aussi parler des facteurs liés à l'interaction pas toujours heureuse entre le couple et l'équipe soignante comme la perception, de la part du couple, d'un manque d'information et de soutien, ou des propos inadéquats ou mêmes brutaux exprimés par les soignant·es. C'est dans cette catégorie de facteurs de risque qu'entre aussi la perception de la douleur ressentie durant le travail et l'accouchement.

3 : Les facteurs suivant le traumatisme comme la *dissociation péritraumatique* (réactions cliniques très variées traduisant une inadéquation entre l'état émotionnel, l'état cognitif, le comportement de la personne et le contexte : amnésie, déréalisation, manières d'agir automatiques inadaptées au contexte, etc.) et la *détresse psychologique immédiate* (peur intense, tristesse, signes physiques d'anxiété comme une sudation importante, des tremblements, un malaise, etc.). « Le caractère prédictif de ces deux variables a été confirmé pour le TSPTPP en lien avec l'accouchement » (Benzakour et al., 2019, p. 349). Les situations d'isolement social sont également à intégrer dans cette catégorie de facteurs de risque.

Spécificités cliniques du TSPTPP en lien avec l'accouchement

On mentionne une expression clinique du TSPTPP se déclinant autour de la grossesse et de l'accouchement. Selon le DSM-5, le TSPTPP se manifeste par quatre types de symptômes présents au moins sur un mois : l'intrusion ou une réexpérience persistante de l'événement traumatique (flash-backs ou cauchemars), des comportements d'évitement des stimuli associés au traumatisme (aversion pour les relations sexuelles, renonciation à consulter dans la même maternité, même en cas de nécessité, pour la mère ou son enfant, anxiété anticipatoire élevée à l'idée de revivre un accouchement ressenti comme traumatique, etc.), des altérations négatives de l'humeur ou de la cognition, et un état d'hyperactivité neurovégétative (perturbation du sommeil, problèmes de concentration, réaction de sursaut exagérée, etc.).² Ce trouble a aussi la particularité d'influencer les interactions précoces mère-enfant (trouble de l'attachement, limitation de l'allaitement, effets délétères sur le développement et la santé de l'enfant) et sur la relation de couple (comme en matière sexuelle : voir ci-dessous).

Il est ici intéressant de mentionner qu'une partie de la documentation que j'ai trouvée sur le vécu de l'accouchement traumatique ne parle que du vécu de la femme. C'est par exemple le cas de l'étude de 2019 publiée dans la Revue Médicale Suisse. Que dire du vécu de ces hommes, qui, bien que ne vivant pas l'accouchement dans leur corps, ont peut-être eu l'impression que leur femme et/ou leur enfant allait mourir ? Quelles traces cela laisse-t-il chez eux ? Marion Brulebois, dans son mémoire de fin d'étude, nous dit ceci : « Une étude anglaise a montré que le niveau de stress chez les hommes au moment de l'accouchement de leur conjointe était supérieur à celui de la population générale et que ce stress était d'autant plus important s'ils assistaient à l'accouchement et s'ils n'avaient pas le sentiment de remplir leur rôle, ce qui était le cas pour 51% des hommes de l'étude » (Brulebois, 2011, p. 9).

Des écrits provenant principalement de la psychanalyse analysent également le vécu imaginé pour le bébé lors de sa naissance. Que ressent-il lors de l'accouchement, et plus particulièrement lorsque celui-ci est objectivement traumatique ? Que dire de cet enfant qui franchit pour la première et la dernière fois le sexe de sa mère ? Cela serait le thème d'un travail de recherche à lui seul.

² Voir tableau annexe 1.

2.1.5 La reprise des rapports sexuels en post-partum

2.1.5.1 De manière générale

L'arrivée d'un enfant est un bouleversement dans la vie d'un couple qui, la plupart du temps, a déjà une histoire avant cet événement, histoire qui va se poursuivre, ou pas, après la naissance. L'articulation entre couple parental et couple conjugal est délicate et « nécessite un dosage subtil des rôles que seules les deux personnes peuvent assembler, équilibrer puisqu'elles viennent d'une famille différente qui a forgé leur personnalité distincte » (Dewarrat, M., 2017, p. 10).

De manière générale, les difficultés sexuelles rencontrées en post-partum sont fréquentes. Si l'on reprend les chiffres sur la santé sexuelle des femmes après la naissance de leur enfant, 83% présentent des problèmes sexuels à trois mois, et encore 64% à six mois. Seulement 14% des femmes et 12% des hommes ont rapporté ne pas avoir eu de difficultés après l'accouchement. 40 à 64% des femmes et 19 à 64% des hommes redoutent la reprise de la sexualité (Barrette, Pendry & Peacock, 2000, cité dans Goubet, 2018, p. 17).

En plus de **l'ajustement des rôles sociaux** vient s'ajouter de manière presque incontournable **la fatigue** non seulement du séjour à la maternité mais du retour à la maison avec l'adaptation au rythme du bébé et de son alimentation. **La présence ou non du bébé dans le lit conjugal** ou même dans la chambre des parents va également impacter, bien que de manière très différente d'une situation à l'autre, la reprise de la sexualité.

L'épanouissement de la sexualité dans le couple avant la grossesse va aussi influencer sa reprise en post-partum. La grossesse peut être vue comme un renforcement : elle renforce le bonheur ou la mécontente suivant que la sexualité représente un mode de communication habituelle ou non dans le couple (Leuillet & Simonnot, 2018, cité par Goubet, 2018, p. 25). Et si les rapports étaient concentrés sur une idée (plus ou moins consciente) de reproduction, comment sera-t-il envisageable de retrouver du désir pour une sexualité de plaisir ? Il est notamment question ici de couples qui rencontrent des difficultés pour procréer, d'autant plus si cela aboutit à une procréation médicalement assistée. « Un projet de famille peut avoir un réel impact sur la narration fantasmatique en facilitant la composition d'un imaginaire très fusionnel. Une fois la famille constituée, l'imaginaire érotique peut être comme vidé de son contenu. (...) Quelle narration sexuelle pour le futur ? » (Camincher, 2008).

Quel est **le rapport à son corps** ? Comment accepte-t-on, comme femme, qu'il change après un accouchement ? Quel rapport a-t-on à la nudité ? Quel est son degré de pudeur ? Comment le partenaire accepte-t-il ces changements ?

Comment accepte-t-on de voir des seins rendus prioritairement nourriciers et réservés à l'enfant ? Si la jeune mère se sent moins désirable, moins féminine (selon ses propres critères), elle éprouvera alors moins de désir et censurera son érotisme intérieur comme illégitime par manque de repères de désirabilité (Camincher, 2008).

Dans une proportion de 94%, les femmes feraient état d'un problème de santé (incontinence urinaire ou anale, algie lombaire ou périnéale) dans l'année suivant l'accouchement (Colson, 2014, cité par Goubet, 2018, p. 17), altérant ainsi la vie sexuelle. Prenons ici l'exemple de la **cicatrisation du périnée** après une déchirure et/ou une épisiotomie. L'épisiotomie, de part son emplacement médio-latéral, engendre généralement plus de douleur qu'une déchirure médiane, dans le post-partum. Il est maintenant reconnu que le recours à l'épisiotomie doit être très parcimonieux, mais il existe encore de grandes différences dans les pratiques professionnelles concernant le recours à cet acte. Les femmes ayant un périnée intact après l'accouchement reprendraient, de manière générale, une activité sexuelle plus rapidement que les autres (Mc Donald & Brown, 2013, cité par Goubet, 2018, p. 20), mais la césarienne itérative, pour autant, ne serait, elle, pas protectrice de la fonction sexuelle en post-partum (Lurie et al., 2013, cité par Goubet, 2018, p. 20).

La contraception est évidemment une composante importante dans la reprise des rapports sexuels après une naissance. Quel moyen choisir pour se protéger de l'arrivée d'une grossesse, sachant qu'outre les expériences et préférences personnelles, des composantes médicales entrent en ligne de compte, comme la recommandation de ne pas utiliser d'œstrogènes lors de l'allaitement ou de repousser une future grossesse à au moins 18 mois après une césarienne ? La crainte d'une grossesse non désirée ou trop rapprochée et la difficulté à trouver un moyen contraceptif adéquat peut amener le couple à repousser la reprise des rapports sexuels.

La culture et les rites post-partum en vigueur dans cette phase de vie seront importants à prendre en compte. En effet, certaines cultures interdisent la reprise des rapports sexuels avant 40 jours (abstinence traditionnellement utilisée par exemple dans certaines régions d'Afrique comme méthode de régulation de la fécondité et des naissances, mais aussi et notamment prônée par l'Islam, car le sang post-partum est considéré comme impur, voire dangereux, et ne doit pas entrer en contact avec l'homme).

D'un point de vue médical, il a longtemps été question d'attendre le contrôle des six semaines post-partum avant de reprendre une activité sexuelle, ceci sans que l'on tienne compte des particularités physiques de chaque femme (lochies, cicatrisation d'une éventuelle épisiotomie et/ou déchirure).

C'est d'ailleurs encore le message qui prévaut chez une partie des professionnel·les, même si l'on sait maintenant que la reprise de rapports sexuels (on entend ici la pénétration du pénis dans le vagin) peut se faire sans danger à partir du moment où il n'y a plus de lochies et que l'éventuelle plaie périnéale est cicatrisée, période qui peut être très variable d'une femme à l'autre. Certain·es spécialistes du périnée prétendent même que les contractions naturelles que procure l'orgasme sont une forme de rééducation dudit périnée. Le vagin, quant à lui, a connu un élargissement lors du passage du bébé, et il peut être normal de ne pas ressentir immédiatement les mêmes sensations qu'avant l'accouchement, en particulier si la reprise des rapports a lieu avant que la tonicité des tissus soit de retour, sachant que la rééducation périnéale n'est à envisager qu'à environ six semaines après la naissance. **L'allaitement** peut induire de la sécheresse vaginale (baisse des œstrogènes et élévation de la prolactinémie) qui se doit d'être prise en compte pour une pénétration. Les positions à adopter pour les rapports sexuels seront peut-être également à adapter en fonction des endroits les plus sensibles sur les parois vaginales. La femme doit petit à petit se réapproprier cette zone tant exposée et touchée par nombre de personnes durant la grossesse et l'accouchement.

La libido peut être provisoirement en veille (défavorisée par un manque de sommeil, par une dépression ou tout simplement en raison de l'attention consacrée au bébé), mais il ne s'agit pas d'une généralité : à six semaines post-partum, j'ai entendu des femmes qui avaient « désobéi » en reprenant une activité sexuelle avant les six semaines « recommandées » car l'envie était trop forte. Tous les cas de figure sont donc possibles et surtout, rien n'est définitif.

Chez les hommes, même si le vécu varie également, la sexualité est généralement l'une de leur préoccupation en post-partum. Elle peut être l'objet d'inquiétudes sur la possibilité de conjuguer vie parentale et épanouissement sexuel. « Les besoins de validation, de virilité et de sensation d'accomplissement passent aussi, pour certains, par une sexualité épanouie. Il est alors déstabilisant de ne pas retrouver en quelques jours ou quelques semaines les étreintes antérieures, ce qui assombrit du même coup leur vision de l'avenir de leur vie conjugale » (Chadelat & Mahé-Poulin, 2021, p. 352). Pour certains hommes et dans leur esprit, la coexistence de la mère et de l'amante à travers leur femme (tabou observé dans la société de manière générale) n'est pas aisée. Il est par ailleurs intéressant de constater que la plupart des études sur la sexualité post-partum sont menées par des gynécologues, forcément très impliqués dans le suivi de grossesse et de ses suites.

Avec comme conséquence une focalisation sur la femme, souvent rendue responsable des difficultés sexuelles du couple, ou alors, victime par l'accouchement de séquelles physiques ayant des conséquences possibles sur le désir (Camincher, 2008).

Au delà des aspects physiques, **c'est donc finalement les mêmes messages essentiels qui aident au retour d'une sexualité épanouie** : trouver un rythme qui convienne aux deux partenaires dans une communication bienveillante et une écoute empathique. Le premier rapport qui suit l'accouchement peut être abordé comme un premier rapport, au même titre que celui qu'on a eu pour la toute première fois, à cause de la peur de la douleur, mais aussi car après l'intensité de la naissance, la femme peut avoir besoin que l'on prenne des précautions avec elle, que l'on ait de la douceur, de la compréhension, etc. C'est peut-être aussi l'occasion d'en finir avec la pensée qui limite la sexualité à l'acte de pénétration et donc le moment de découvrir l'étendue des possibles dans ce domaine.

2.1.5.2 Après un accouchement vécu comme traumatique.

Les symptômes maternels du stress post-traumatique lié à l'accouchement à deux mois post-partum péjorent la satisfaction de la relation de couple même deux ans après l'accouchement. Selon une étude quantitative de 2007, l'évitement des rapports sexuels créerait la difficulté la plus souvent citée par les couples (Deforges, Sandoz & Horsch, 2020).

Plusieurs études ont été menées sur l'apparition de troubles de la sexualité dans le post-partum en référence à différents éléments comme l'épanouissement sexuel, le désir, le délai avant de reprendre une activité sexuelle, la fréquence des rapports, la présence de dyspareunies, la difficultés à atteindre l'orgasme, etc. Certaines recherches ont par ailleurs tenté de définir les éléments pouvant être à l'origine de ces troubles, comme le mode d'accouchement (voie basse versus césarienne), mais peu se sont penchées sur le rôle du vécu de l'accouchement dans les dysfonctionnements sexuels du post-partum. Il s'agit ici d'une des conclusions du travail de fin d'étude d'une sage-femme française sur le sujet (Brulebois, 2011) portant sur deux cents couples (étude d'observation longitudinale de cohorte). Elle arrive également à la conclusion que le vécu de l'accouchement a un réel impact sur la reprise de la sexualité dans le couple, en visant par exemple la présence du père au moment de la naissance et sa place au moment de l'expulsion. Ce facteur, dit-elle, est tout sauf anodin selon quel choix a été fait et par qui. Elle montre également l'importance de l'impact d'un vécu traumatique de l'accouchement sur l'appréhension de la femme à accoucher une nouvelle fois.

Les conclusions de cette étude soulèvent entre autres points le manque d'informations délivrées aux couples (informations pourtant recherchées et souhaitées par ces derniers) sur la reprise des rapports sexuels en post-partum. Elle note par exemple la gêne de nombreux·ses professionnel·les à aborder ce sujet.

De manière générale, il existe une reconnaissance globale de l'importance à considérer le vécu de l'accouchement comme significatif pour la santé psychologique et sexuelle des hommes et des femmes, mais la problématique est tellement complexe et multifactorielle qu'elle est difficilement mesurable au niveau statistique. Si une expérience positive de l'accouchement peut favoriser des sentiments profonds d'accomplissement personnel, de valorisation et de confiance en soi, l'inverse peut engendrer un stress post-traumatique ayant un retentissement à plusieurs niveaux, dont celui de la sexualité.

2.2 Dimension éthique

Bien vivre la reprise des rapports sexuels en post-partum fait partie intégrante de la santé sexuelle. Celle-ci, selon l'OMS, ne peut être acquise et maintenue que si les droits sexuels de chaque individu sont garantis, protégés et respectés. Ils émanent des droits à la liberté, à l'égalité, au respect de la vie privée, à l'autonomie, à l'intégrité et à la dignité de tout être humain, selon la Déclaration des droits sexuels de l'IPPF³.

Les **droits sexuels** qui concernent plus spécifiquement la sexualité post-partum sont notamment mentionnés aux articles suivants de cette Déclaration :

- **Article 7** : Le droit à la santé et de bénéficier des progrès de la science. « Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'elle soit capable d'atteindre, ce qui comprend les déterminants sous-jacents à la santé et l'accès aux soins de santé sexuelle pour la prévention, le diagnostic et le traitement de toute prévention, problème ou pathologie sexuelle ». Cet article, par exemple, défend le droit de désirer des rapports sexuels sans risque afin de ne pas avoir à subir une grossesse non désirée, ou encore la prévention de la dépression post-partum qui aura une influence sur la reprise de la sexualité post-partum.
- **Article 8** : Le droit à l'éducation et à l'information. « Toute personne, sans discrimination aucune, a droit à l'éducation et à l'information nécessaire et utile à l'exercice de sa citoyenneté dans les sphères privées, publiques et politiques ».

³ International Planned Parenthood Federation.

Il s'agit notamment du droit d'accès à une information livrée dans un langage compréhensible pour être renseigné·e sur les moyens de veiller à sa santé sexuelle et reproductive. Il est bien question ici de l'information de qualité qui doit être donnée pour la santé sexuelle en post-partum.

- **Article 9** : Le droit de choisir de se marier ou non et de fonder et planifier une famille et de décider d'avoir ou non des enfants, quand et comment. Cet article comprend l'idée d'une information claire et précise à donner non seulement à la femme, mais aussi à son conjoint sur la reprise de la fertilité en post-partum et sur les moyens de contraception qu'il est possible d'utiliser durant cette période.

Dans le cadre d'un travail plus conséquent, il aurait été pertinent de s'intéresser à la thématique très actuelle des violences gynécologiques et obstétricales, définies par Marie-Hélène Lahaye (2016) comme : « Tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente ». Mais quand peut-on parler de violence obstétricale (éthiquement et même juridiquement répréhensible), et quand est-ce que c'est le ressenti propre au vécu de la personne qui entre en jeu ? À travers les lectures que j'ai pu faire sur le sujet, j'ai eu l'impression que ces deux manières de percevoir un événement étaient souvent mises en opposition : pour le personnel de la santé, c'est généralement la femme ou le couple qui a un vécu traumatique, alors que ces derniers peuvent désigner le personnel comme ayant fait preuve de violence obstétricale. A mon avis, trois situations peuvent survenir sans s'opposer :

- 1 : il existe un vécu traumatique de l'accouchement sans que la femme, l'homme ou le couple ne se sente victime(s) de violences obstétricales ;
- 2 : la femme, l'homme ou le couple a subi des violences obstétricales sans qu'il y ait un vécu traumatique ;
- 3 : la femme, l'homme ou le couple a subi des violences obstétricales, et il y a un vécu traumatique.

Ces nuances sont importantes pour que soient pris en compte non seulement le vécu de la femme, de l'homme, du couple, mais également celui du personnel, ceci en partant du principe qu'il existe effectivement des violences gynécologiques et obstétricales qu'il s'agit de repérer et de condamner.

3. Discussion et retour dans la pratique

3.1 Prévenir le vécu traumatique de l'accouchement et ses répercussions

Il semble qu'il n'existe pas à ce jour de données suffisamment solides et consensuelles auxquelles se référer pour prendre en charge des personnes souffrant de vécus traumatiques en lien avec l'accouchement. Mais certaines stratégies existent qui peuvent tout de même être mentionnées :

- repérer, pendant la grossesse, les femmes à risque de troubles traumatiques (prévention primaire de dépistage de risques de troubles psychiques chez les femmes enceintes) ;
- agir par des actions thérapeutiques précoces dans les suites immédiates de l'exposition à un événement traumatique (prévention secondaire inspirées de techniques cognitivo-comportementales). À savoir que le débriefing de l'accouchement, bien qu'abondamment pratiqué, n'a pas démontré son efficacité sur la prévention du TSPT (Benzakour et al., 2019, p. 350) ;
- effectuer une tâche visio-spatiale (comme le jeu vidéo Tetris) dans les six heures post événement traumatique. Ceci inhiberait la consolidation du souvenir (selon les résultats préliminaires d'une étude récente du CHUV⁴) ;
- utiliser la technique de l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), technique de référence dans le traitement du TSPT.

À travers l'avènement, au cours de ces dernières années, des questions sur les violences gynécologiques et obstétricales, certains établissements hospitaliers ont mis en place de nouvelles prestations visant autant à prévenir qu'à détecter un vécu traumatique de l'accouchement et ses répercussions dans le post-partum. Le CHUV a par exemple introduit deux entretiens avec la femme ou le couple : l'un en prénatal pour parler du projet de naissance (attentes, craintes, etc.) et l'autre en post-partum pour parler du vécu d'accouchement en offrant un espace d'écoute, de partage et d'information sur le déroulement des faits à postériori. Cet entretien sert également à diriger la mère, le père ou encore le couple vers des professionnel·les ou des associations pouvant leur venir en aide. Lors de mes recherches, j'ai découvert une association basée dans le canton de Vaud, (Re)Naissance⁵, consultée par le CHUV lors de la mise en place des entretiens.

⁴ Étude actuellement menée par Antje Horsch et son équipe

⁵ Association (Re)Naissances : <https://www.re-naissances.com>

Cette association, uniquement composée de personnes ayant vécu un accouchement traumatique, propose des rencontres une fois par mois pour échanger de manière très spontanée et libre sur leur vécu traumatique autour de la naissance d'un enfant. Elle a pour but le partage d'expériences, mais également la mise en contact avec des professionnel·les en cas de besoin. L'association travaille notamment avec le centre d'activités et de thérapies en santé sexuelle « Sexopraxis » qui propose un volet spécifique sur la sexualité périnatale⁶. Elle travaille aussi en collaboration avec les deux écoles de sages-femmes de Suisse romande dans le cadre de cours sur l'accouchement traumatique et de possibles violences obstétricales.

3.2 Place du·de la spécialiste en santé sexuelle dans la problématique

Comme je l'ai dit en introduction, j'ai travaillé sur cette question à la suite d'une consultation que j'ai eue au Centre de Santé Sexuelle de Tavannes. Je pense pouvoir dire que j'ai alors réellement pris conscience de l'enjeu que peut représenter la reprise des rapports sexuels en post-partum après un accouchement traumatique. Je suis donc convaincue que même si d'autres personnes sont déjà intervenues en amont du ou de la spécialiste en santé sexuelle, cette dernière occupe un rôle important dans cette problématique : c'est parce qu'il y a eu sexualité qu'il y a parentalité !

Dans les lignes qui suivent, je resterai focalisée sur le rôle du·de la spécialiste en Santé Sexuelle, même si on pourrait aussi examiner celui des gynécologues et des sages-femmes, spécialistes de la sphère génitale de la femme, et pourtant encore si souvent bloqués par les tabous entourant la sexualité.

3.2.1 Consultations du·de la spécialiste en santé sexuelle dans le post-partum en milieu hospitalier.

Ce sujet a fait l'objet d'un travail de diplôme lors de la volée 2019 en Santé Sexuelle et je n'y reviendrai donc pas en détail. Cependant, ayant pu moi-même expérimenter ces consultations post-partum lors de mon stage en conseil et les comparer avec mon expérience de sage-femme, je souhaite en dire ici quelques mots.

⁶ Centre Suisse consacré aux sexualités, aux couples et à la périnatalité : <https://www.sexopraxis.ch>

J'ai réalisé qu'étant donné le peu de disponibilités (psychique et temporelle) de la femme (éventuellement du couple) après l'accouchement, l'important était de transmettre un minimum de messages très pragmatiques :

- il est possible d'être à nouveau enceinte rapidement après avoir accouché, même si le retour de couche n'est pas survenu ;
- tous les moyens de contraception ne sont pas recommandés en post-partum ;
- l'allaitement peut constituer un moyen de contraception, mais seulement dans des circonstances bien particulières ;
- les rapports sexuels peuvent reprendre avant le contrôle à six semaines chez le·la gynécologue/sage-femme pour autant que les deux partenaires se sentent prêt·es, que les lochies aient disparus et que l'éventuelle plaie périnéale soit cicatrisée ;
- il existe des Centres de Santé Sexuelle où les consultations sont gratuites et on peut venir y parler de ces sujets quand on le souhaite, quand on considère que c'est le bon moment (indications sur le centre le plus proche et données des contacts).

Comme mentionné ci-dessus, il est d'usage pour le·la sage-femme de donner des conseils de sortie avant le retour de la maman et de son bébé à la maison. Ces conseils incluent les thèmes cités précédemment et bien d'autres encore (prévention de la dépression post-partum, soins au nouveau-né, etc.) entourant la période de post-partum. Le moment le plus opportun pour ces informations peut être choisi en fin de séjour afin que les conditions nécessaires à l'intégration des informations soit maximale, en favorisant par exemple également la présence du la conjoint. Après avoir lu des documents à ce sujet et expérimenté ces entretiens en tant que conseillère en santé sexuelle, j'estime que le post-partum « immédiat » n'est pas, dans bien des cas, le moment opportun pour détailler davantage d'informations que celles mentionnées ci-dessus en matière spécifique de santé sexuelle.

Voyons donc ce qui peut être fait par la suite.

3.2.2 Consultations du·de la spécialiste en santé sexuelle dans un centre spécialisé.

Choix d'un nouveau moyen contraceptif, manque de désir sexuel, dyspareunie, grossesse non-désirée, autant d'éléments qui seront peut-être les premières portes d'entrée que choisira la femme ou le couple pour venir consulter dans un centre de santé sexuelle. Je ne reviendrai pas ici sur les savoirs spécifiques à posséder en lien avec la contraception post-partum, mais uniquement sur les particularités du conseil après un accouchement traumatique.

Il existe tout d'abord un frein sociétal à parler de maternité traumatique, surtout si c'est un vécu subjectif qui le cautionne. Comme nous l'avons vu précédemment, il est difficile d'aborder des difficultés rencontrées durant cette période tant celle-ci est associée à un événement positif. Il faut avoir cet élément en tête pour faciliter le récit de la personne. « Votre expérience doit être reconnue pour ce qu'elle est : une épreuve traumatique, dont la violence a provoqué des lésions. Cette reconnaissance atténue le sentiment de culpabilité d'avoir échoué à *bien* mettre au monde l'enfant, sentiment tenace dont parle encore, à son gynécologue, une femme de 90 ans... » (Dewarrat, 2017, p. 31). Par ailleurs, il n'existe pas de « spécialiste du post-partum » et la femme, le couple, peuvent ne pas savoir vers qui se tourner pour parler spécifiquement du vécu de l'accouchement si cela ne leur est pas proposé. Il faut donc tirer parti des occasions qui se présentent pour aborder ce sujet.

Ce que Sándor Ferenczi (neurologue et psychanalyste hongrois) précise concernant le traumatisme est l'élément suivant : le traumatisme psychique est bien lié à un événement objectif, mais ce qui est finalement traumatisant, c'est l'absence de mots autour de cet événement. Le silence et les non-dits qui entourent le drame, ainsi que sa non-reconnaissance par l'entourage de la personne qui le vit, est en fait plus traumatisant que l'événement lui-même. La résolution psychique passe nécessairement par la reconnaissance de l'événement en l'amenant à la remémoration (Ferenczi, 2006, p. 20). Donc si le-la spécialiste en santé sexuelle s'avère être la première personne à qui le traumatisme est révélé, il est primordial que le rôle d'écoute active, empathique et bienveillante soit au premier plan de l'entretien.

Même si, comme nous l'avons vu précédemment, ce n'est pas la qualité de l'événement en soi qui va engendrer le traumatisme, il est important d'avoir en tête les facteurs favorisant le vécu traumatique d'un accouchement, pour pouvoir les repérer dans le récit de la femme ou du couple et au besoin les mettre en lien. Pour rappel, il existe des facteurs préexistants au traumatisme, comme certaines fragilités psychiques, des facteurs liés au traumatisme (une césarienne en urgence ou un accouchement prématuré), et des facteurs suivant le traumatisme telle que la détresse psychologique immédiate.

Dans les facteurs préexistants au traumatisme, il est également mentionné l'exposition précédente à un traumatisme. Les abus sexuels et l'inceste en font partie, et comme spécialiste en santé sexuelle, il est important de le garder à l'esprit (en France par exemple, une personne sur dix affirme avoir été victime d'inceste, dont 78% de femmes). Monique Bydlowski (psychiatre et psychanalyste française) parle de « transparence psychique » en évoquant la grossesse jusqu'au post-partum. Cela signifie, d'une certaine manière, que la mère rejoue son histoire, et sa psyché s'ouvre à toute la partie refoulée de cette dernière.

Lorsque l'enfance est jonchée de maltraitances, d'actes incestueux et d'abus en tout genre, ces souvenirs enfouis remontent à la surface durant cette période périnatale. M. Bydlowski insiste sur l'idée que la confrontation au réel de l'enfant lors de l'accouchement vient matérialiser l'abus sexuel, ce qui peut provoquer des réactions de terreur ou de dégoût. Le surgissement de ces traumatismes terribles peut par exemple provoquer des attitudes de prise de distance avec le bébé parce que la forte dépendance relationnelle vient rappeler le rapport étouffant à l'autre. La mère peut aussi éprouver des difficultés à s'occuper de cet enfant de peur d'être incestueuse face à son bébé. Ces traumatismes de l'inceste ou de l'abus de manière générale sont des facteurs aggravants dans le lien à l'enfant, mais ils ont également des conséquences sur la relation au·à la conjoint·e (Chadelat & Mahé-Poulin, 2021, p. 361).

Le caractère non-planifié de la grossesse est aussi un facteur prédictif de vécu traumatique de la naissance. Les spécialistes en santé sexuelle sont confronté·és à ce genre d'événement et ils peuvent être en première ligne pour mettre en place un suivi spécifique par d'autres professionnel·les si nécessaire.

Ils doivent en outre avoir une bonne connaissance du réseau de professionnel·les et d'associations qui pourront intervenir lors de difficultés dans la période de périnatalité, comme les spécialistes en rééducation périnéale, les gynécologues, les pédiatres, les pédopsychiatres, les sexologues, les groupes d'entraide, etc. Le·la sexothérapeute spécialisé·e en sexoanalyse peut notamment intervenir pour mettre à jour, à l'aide d'entretiens thérapeutiques, les modes de construction de l'inconscient sexuel après l'arrivée de l'enfant.

4. Conclusion

La période de vie entourant la grossesse et le post-partum est sans aucun doute une période jalonnée de nombreux changements au sein du couple. Les changements physiques chez la femme, les changements psychologiques et sociaux pour chacun·e des partenaires rendent cette période autant enrichissante que fragile. Et pour la femme surtout, le poids sociétal est important : « Dans un système qui porte la maternité aux nues, les souffrances des femmes en période de post-partum sont immédiatement invalidées puisqu'elles ont eu la « bonne fortune » d'être devenues mères : se plaindre d'une expression de la maternité, c'est trahir son genre » (Weizman, 2021, p. 142). Si l'on tient compte de ce tabou sociétal du corps de la femme en post-partum, ainsi que de celui qui entoure encore de nos jours la sexualité, on se trouve confronté à deux difficultés majeures pour aborder la sexualité dans la période de post-partum et prendre en charge ses éventuelles difficultés.

Or il est capital de tenir compte de cet aspect, la sexualité contribuant à la santé globale de la personne. Et si la période de post-partum est souvent le reflet de difficultés au niveau de la sexualité du couple (diminution ou absence de désir, troubles de l'excitation sexuelle, troubles de l'orgasme, troubles de la pénétration ou douleurs génito-pelviennes) elle revêt une importance capitale au niveau de la santé publique car elle peut être le signe d'un état dépressif, d'une dégradation de la relation de couple pouvant entraîner un climat de violence conjugal et des troubles de développement chez l'enfant. Il est donc primordial de ne pas banaliser ce quatrième trimestre de la grossesse trop souvent délaissé par les professionnel·les de la santé. La période de grossesse est une période de « perméabilité psychique », selon les mots de Monique Bidlowski, durant laquelle on doit favoriser le dialogue notamment autour de la notion de sexualité, et de relation de couple de manière plus générale. Cependant, la difficulté réside souvent dans le fait d'aborder le sujet : moins d'un tiers des personnes souffrant d'un trouble sexuel ose en parler à un·une professionnel·le de la santé alors que plus de 70% de ces spécialistes estiment qu'il serait judicieux d'en discuter. Parallèlement, la majorité des soignant·es n'abordent pas la question de la sexualité en l'absence de plainte spécifique dans ce domaine (Van der Schueren, 2004 ; Foucault, 2011, cité par Goubet, 2018, p. 6). La sexualité évoque une image mystérieuse, sacrée et secrète. D'ailleurs, parler de sexualité, c'est parler de soi, de ses émotions, c'est toucher à l'intime et donc à l'affectif, aux sensations et à la personnalité. C'est par sa subjectivité qu'émergent toute la complexité de la sexualité et toute la difficulté de l'aborder. Ainsi le tabou persiste, entretenu par le manque de connaissances (Goubet, 2018, p. 6).

La sexualité inquiète et questionne car elle marquée par un devoir de performance : « On doit s'épanouir dans la maternité si on veut être heureux dans son couple, on doit avoir une sexualité réussie » (Foucault, 2011 ; Weigand & Bianchi-Demicheli, 2013, cité par Goubet, 2018, p. 6). Ainsi peut apparaître une angoisse de performance, un sentiment de culpabilité, de honte, qui à son tour peut amener à des dysfonctions sexuelles et/ou des perturbations relationnelles (Goubet, 2018, p. 6). Renouer avec son corps sexuel en post-partum n'est donc pas chose aisée. Chaque couple est différent et doit trouver les modalités d'une reprise de l'activité sexuelle dans une temporalité qui lui est propre. Par ailleurs on peut légitimement parler d'une « nouvelle » perception de la sexualité en période de post-partum depuis l'avènement de la contraception, car même si la préoccupation autour de cette dernière reste présente, le désir était auparavant bien secondaire par rapport au risque de grossesse non-désirée ou trop précoce après l'accouchement.

Si la sexualité post-partum, de prime abord, ne va déjà pas de soi, même lorsque l'accouchement a été bien vécu par le couple, il est évident qu'un ou des traumatismes liés à cet événement engendrent encore davantage de problèmes, notamment dans le domaine de la sexualité.

Le concept de santé sexuelle propose un schéma d'interventions professionnelles visant non seulement à promouvoir, à maintenir mais encore à développer la santé sexuelle des populations, ceci par le biais de l'information et l'éducation, le conseil ou le counselling et la thérapie, et même si le·la sage-femme et le·la gynécologue restent les interlocuteur·trices souvent privilégié·es, le·la spécialiste en santé sexuelle a toute sa place dans ce qui est de l'éducation et du conseil en matière de santé sexuelle durant la période de périnatalité. Si la question de sa place en post-partum « immédiat » est questionnable, elle est par contre parfaitement légitimée par la suite dans un centre de santé sexuelle, avec peut-être comme porte d'entrée principale le sujet de la contraception. Il est important que le·la spécialiste en santé sexuelle connaisse les enjeux de la sexualité post-partum : historique d'abus sexuels, d'inceste, histoire du début de grossesse (désiré ou non), antécédent d'interruption de grossesse, relation de couple et sexualité avant et pendant la grossesse, vécu de l'accouchement, adaptation lors du retour à la maison, etc. Ce·cette même spécialiste doit bien connaître le réseau médico-psycho-social vers qui la femme, l'homme, le couple peuvent être dirigés. Et par dessus tout, sachant les difficultés probables à aborder des sujets comme le vécu problématique du post-partum, d'autant plus dans le domaine de la sexualité, le·la spécialiste en santé sexuelle doit pouvoir accueillir le témoignage de la personne avec empathie, écoute active et bienveillance.

5. Liste de références bibliographiques

- Benzakour, L., Epiney, M. & Girard, E. (2019). État des connaissances sur le trouble de stress post-traumatique du post-partum. *Revue Médicale Suisse*, 637, 347-350.
- Brulebois, M. (2011). *Vécu de l'accouchement et reprise de la sexualité dans le post-partum*. Editions universitaires européennes.
- Camincher, A. (2008). Place de la sexoanalyse dans les problèmes de désir du couple après un accouchement. *Revue internationale de SEXO@nalyse*, n°2.
- Chadelat, C & Mahé-Poulin, M. (2021). *Le mois d'or. Bien vivre le premier mois après l'accouchement*. Presses du Châtelet.
- CHUV. (2021, 14.05). Votre accouchement, parlons-en.
<https://www.chuv.ch/fr/dfme/dfme-home/femme-mere/grossesse-accouchement/accoucher-a-la-maternite/votre-accouchement-parlons-en-nouveau-dispositif-au-chuv>
- Coutanceau, R., Smith, J. & Lemitre, S. (2012). *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*. Dunod.
- Deforges, C., Sandoz, V. & Horsch, A. (2020). Le trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement. *Périnatalité*, volume 12.
- Dewarrat, M. (2017). *Le désir après bébé. Devenir parents et rester amants*. Eyrolles.
- Di Folco, P. (2010). *Dictionnaire de la mort*. Larousse.
- Ferenczi, S. (2006). *Le traumatisme*. Editions Payot.
- Goubet, L. (2018). *Santé sexuelle et post-partum : à la maternité, quelles sont les préoccupations maternelles ?* [Mémoire pour le diplôme interuniversitaire d'étude de la sexualité humaine]. Université de Lorraine, Metz.

Le Grand Robert de la langue française. (s. d.). Editions Le Robert. (2021, 09.02).

<https://grandrobert.lerobert.com/robert.asp>

Manzanares, F. (2019). *Consultation en santé sexuelle durant le post-partum immédiat en milieu hospitalier : quels enjeux pour la pratique ?* [Travail de DAS en Santé Sexuelle non publié]. HETS.

Parrat, C. (2019). *Mobilisations féministes autour des violences gynécologiques et obstétricales : enjeux pour la pratique en santé sexuelle* [Travail de DAS en Santé Sexuelle non publié]. HETS.

Santé Sexuelle Suisse. (2021, 17.07).

<https://www.sante-sexuelle.ch/themes/droits-sexuels>

Weizman, I. (2021). *Ceci est notre post-partum*. Marabout.

6. Annexe

6.1 Tableau des critères diagnostiques du TSPT du postpartum du DSM-5

| TABLEAU 1 | | Critères diagnostiques du TSPT du postpartum du DSM-5 |
|---|--|---|
| Critères DSM-5 | TSPT du postpartum en lien avec l'accouchement | |
| Critère A Événement traumatique | L'accouchement au cours duquel l'individu est confronté à la mort ou à la menace de mort, à la blessure grave ou à la menace de blessure grave de soi et/ou de son bébé | |
| Critère B Syndrome d'intrusion (> 1 manifestation) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants relatifs à l'accouchement et provoquant un sentiment de détresse 2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu/et ou l'affect sont liés à l'accouchement 3. Réactions dissociatives où l'individu se sent/agit comme si l'accouchement allait se reproduire (continuum de dissociation) 4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes (par exemple: vue d'une femme enceinte, de l'hôpital, ...) 5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer l'accouchement (par exemple: vue d'une femme enceinte, de l'hôpital, ...) | |
| Critère C Évitement persistant des stimuli (> 1 manifestation) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques relatifs à l'accouchement et provoquant un sentiment de détresse 2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes qui réveillent des souvenirs en lien avec l'accouchement (personnes, endroits...) qui réveillent des souvenirs, pensées ou sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse | |
| Critère D Altérations négatives des cognitions et de l'humeur (> 2 manifestations) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Incapacité à se rappeler un aspect important de l'accouchement 2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées de soi-même, d'autres personnes ou du monde 3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences de l'accouchement qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes 4. Etat émotionnel négatif persistant | |
| Critère E Altérations persistantes d'activation neurovégétative (> 2 manifestations) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Comportement irritable, accès de colère avec une agressivité verbale ou physique envers des personnes/objets 2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur (conduite à risque, consommation de toxiques, automutilation) 3. Hypervigilance 4. Réaction de sursaut exagérée 5. Problèmes de concentration 6. Perturbation du sommeil | |
| Critère F | La durée de la perturbation (critères B, C, D, et E) est de plus d'1 mois | |
| Critère G | La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants | |
| Critère H | La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments, alcool) ou d'une autre condition médicale | |
| Sous-type dissociatif (> 1 symptôme) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dépersonnalisation (expériences persistantes de détachement de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps) 2. Déréalisation (expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement) | |