

Mémoire



Université  
de Limoges

**Faculté de Médecine  
Ecole de Sages-femmes de Limoges**

**Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-femme  
2015-2016**

# **Impact des antécédents de violences sexuelles sur la maternité**

**Présenté et soutenu publiquement le 29 août 2016**

**Par**

**Laëtitia LEGRAND**

Née le 6 octobre 1992, à Limoges

**Directeur : Marie-Hélène ORLIAGUET**

**Guidant : Valérie BLAIZE-GAGNERAUD**



## Table des matières

INTRODUCTION .....	3
1. LA PRESENTATION DE L'ETUDE.....	6
1.1. Méthode.....	6
1.2. Les difficultés rencontrées.....	7
1.3. Les points forts de l'étude.....	8
2. RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION.....	9
2.1. Présentation de la population et des violences sexuelles.....	9
2.1.1. Les caractéristiques socio-démographiques .....	9
2.1.2. Les violences sexuelles.....	10
2.1.3. La révélation des violences.....	11
2.1.4. Une fragilité psychologique.....	12
2.2. La période de la grossesse .....	13
2.2.1. Une grossesse désirée ?.....	13
2.2.2. La transformation physique de la grossesse .....	15
2.2.3. Le déroulement de la grossesse.....	16
2.2.4. Une grossesse suivie.....	17
2.2.5. Des touchers vaginaux mal vécus .....	18
2.3. L'accouchement .....	21
2.3.1. Des dystocies de démarrage.....	21
2.3.2. La peur de l'accouchement.....	22
2.3.3. Des accouchements dystociques .....	24
2.4. Le post-partum.....	25
2.4.1. Les interactions précoces et l'établissement du lien mère enfant .....	25
2.4.2. L'alimentation au sein .....	29
2.4.3. Un père très présent, un pilier pour les femmes.....	31
2.4.4. Baby blues et dépression du post-partum.....	32
3. Propositions .....	34
3.1.1. La formation .....	34



3.1.2.	Un positionnement professionnel juste .....	34
3.1.3.	Des méthodes différentes pour les touchers vaginaux .....	35
3.1.4.	Le dépistage .....	35
3.1.5.	L'orientation .....	36
CONCLUSION.....		37
Références bibliographiques .....		38
Annexes .....		41
ANNEXE I.	Lettre de demande d'autorisation.....	41
ANNEXE II.	Courrier expliquant l'étude .....	42
ANNEXE III.	La grille de recueil de données et le guide d'entretien .....	43
ANNEXE IV.	Tableau récapitulatif de la population et des violences sexuelles .....	46
ANNEXE V.	Entretien Mme D .....	48



## INTRODUCTION

---

Les violences sexuelles faites aux femmes concernent un nombre important de victimes. En effet, chaque année, en moyenne 84 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de viols ou de tentatives de viols en France, soit 0,4% de la population totale française d'après l'enquête CVS<sup>1</sup> de 2010 à 2015. (1) Elles constituent donc un véritable problème de santé publique.

Selon l'OMS<sup>2</sup>, les violences sexuelles sont définies comme « tout acte sexuel, tentative d'acte sexuel ou tout autre acte exercé par autrui contre la sexualité d'une personne en faisant usage de la force, quelle que soit sa relation avec la victime, dans n'importe quel contexte. » (2) Cette définition prend en compte le viol, défini par le code pénal comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par la violence, contrainte, menace ou surprise ». Tout acte de pénétration sexuelle est visé, que ce soit buccale, vaginale, anale, par le sexe, par le doigt, ou par un objet. (3)

Elle comprend également les agressions sexuelles, définies comme « un acte à caractère sexuel sans pénétration omis sur la personne d'autrui, par la violence, contrainte, menace ou surprise ». Il peut s'agir par exemple de caresses ou d'attouchements de nature sexuelle.(3)

Le sujet des violences sexuelles demeure difficile à aborder en raison d'un sentiment de honte et de culpabilité chez ces femmes. Cette difficulté est mise en évidence à travers le faible pourcentage de dépôts de plaintes contre agressions sexuelles : 21% des victimes se sont rendues au commissariat ou à la gendarmerie, 10% ont porté plainte et 7% ont déposé une déclaration de main courante selon l'enquête CVS de 2010 à 2015. (1)

Face à ces chiffres alarmants, des actions ont été mises en place avec le lancement de la campagne nationale contre les violences faites aux femmes : « Face aux violences, libérons la parole ». Cette campagne, débutée en 2013, est à l'origine d'un site internet : <http://stop-violences-femmes.gouv.fr> (4) et d'un numéro pour tout renseignement : 3919.

---

<sup>1</sup> Cadre de Vie et Sécurité

<sup>2</sup> Organisation Mondiale de la Santé



La loi du 4 août 2014 « pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes » a rendu obligatoire la formation des professionnels de santé sur les violences faites aux femmes. Dans ce cadre, la MIPROF<sup>3</sup> met à disposition des kits de formation afin d'aider les professionnels de santé à repérer ces femmes, les prendre en charge et les orienter. (5) Ces kits sont composés chacun d'un court-métrage « Anna » (6) et « Elisa » (7) et de livrets d'accompagnement spécifique en fonction des professions. Depuis 2015, deux dispositifs innovants sont en expérimentation, avec pour objectif de faciliter et fluidifier le parcours de sortie des violences : la mise en œuvre de conventions régionales santé/police/justice coordonnées par les ARS<sup>4</sup> et la mise en place de référents « violences faites aux femmes » dans les services d'urgences des établissements de santé. (5)

Selon Muriel SALMONA, psychiatre française, les violences sexuelles ont des conséquences graves sur la santé physique mais également mentale. (8)

En 2013, Emmanuelle MONTACLAIR, étudiante sage femme, réalise une étude intitulée « Le rôle de la sage femme et du gynécologue-obstétricien dans la prise en charge des patientes enceintes ayant été victimes de violences sexuelles dans leur passé » (9). Elle montre que la majorité des professionnels de santé (81,1%) s'est sentie démunie au moins une fois face à des patientes victimes de violences. D'autre part, cette étude met en évidence le manque de connaissances des professionnels de santé en matière de violences sexuelles que ce soit sur la définition des différentes violences sexuelles mais aussi sur les conséquences qu'elles peuvent engendrer.

Ainsi, nous nous sommes questionnées sur les conséquences des antécédents de violences sexuelles sur la maternité et sur l'établissement du lien mère enfant. Pour répondre à notre problématique, nous avons décidé de cibler cette période précise de la vie des femmes victimes de violences sexuelles : la période de la maternité.

La maternité est généralement synonyme de bonheur à l'approche d'un heureux évènement : la naissance d'un enfant. Cependant, c'est également une période où une fragilité psychologique peut être observée. Selon Monique BYDLOWSKI, psychiatre française, psychanalyste et directeur de recherche de l'INSERM<sup>5</sup>, un état de transparence psychique au cours de la grossesse déclenche une réactualisation de la conflictualité infantile et des

<sup>3</sup> Mission Interministérielle de Protection des Femmes contre les violences et de lutte contre la traite des êtres humains

<sup>4</sup> Agences Régionales de Santé

<sup>5</sup> Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale



éventuels évènements traumatiques associés. Des éléments inconscients peuvent alors revenir à la surface du conscient, lors de rêves, de passage à l'acte, de flashes ou de réminiscences plus élaborées. (10)

Nous avons donc émis l'hypothèse d'une réactivation des souvenirs traumatiques des violences sexuelles majorée par cette transparence psychique, pouvant rendre le vécu de la grossesse délicat. Nous avons également recherché l'existence de complications obstétricales en pré, per et post-partum en lien avec les violences sexuelles. Nous nous sommes particulièrement intéressées aux examens obstétricaux réalisés au cours du suivi de grossesse et de l'accouchement ainsi qu'à l'expulsion à proprement parler. Pour finir, nous avons supposé une perturbation lors de l'établissement du lien mère-enfant.

Au final, l'objectif de ce travail est d'aider les professionnels de santé à mieux connaître et à prendre en charge plus aisément les femmes victimes de ce type de violences. C'est pourquoi nous tenterons de proposer des axes de prise en charge concernant le suivi de la grossesse, la prise en charge du travail et de l'accouchement ainsi que du post-partum.



# **1. LA PRESENTATION DE L'ETUDE**

## **1.1. Méthode**

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs. C'est l'outil méthodologique qui nous a semblé le plus adapté afin de répondre au mieux à notre problématique. En effet, ce type d'entretien permet de ne pas restreindre le discours des femmes mais de leur laisser la possibilité de le développer, tout en orientant leurs propos. Il s'agissait d'analyser le contenu des différents témoignages des patientes et non pas de réaliser une étude statistique. Ainsi le nombre restreint d'entretiens, à savoir dix, a permis d'analyser au mieux le discours livré par ces femmes.

La population étudiée comprend des femmes victimes de violences sexuelles au cours de leur vie et ayant accouché entre janvier 2015 et janvier 2016 à l'hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges ou dans des maternités du Limousin (Centre Hospitalier de Saint-Junien, Clinique des Emailliers). Ont été exclues de l'étude les femmes dont la grossesse a été interrompue (fausses couches, morts fœtales in utéro, interruptions volontaires de grossesse (IVG), grossesses extra-utérines), les jeunes filles mineures, les femmes ayant accouché sous X, les femmes ne parlant pas ou ne comprenant pas le français, les femmes présentant des difficultés d'ordre psychiatrique.

Avant le recrutement des patientes, une explication de l'étude et une lettre de demande d'autorisation ont été envoyées aux cadres sages-femmes de l'hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges, du Centre Hospitalier de Saint-Junien ainsi qu'aux sages-femmes de la PMI<sup>6</sup> de Limoges. ANNEXE I Puis un courrier expliquant l'étude a été remis aux femmes répondant à nos critères de recrutement par les sages-femmes réalisant les EPP<sup>7</sup> et les sages femmes de la PMI de Limoges. ANNEXE II Les patientes acceptant de participer à l'étude ont laissé leurs coordonnées afin de pouvoir les recontacter, ce que nous avons fait dans le mois suivant la naissance afin de fixer un rendez-vous. Avant chaque contact avec la patiente, une enquête préliminaire a été effectuée à l'aide du dossier obstétrical de la femme et des

---

<sup>6</sup> Protection Maternelle et Infantile

<sup>7</sup> Entretien Périnatal Précoce



données du STAFF psychosocial lorsqu'il était possible d'y avoir accès, cela afin de vérifier l'absence de données pouvant l'exclure de l'étude. Les entretiens ont été menés à l'aide d'un guide dans le but de recueillir le maximum de données permettant de répondre aux hypothèses de recherche et d'harmoniser les thèmes abordés. ANNEXE III

Nous avons donc réalisé 10 entretiens en face à face. Huit femmes nous ont reçues à leur domicile, une a souhaité nous rencontrer hors de son domicile, l'entretien a été réalisé à l'école de sages femmes. Pour finir, un entretien a été effectué dans une chambre de l'unité kangourou à l'hôpital de la mère et de l'enfant de Limoges. Parmi les 10 entretiens, 8 ont été réalisés avec la patiente seule et 2 entretiens ont été effectués en présence de leur conjoint par souhait de la femme. Après accord, les entretiens ont été enregistrés et retranscrits dans leur intégralité.

L'analyse des entretiens nous a permis de mettre en évidence trois thèmes : les complications et particularités retrouvées en cours de grossesse, mais aussi au cours du travail et de l'accouchement, ainsi que dans le choix de l'allaitement et de l'établissement du lien mère-enfant.

Dans le même temps, afin de déceler un problème d'ordre psychologique pouvant nécessiter une prise en charge, les entretiens ont été lus par une psychologue, Marie-Hélène ORLIAGUET.

## **1.2. Les difficultés rencontrées**

La première difficulté a été le recrutement des patientes. En effet, peu de sages femmes posent la question des violences sexuelles et se sentent à l'aise à l'idée de poser cette question et de présenter notre étude aux patientes. Par conséquent, seulement trois sages femmes ont participé au recrutement de nos patientes. Il a donc été difficile d'obtenir dix entretiens, cela s'est fait sur plus d'un an. Le choix du lieu de recrutement est important et a peut être eu un impact sur notre étude. En effet, la sage femme ayant recruté le plus de patientes est une sage femme de la PMI. Nous pouvons également nous poser la question de l'effet blouse blanche puisque les sages femmes en structure hospitalière ont pu recruter seulement une patiente chacune. En effet, une des sages femmes nous a fait part de la difficulté. Les femmes répondaient à la question sur les violences subies mais ne souhaitaient pas en parler au cours d'un entretien. Nous pouvons supposer le faible taux de recrutement en



structure hospitalière en lien avec le peu de propositions par les professionnels qui ne sont pas à l'aise avec ce sujet, ce qui a influé probablement l'adhésion des patientes à l'étude.

La deuxième difficulté a été de se familiariser à la psychologie et à la sociologie. En effet, produire un travail de qualité sans avoir eu de formation approfondie dans ce domaine a été parfois complexe. Il nous a donc fallu appréhender les méthodes d'études utilisées en sociologie et psychologie, en particulier l'entretien. Il aurait été intéressant à certains moments d'approfondir les réponses des patientes afin d'avoir davantage d'éléments d'analyse.

### **1.3. Les points forts de l'étude**

Nous avons observé une bonne adhésion des femmes qui ont participé à notre étude. Elles étaient satisfaites qu'une étudiante se préoccupe du problème des violences sexuelles et de leur prise en charge en tant que femme victime.

Nous avons recueilli des discours riches. Nous avons ainsi pu mettre en évidence des points communs dans cette population permettant de répondre à notre problématique, bien que nous ne puissions pas tirer de conclusions générales. A travers ces discours riches, s'est établi un sentiment de confiance avec les femmes interrogées, leur permettant de verbaliser les violences, de les décrire ainsi que leurs conséquences.

Pour finir, certaines nous ont fait part du bénéfice qu'elles ont pu tirer de ces entretiens, le fait d'avoir pu en parler, de constater qu'une personne s'intéresse à leur histoire avec pour objectif une amélioration de leur prise en charge.



## **2. RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION**

Dans un premier temps, il nous a semblé important de présenter notre population et ses caractéristiques socio-démographiques afin de mieux connaître nos patientes et de comparer notre échantillon à la population générale des femmes victimes de violences sexuelles. ANNEXE IV

Dans un second temps, pour introduire l'impact des violences sexuelles sur la maternité, nous présenterons les violences sexuelles subies dans notre population et les difficultés psychologiques que nous avons remarquées à travers nos entretiens. En effet, cela nous permet de mieux comprendre les difficultés apparues au cours du suivi de grossesse, de l'accouchement ou dans le post-partum ainsi que le vécu de la maternité de ces femmes.

Puis, pour répondre à notre objectif et mettre en évidence l'impact des violences sexuelles sur la maternité, nous analyserons les points communs retrouvés chez nos patientes en pré, per et post-partum, que nous comparerons aux données de la littérature.

### **2.1. Présentation de la population et des violences sexuelles**

#### **2.1.1. Les caractéristiques socio-démographiques**

Les caractéristiques socio-démographiques de notre population sont comparables aux données de la littérature.

En effet, la moyenne d'âge des patientes interrogées est de 29,4 ans. Les âges s'échelonnent de 18 à 45 ans.

La majorité des patientes vivent en couple. Deux patientes sont célibataires. L'une d'entre elles s'est séparée de son compagnon avant d'avoir eu connaissance de sa grossesse. Pour la deuxième patiente, le compagnon l'a quittée suite à son refus d'avorter.

Sept patientes ont un niveau d'étude supérieur ou égal au baccalauréat. Cependant, seulement 4 ont terminé leurs études supérieures. Nous retrouvons donc un parcours scolaire difficile ainsi qu'un chemin professionnel ne correspondant pas à ce qu'il aurait dû être, ce qui est décrit dans la littérature. (11)



Selon les critères de l'INSEE<sup>8</sup>, la majorité des femmes interrogées sont issues d'un niveau socio-professionnel bas puisque 7 d'entre elles sont sans emploi.

Nous allons développer les différentes violences sexuelles retrouvées chez nos patientes et les caractéristiques psychologiques de ces dernières.

### **2.1.2. Les violences sexuelles**

Pour comprendre la manière dont la population des femmes victimes de violences sexuelles appréhende la maternité, il nous apparaît important de retracer le contexte des violences sexuelles et la manière dont l'entourage s'est positionné suite à l'annonce de l'agression mais également la suite donnée à ces violences (port de plainte, consultations d'un psychologue...).

Dans notre population, 9 femmes ont subi des violences sexuelles alors qu'elles étaient encore mineures, ce qui semble correspondre au résultat retrouvé dans l'enquête « Impact et prise en charge des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte » où 81% des victimes déclaraient avoir subi les premières violences sexuelles avant l'âge de 18 ans. (12)

Comme pour l'enquête ENVEFF<sup>9</sup>, un tiers d'entre elles ont été victimes de violences sexuelles une nouvelle fois à l'âge adulte. (12)

Les patientes connaissaient également leur agresseur. L'Observatoire National des Violences faites aux Femmes montre, en novembre 2015, que 90% des victimes connaissaient leur agresseur. (13) Un peu plus de la moitié de nos patientes avait un lien de parenté avec leur agresseur : père, oncle, frère ou encore demi-frère. Nous pouvons donc qualifier ces agressions d'incestes. Les autres patientes ont été victimes de violences conjugales.

Différents types de violences ont été retrouvées dans les entretiens allant de l'attouchement à des violences sexuelles multiples : des violences verbales associées à des viols à répétition.

<sup>8</sup> Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

<sup>9</sup> Enquête National sur les Violences Envers les Femmes en France



### 2.1.3. La révélation des violences

La majorité des patientes disent en avoir parlé à leurs parents ou à leurs responsables légaux. Nous avons constaté un déni d'au moins un des deux parents qui rattache les propos de la patiente à de l'affabulation.

C'était le cas pour Mme A, âgée de 28 ans, victime d'attouchements sexuels et de viols de la part d'un ami d'enfance de sa mère : « *Ma maman ne m'a pas du tout cru. Ça a fait blocage parce qu'en fait c'était un ami d'enfance à elle* ». De même Mme F, âgée de 27 ans, victime d'attouchements sexuels de la part du mari d'une amie de sa mère, nous a confié que son père ne l'avait pas cru : « *j'ai commencé à en parler. Mon père m'a complètement dit « c'est une gamine, donc elle raconte des mensonges »* ».

Lorsque le coupable est un des parents, l'autre parent adopte une attitude similaire, un déni de l'entourage face aux violences sexuelles, un refus de croire que cela a pu arriver.

Mme J, âgée de 38 ans, a été victime d'attouchements sexuels de la part de son père : « *Moi, j'ai des souvenirs où j'entendais clairement mes sœurs crier à mon père « qu'est ce que tu veux faire ? Tu veux nous toucher ? » [...] Ma mère qui est un peu niaise, disait n'avoir rien su, rien entendu.* »

Muriel SALMONA décrit ce phénomène de déni et d'absence de reconnaissance, qui est d'autant plus important lorsque les violences concernent des enfants. (8)

Lorsque le déni est levé, l'entourage devient plutôt soutenant, notamment dans la démarche du port de plainte et des procédures judiciaires. En effet, la moitié ont porté plainte pour une de leurs agressions.

Le compagnon apparaît comme un interlocuteur privilégié, il est informé des violences sexuelles. Des difficultés d'ordre sexuel sont souvent l'occasion de verbaliser les violences subies. Ces difficultés s'expriment soit par un comportement distant, défensif voire agressif soit par l'évitement de certaines positions ou même de tout contact. Une fois encore, l'impact néfaste des violences sexuelles sur la sexualité et la vie de couple est retrouvé dans la littérature. (8)

Grâce à la concordance de nos résultats aux données retrouvées dans la littérature, nous pouvons convenir du fait que notre population étudiée est le reflet de la population générale des victimes de violences sexuelles et n'est pas une population particulière au sein de celle-ci.



#### **2.1.4. Une fragilité psychologique**

Bien que notre sujet s'intéresse spécifiquement à la maternité et aux violences sexuelles, l'analyse de nos entretiens nous amène ici à élargir nos observations sur la situation psychologique de ces femmes et plus particulièrement sur l'impact psychologique des violences sexuelles afin de mettre en évidence par la suite un retentissement sur la maternité.

En effet, il va de soi que, si les patientes sont fragilisées psychologiquement dans leur vie de tous les jours, elles le seront d'autant plus au cours de leur maternité du fait de la dynamique régressive de la grossesse.

Pour mettre en évidence une fragilité psychologique plus ou moins importante en fonction du type de violences, nous avons identifié deux types de violences sexuelles selon des critères de répétition et de sévérité potentielle. Six patientes ont subi des viols à répétition au cours d'une longue période ou à différents moments de leur vie alors que les autres ont été victimes d'attouchements sexuels de façon soit ponctuelle, soit plus ou moins répétée.

Nous avons ensuite analysé les mots employés par les femmes, le besoin de consulter un psychiatre ou un psychologue ainsi que les antécédents de dépressions et de tentatives de suicide.

Chez les six patientes victimes de viols à répétition, quatre ont déclaré avoir déjà fait des dépressions. Nous retrouvons fréquemment dans leur discours les mots « angoisse », « peur », « stress » chez la majorité des patientes. De plus, un tiers d'entre elles déclare avoir déjà tenté de se suicider ou au moins y avoir pensé. Face au nombre important de dépressions et de tentatives de suicide, nous pouvons faire ressortir une importante fragilité psychologique, ce qui est confirmé par des consultations chez un psychiatre ou un psychologue pour toutes les patientes au moins à un moment donné de leur vie.

Chez les autres patientes ayant subi des attouchements sexuels de façon ponctuelle ou répétée, nous avons également constaté des dépressions chez l'ensemble des patientes avec des angoisses, des peurs et du stress. Une tentative de suicide a été répertoriée chez ces patientes nécessitant une hospitalisation d'office. Toutes les patientes, hormis une, ont déjà fait appel à un psychologue au cours de leur vie.



En conséquence, que ce soit un viol ou des attouchements sexuels, de manière ponctuelle ou répétée, l'impact psychologique des violences semble être toujours présent. Nous retrouvons un nombre important de dépressions et de tentatives de suicide ainsi qu'une nécessité de consultations psychologiques, et ce, quel que soit le type de violences sexuelles.

Il ne faut donc minimiser aucune violence sexuelle, elles présentent toutes un risque pour la santé physique et psychique des victimes.

## **2.2. La période de la grossesse**

Dans ce contexte d'antécédents de violences sexuelles, nous nous sommes alors interrogées sur les circonstances de découverte de la grossesse mais aussi sur la manière dont ces femmes investigaient celle-ci. Dans le même temps, nous nous sommes questionnées sur le vécu des examens obstétricaux et la survenue d'éventuelles complications obstétricales.

En effet, différentes études relatent l'apparition de complications à différents moments de la grossesse, notamment l'étude « *Faut-il dépister les antécédents de traumatisme sexuel lors de la grossesse ?* » de Benoît BAYLE, psychiatre français. (14)

### **2.2.1. Une grossesse désirée ?**

Un tiers de notre population a eu recours à une IVG à un moment donné de sa vie. Magali LEFEBVRE, étudiante sage femme, retrouve un taux similaire d'IVG.(15)

Cependant, bien que nos chiffres coïncident avec les données de la littérature, les IVG n'avaient pas de lien direct avec les violences sexuelles subies dans le passé sauf pour une de nos patientes. Mme I âgée de 18 ans, nous explique avoir eu recours à une IVG puisque son agresseur, son ancien petit ami, était à l'origine de cette grossesse : « *je ne sais pas si c'était pendant le viol ou avant que je suis tombée enceinte de lui mais je me suis faite avorter* ».

4 patientes sur 10 disent ne pas avoir désiré leur grossesse. Mme A a eu trois grossesses sur quatre non désirées. Sa première grossesse était sous stérilet. Ses deux autres grossesses sont survenues également suite à des échecs de contraception. De plus, la



découverte de sa dernière grossesse a été relativement tardive, aux alentours de 16 semaines d'aménorrhée (SA).

Pour Mme E, la grossesse « *n'était pas prévue* ». Elle a été découverte fortuitement dans le cadre de la prescription d'un bilan sanguin avant la pose d'un implant contraceptif.

Mme G ayant déjà 10 enfants et venant de se séparer de son compagnon, explique : « *j'étais tombée enceinte parce que j'avais oublié ma pilule* ».

Nous pouvons émettre l'hypothèse d'un désir de grossesse inconscient face à ces échecs de contraception répétés. Cependant, nous ne pouvons la vérifier puisque de multiples hypothèses sont possibles en cas d'échecs de contraception et que nous n'avons pas d'éléments suffisants pour conclure.

Nous avons relevé la même proportion de grossesses désirées (4 patientes). Elles relatent des difficultés à être enceinte, sans qu'une cause médicale ou anatomique n'ait été mise en évidence. Cependant, nous avons remarqué des antécédents de fausses couches pour plus de la moitié de notre population, ce qui semble supérieur aux chiffres de l'étude de Magali LEFEBVRE qui retrouvait 30% de fausses couches sur les 133 femmes interrogées.

Mme B émet l'hypothèse d'une cause psychologique à cette difficulté de procréation, « *on a fait une PMA parce que ça faisait 3 ans qu'on essayait [...] ça a marché à la première tentative [...] ça bloquait [...] c'était juste psychologique je crois* » nous dit-elle.

En effet, nous pouvons nous poser la question du poids de l'étiologie psychologique de cette difficulté à être enceinte chez ces patientes fragiles psychologiquement.

C'est souvent l'entourage soit familial (conjoint, père, sœur), soit extérieur (pharmacienne, médecin) qui informe la femme de son état de grossesse, même lorsque la grossesse était désirée et attendue. Cet entourage repère des signes cliniques de grossesse dont la patiente n'a pas pris conscience comme une augmentation du volume des seins,... Devant la suspicion de grossesse soulevée, la patiente réagit systématiquement par un refus de se croire enceinte. Les patientes vont alors répéter les examens afin de se représenter qu'elles le sont réellement : dosages des bêta-HCG, tests urinaires, échographies.

Mme B n'a pas pu attendre la prise de sang de contrôle, elle a fait un test de grossesse au plus vite, « *j'ai acheté un test de grossesse [...] j'y croyais plus, je me disais « c'est pas possible »* ».



Mme F se lève un matin et « *il fallait que je fasse un test de grossesse. J'étais enceinte de 3 semaines [...] c'était le doute. J'en ai fait un deuxième qui était positif aussi* ».

Nous pouvons penser, comme le propose Marie-Hélène ORLIAGUET, psychologue, qu'un processus de déni est à l'œuvre, du fait des représentations défensives spécifiques que développent les femmes victimes de violences au sujet de leur corps. Cette déni de la grossesse chez les femmes ayant subi des violences sexuelles est également observée dans l'étude de Benoît BAYLE (14).

Pour Mme D, son mari ayant 10 ans de plus qu'elle et n'ayant pas eu d'enfant d'une première union, voulait un enfant. Elle nous confie avoir « *trouvé des excuses* » à chaque fois afin de repousser ce moment, par conséquent « *je ne pensais vraiment pas tomber enceinte [...] je ne m'en suis pas rendue compte, c'est mon mari qui s'en est rendu compte [...] moi j'ai pensé à un cancer [...] j'ai pas du tout pensé à être enceinte* ». Après avoir fait le test, elle se dit « *non c'est peut-être pas ça, on s'est peut-être trompé* ». Nous sommes ici plutôt dans une forme de « déni de grossesse » où la patiente explique ces modifications corporelles par autre chose que la grossesse, ici par un cancer.

Mme A a fait également un déni de grossesse, elle n'a découvert sa grossesse qu'à 16 SA et ne voulait pas croire son entourage l'informant des changements corporels et de la possibilité d'une grossesse.

Quelle que soit la situation, la prise de conscience de l'état de grossesse est difficile, particulière. Comment ces femmes vivent-elles alors les transformations physiques occasionnées par la grossesse face au constat de ces dénégations/dénis ?

### **2.2.2. La transformation physique de la grossesse**

La majorité des femmes de notre population déclarent ne pas aimer leur corps ainsi que la transformation corporelle due à la grossesse. Mme C explique ne pas aimer son corps, surtout pendant la grossesse : « *je n'aime pas être enceinte. J'aime pas, je ne sais pas, j'aime pas voir mon corps, je ne me sens pas bien dans mon corps* ».



Mme G, grossesse non désirée, nous explique n'avoir pas respecté son corps : « *j'aime pas [...] des fois, je tapais mon ventre. Je me disais « je m'en fous ». Au début, je ne l'aimais pas du tout, je ne respectais rien. Je ne mangeais pas de la journée, ni boire »*

Mme D, première grossesse, a eu des difficultés à se croire enceinte : « *j'ai toujours eu du mal à me rendre compte que j'étais enceinte pendant la grossesse. Je sentais mon bébé bouger, je vivais avec mais j'ai toujours eu du mal [...] j'ai un gros ventre mais moi je ne le vois pas comme ça [...] comme si j'étais dédoublée »*

Nous pouvons nous interroger sur la représentation qu'ont ces femmes de leur corps. Quelle écoute lui accordent-elles ? Selon Marie-Hélène ORLIAGUET, l'attention portée à leur corps, surtout dans sa dimension intime, interne, est probablement entravée. En effet, elles ont dû se détacher de leur enveloppe corporelle, ne plus y penser, pour supporter psychiquement ou simplement survivre à leur position de victime. Nous retrouvons alors des similitudes entre cet état de victime et celui de femme enceinte puisque certaines patientes vont se sentir dissociées au cours de leur grossesse comme cela a pu être le cas au cours de l'agression. Mme D nous parle de sa grossesse en nous disant que c'était : « *comme si j'étais dédoublée* ». L'attention bridée de ces femmes envers leur corps pourrait expliquer le nombre important de dénégations à l'idée d'être enceinte dans notre population mais également cette difficulté à aimer son corps.

### **2.2.3. Le déroulement de la grossesse**

Contrairement à la littérature où les maux de grossesse semblaient présents en surnombre par rapport à la population générale, seule Mme C a présenté des signes sympathiques de grossesse importants « *ça a été un peu plus difficile que la première [...] j'avais plus de maux de grossesse [...] j'avais des nausées, des vertiges, [...] très fatiguée* ».

La menace d'accouchement prématuré semble être une pathologie fréquente dans cette population puisqu'elle concerne près d'un tiers de notre échantillon. Si l'on s'attarde sur les facteurs de risque de menace d'accouchement prématuré, nous relevons une activité physique souvent intense, activité sans doute défensive pour ne pas avoir à penser.

Il nous est cependant difficile de définir le rôle que peuvent avoir les violences sexuelles sur la survenue de cette pathologie. Il faut néanmoins porter une attention



particulière à cette population et surveiller tout particulièrement la survenue d'une menace d'accouchement prématuré.

#### 2.2.4. Une grossesse suivie

Le suivi de la grossesse a majoritairement été régulier. Certaines patientes ne se sont pas rendues aux rendez-vous programmés en raison d'un oubli ou parce qu'elles jugeaient leur apparence physique peu présentable.

Mme G explique les causes de son suivi irrégulier : *« j'avais un trou de mémoire, j'avais oublié. Et il y a une fois aussi, c'était pas possible, j'avais passé toute la nuit à pleurer. J'avais les yeux gonflés, rouges »*. Cet extrait nous fait penser à un sentiment de honte de la part de cette patiente et nous renvoie à ce que beaucoup de victimes de violences sexuelles ressentent après ce qu'elles ont subi : la honte de soi-même. D'après Muriel SALMONA, cette honte est fréquemment retrouvée chez les victimes de violences sexuelles, ce qui aura tendance à les isoler davantage, à les condamner au silence. (8)

Du fait de la transparence psychique propre à la grossesse, cette vulnérabilité et ce sentiment de honte peuvent resurgir plus facilement, comme nous avons pu le suspecter chez Mme G.

A contrario, la fin de la grossesse est marquée par une surconsommation médicale mise en évidence par de nombreuses consultations en urgence. La majorité de notre effectif (8 patientes) ont consulté plusieurs fois en urgence, jusqu'à 5 consultations. Pour la moitié de celles-ci, le motif était une diminution ou un arrêt des mouvements actifs fœtaux (MAF).

Mme A, dont la grossesse n'était pas désirée au début, a consulté en urgence pour une diminution des MAF : *« il est resté 2 jours sans bouger [...] ça m'a fait flipper [...] au bout d'un quart d'heure de monito il bougeait »*.

Mme C déclare : *« je ne sentais pas le bébé bouger depuis quelques heures. Donc j'étais venue 2 fois pour vérifier »*.

Le motif de consultations en urgence : l'absence de mouvements actifs fœtaux, nous a particulièrement interpellées puisqu'il est revenu plusieurs fois dans le discours des patientes. Avec cette surconsommation médicale, les femmes mettent en évidence leur volonté de mener leur grossesse à terme et d'avoir un enfant bien portant, même lorsqu'elles ne désiraient pas leur grossesse.



Cette notion de surconsommation n'est pas retrouvée dans la littérature. Nous avons à l'inverse noté dans nos recherches préalables, une sous-consommation médicale essentiellement due à une peur des examens médicaux comme les touchers vaginaux, ce qui n'a pas été le cas dans notre population.

### **2.2.5. Des touchers vaginaux mal vécus**

Les patientes déclarent ne pas aimer les touchers vaginaux comme la plupart des femmes. Cependant, elles utilisent des termes très forts et lourds de sens lorsqu'elles en parlent.

Mme C explique son vécu: *« j'ai toujours eu des problèmes, on va dire pour les consultations et tout, j'aime pas [...] j'aime pas, je me bloque et du coup ça me fait mal »*,

Mme D dit : *« j'ai jamais aimé, très douloureux [...] je ne supporte pas en fait [...] c'est le fait qu'on me pénètre. Ça m'insupporte, je ne supporte pas »*. Le terme « pénétrer » peut faire penser à l'acte sexuel.

Dans la plupart des discours, nous avons le caractère très douloureux qui revient avec un geste qui est « insupportable », que la femme « ne supporte pas ».

De plus, certaines patientes parlent de la crainte ressentie à l'idée que l'examineur soit un homme. Mme F était rassurée que ce soit des femmes qui réalisent l'examen : *« si c'est les hommes j'aime pas »*.

L'origine ethnique du praticien, si elle est confondue avec celle de l'agresseur, pose également problème. Mme I a été violée par une personne d'origine tunisienne et nous dit : *« si c'est quelqu'un qui n'est pas d'origine française, je ne sais pas, ça me bloque »*.

Ainsi, l'examineur peut rappeler inconsciemment l'agresseur, c'est également le cas pour la position des examens. Il est difficile pour Mme D de garder la position gynécologique lors des examens obstétricaux : *« Je suis très pudique de ce côté-là. C'est vrai que voilà, quand il me dit d'écartier les jambes, il faut tout le temps qu'il me le répète car je ne le fais pas naturellement. Dès que je suis déshabillée, la première chose que je fais c'est que je me cache »*. La position gynécologique adoptée au cours des touchers vaginaux renvoie à la



position de viols où l'agresseur domine la victime : victime sur le dos, jambes écartées, dans une position de vulnérabilité, de soumission.

Nous devons donc nous interroger sur ce que cet examen fait revivre à ces femmes. L'absence de refus des touchers vaginaux ne signifie pas pour autant l'acceptation des modalités d'examens mais plutôt l'impossibilité pour ces femmes de dire non. Elles ont la possibilité de refuser ces examens et pourtant ne le font pas, comme elles n'ont pas pu le faire au cours du viol.

Malgré tous ces signes pouvant évoquer leur agression, la majorité des patientes ne formulent pas de reviviscence des violences sexuelles. Seules deux patientes ont revécu les violences.

Mme A nous explique avoir repensé aux violences sexuelles suite à un toucher vaginal douloureux : *« le Dr B, espèce de boucher là. Il m'a fait super mal [...] ce monstre [...] lui par contre quand il m'a fait mal [...] ça m'a rappelé des souvenirs de merde. »*

Mme G a revécu plusieurs fois des souvenirs de ses différentes agressions sexuelles au cours de sa dernière grossesse, notamment après une consultation obstétricale : *« si c'est les hommes j'aime pas, parce que ça me fait penser... (pause) j'aime pas. Je ne dis rien parce que c'est leur boulot mais j'aime pas. A chaque fois que je sors de l'hôpital je ne suis pas bien [...] j'ai des souvenirs qui m'arrivent dans la tête »*.

Monique BYDLOWSKI explique qu'« au cours de la grossesse, une transparence psychique particulière permet à des fantasmes préconscients ou inconscients et à des éléments du passé de se représenter ». (10) L'examen gynécologique peut entraîner la réapparition de souvenirs traumatiques chez certaines patientes et entraîner un réveil de l'état de stress post traumatique ou syndrome post traumatique. (14,16)

D'ailleurs, sont répétés de nombreuses fois les mots « angoisse », « stress », « peur » au cours des entretiens, ces termes font écho à la définition de l'état de stress post-traumatique.

Une souffrance psychologique est mise en évidence à travers le besoin d'aides psychologiques chez ces femmes. La majorité des patientes ont désiré un suivi psychologique au cours de leur grossesse. Les autres ont été mises en relation avec un psychologue en raison de leurs antécédents de dépression et de violences sexuelles. D'autres encore ont consulté



suite à la reviviscence de souvenirs des violences, à la présence d'angoisses ou de troubles du sommeil.

Le suivi psychologique pendant la grossesse est bénéfique selon Mme J qui explique : *« au début [...] je ne voulais pas consulter parce que je voulais laisser ma grossesse en dehors de tout ça [...] ça m'a fait du bien finalement de parler avec la psychologue ».*

De même, Mme H a fait appel à un psychologue au cours de sa grossesse quand elle ne se sentait pas bien : *« j'ai failli faire des dépressions [...] j'ai su faire appel aux bonnes personnes. [...] psychologues, sages femmes ».*

Par ailleurs, la grossesse est parfois la période permettant l'expression de ces violences. Mme D a subi des attouchements et des viols de la part de son frère lorsqu'elle était enfant : *« J'en ai parlé récemment [...] à une psychologue... parce que j'en avais parlé avec mon mari [...] parce que j'étais agressive, distante. [...] je l'ai fait tard ma démarche parce que je l'ai fait à 8 mois de grossesse [...]. Mais oui ça m'a fait du bien, ça m'a fait du bien mais c'est pas suffisant. C'est vrai que la démarche est compliquée. Mais ça m'a soulagée et puis ça m'a permis aussi de parler [...] j'ai balancé tous mes démons et ça m'a permis de me libérer [...] ça m'a permis aussi de me dire que je pouvais être quelqu'un de bien et que j'avais le droit au bonheur et d'être heureuse ».*

Il est par conséquent important d'orienter vers des professionnels spécialisés en psychologie, les femmes ayant vécu des violences sexuelles et/ou des dépressions car la grossesse apparaît comme une période de fragilité (transparence psychique) et un temps où les angoisses et les souvenirs douloureux resurgissent.

Dans la même logique, nous nous sommes interrogées sur le vécu du travail et de l'accouchement de ces patientes, tout en gardant à l'esprit les éventuelles complications obstétricales.



## 2.3. L'accouchement

### 2.3.1. Des dystocies de démarrage

La mise en travail est souvent précédée d'une phase de dystocie de démarrage (4 patientes sur 10). Mme F a consulté cinq fois en urgence en fin de grossesse pour des contractions et nous dit : « *mon col s'est ouvert petit à petit, il s'est ouvert en 15 jours de temps [...] j'ai passé une nuit à l'hôpital ils m'avaient mis une piqûre de morphine* »

De plus, 3 patientes sur 10 ont bénéficié d'un déclenchement pour une absence de mise en travail avec une rupture de la poche des eaux ou pour macrosomie.

Nous pouvons émettre l'hypothèse d'une peur de l'accouchement, une tokophobie, une peur du passage de la filière génitale par le mobile foetal, une peur de la pénétration inversée ou la peur de revivre des souvenirs du traumatisme. Ce sont des phénomènes que nous retrouvons décrits en nombre dans la littérature, notamment dans le mémoire d'Adélaïde AMBROISE, étudiante sage femme. Elle fait remarquer que la peur panique de l'accouchement peut entraîner le refus de l'accouchement voie basse par la mère et le souhait d'une césarienne de convenance, cela au cours de la grossesse. (15) Cette peur peut également être retrouvée au cours du travail avec un refus de pousser de la femme voulant à ce moment-là une césarienne, pour ne pas subir le passage de l'enfant dans la filière génitale et la douleur associée.

Mme F nous parle des peurs de revivre les violences au moment de l'accouchement : « *Peur que moi ça se passe mal au niveau de l'accouchement et que là je me rappelle de tout ce qui s'est passé et que ça refasse surface...* ». Toutefois, c'est la seule patiente à nous avoir expliqué ses peurs, les autres ont mentionné la peur de l'accouchement sans approfondir. Il est donc possible qu'un phénomène inconscient soit à l'origine de ces dystocies mais nous ne pouvons étayer davantage cette hypothèse.

Nous avons également remarqué une douleur fréquemment décrite au cours du travail. Nous savons que les contractions utérines de travail et l'accouchement sont douloureux. Cependant, il nous a semblé que nos patientes étaient submergées par cette douleur. En effet,



elles ont toutes abordé spontanément la douleur ressentie au cours du travail et/ou de l'accouchement de façon insistante et en revenant régulièrement sur le sujet.

Nous pouvons l'expliquer par la peur de l'accouchement, peur de la douleur et peur de la reviviscence de la douleur associée aux souvenirs traumatiques.

En effet, la littérature évoque la réactivation du syndrome post-traumatique au moment de l'accouchement avec douleur, angoisse, anxiété et peur, pouvant entraîner une dissociation de l'esprit et du corps. Le corps serait à ce moment-là insensible et anesthésié de façon à se protéger des événements présents et des souvenirs. (14,15)

Lorsque les patientes bénéficient préalablement d'une analgésie péridurale, la douleur disparaît ou du moins diminue, la peur, l'anxiété et l'angoisse également, diminuant le risque de réactivation de ce syndrome post-traumatique.

### **2.3.2. La peur de l'accouchement**

Nous avons fréquemment retrouvé le mot « peur » au sujet de l'accouchement.

Mme B décrit son accouchement : *« je pleurais, je tremblais, j'étais dans tous mes états [...] j'avais peur que ça se passe mal. J'étais contente et en même temps j'avais peur, c'était un peu tout mélangé. »*

Mme E nous explique ses peurs à l'approche de l'accouchement : *« j'avais peur d'avoir mal, que ça ne se passe pas bien pour le bébé. [...] j'étais déjà angoissée et stressée donc c'était pire après mais j'étais quand même impatiente de voir ma fille »*

D'autres ne semblent pas prêtes à l'idée d'accoucher : *« ils m'ont dit « vous avez bien fait de venir parce que vous êtes en travail ». Déjà ! J'avais peur de tout après ».*

Ces patientes ont ressenti de la peur après avoir eu la confirmation de la part des professionnels de santé d'un accouchement imminent. Même dans la population des multipares, les professionnels ont dû verbaliser la mise en travail pour qu'elles prennent conscience qu'elles allaient accoucher.

Pour Mme H, deuxième pare, la peur de la douleur est apparue en fin de travail, juste avant de pousser, quand l'analgésie péridurale ne faisait plus effet. Elle ressentait de nouveau les contractions et tout ce qui se passait à l'intérieur de son corps et nous dit : *« elle (la sage femme) m'a dit « si vous sentez que ça pousse vous m'appellez ». Et la première fois je savais que si je l'appelais et que j'avais envie de pousser, elle allait me faire accoucher alors que*



*moi je voulais que ça me soulage (la péridurale). Du coup, la première fois j'ai poussé toute seule parce que je savais que si je poussais ça allait me soulager. Mais elle m'a entendue. Quand je l'ai vu à la porte j'ai crié « soulagez-moi » (avec la péridurale). Elle m'a dit « attendez madame, il faut que je vois ». Grrr la tête était déjà là, fallait que je pousse. J'étais paniquée parce que je me suis dis que j'allais souffrir. La tête qui devait sortir de là ».*

Nous pouvons noter chez cette patiente une forme d'ambivalence. En effet, Mme H veut être soulagée et attendre que l'analgésie péridurale fasse effet avant de devoir pousser mais d'un autre côté, elle dit savoir qu'en poussant elle sera soulagée. Plus que la peur de l'accouchement, c'est la peur de la douleur associée à l'accouchement qui fait paniquer la patiente. De plus, nous avons remarqué que cette patiente se révoltait contre la situation qui la maintenait en position de soumission. Elle se révolte contre son accouchement mais également contre l'autorité médicale qui demande d'appeler si elle a envie de pousser. Cette opposition lui permet de garder un minimum le contrôle sur la situation puisque c'est elle qui décide de pousser toute seule et non sous la direction de la sage femme. C'est une réaction que nous avons retrouvée dans la littérature concernant le travail et/ou l'accouchement, appelée agressivité ou tyrannie selon Benoît BAYLE.

En effet, ce psychiatre décrit quatre types de réactions, quatre mécanismes de défense que les femmes peuvent adopter au moment de l'accouchement afin de surmonter l'état de stress traumatique pouvant apparaître. Ces mécanismes comprennent l'agressivité et la tyrannie qui consistent à se révolter contre la soumission à l'autorité. Nous retrouvons également la soumission où la femme accepte de coopérer absolument pour s'adapter à la situation stressante. La ritualisation consiste en un total contrôle de l'accouchement en régulant chaque minute. Enfin, dans d'autres cas, nous pouvons retrouver la survenue d'un état de crise. (14)

Cette dernière réaction est illustrée par une femme qui verbalise la violence de la naissance de son enfant. Elle l'aborde en utilisant plusieurs fois des mots forts et évocateurs comme « horrible », « horreur » : « *il a utilisé les forceps. Il m'a fait un mal de chien. C'était l'horreur. Pour moi j'avais l'impression que mon utérus arrivait à mon anus. C'était horrible. Horrible. Il l'a fait une fois. J'en pouvais plus, j'étais épuisée. La péridurale ne faisait plus d'effet. [...] il a réessayé une deuxième fois, où là j'ai hurlé, j'ai dit qu'il fallait arrêter car ça ne sert à rien [...] il a arrêté, il a crié « césarienne »* ». Nous pouvons donc supposer l'apparition d'un état de crise en réponse à cette douleur importante, face à un



médecin prenant la place d'un dominant qui renvoie à l'agresseur. Cet état de crise se manifeste par un état de panique avec la perte totale du contrôle de soi, où la femme crie et oblige le soignant à arrêter son geste et de ce fait à perdre sa place de dominant.

Mme A elle, se qualifie néanmoins de « bonne petite élève », elle a suivi les conseils de la sage femme à la lettre. Nous pouvons donc parler de soumission puisque la femme accepte de coopérer face à l'autorité de la sage femme.

### **2.3.3. Des accouchements dystociques**

Dans l'ensemble, les grossesses ont été menées à terme. Cependant, nous avons pu noter deux accouchements prématurés. La littérature retrouve un taux important d'accouchements prématurés proche de celui de notre étude. En effet, Magali LEFEBVRE retrouve 17% des accouchements prématurés. Ces résultats sont par conséquent supérieurs à ceux de l'enquête nationale périnatale de 2010 qui dénombre 7,4% d'accouchements prématurés au sein de la population générale de femmes enceintes. (17)

Les accouchements sont dystociques pour la majorité de notre population. Quatre patientes ont eu des césariennes dont une patiente après avoir eu un échec de forceps. Des forceps ont également été nécessaires pour deux patientes. Les indications des césariennes sont médicales et non de convenance comme le relate la littérature où les patientes désirent une césarienne afin d'éviter le passage du bébé dans la filière génitale.

Pour Mme D, qui a eu une césarienne après un échec de forceps, la césarienne est comme un traumatisme : « *on sent tout mais tout tout tout. Il gratte, ça fait mal, c'est comme si c'était à vif en fait [...] je l'ai senti vraiment, ça a été une horreur, pour moi ça a été un traumatisme* ». Par la suite, elle nous explique vouloir un deuxième enfant mais si cela aboutit encore à une césarienne, ce sera sa dernière grossesse car elle ne veut pas revivre ce qu'elle a vécu.



## 2.4. Le post-partum

Cette dernière partie est consacrée aux conséquences de violences sexuelles sur les interactions précoces entre la mère et son enfant. Les données de la littérature font état de difficultés importantes à l'établissement de ce lien. Nous aborderons dans le même temps la place occupée par le père et son importance dans l'établissement du lien mère-enfant.

Nous nous sommes également intéressées au choix de l'allaitement du nouveau-né et à la manière dont a été conduite l'alimentation au sein lorsqu'elle était choisie.

Pour finir, nous analyserons la situation psychologique des femmes et leur vécu après l'accouchement (baby blues, dépression du post-partum...).

### 2.4.1. Les interactions précoces et l'établissement du lien mère enfant

L'établissement du lien entre une mère et son enfant se fait dès la grossesse. Certaines patientes n'ont pas souhaité être enceinte et ont eu des difficultés à accepter les transformations corporelles. Mme G victime d'inceste de la part de son demi-frère au cours de son enfance, nous explique la difficulté d'établir un lien avec son enfant. Nous rappellerons qu'au cours de la grossesse, elle nous avait précisé que : *« des fois je tapais mon ventre. Je me disais « je m'en fous ». Au début, je ne l'aimais pas du tout, je ne respectais rien. Je ne mangeais pas de la journée, ni boire. »*

Anaïs RATTI, étudiante sage femme, reprend dans son mémoire « Devenir parent après l'inceste » les écrits de Kent et ses collaborateurs et explique que des femmes victimes d'inceste se frappent le ventre dans des moments de crises au cours de la grossesse. (18)

Alors, comment se construit le lien mère-enfant ?

Le premier contact à la naissance est généralement le contact peau à peau où l'enfant est posé nu sur le ventre de sa mère. Dans notre population, seulement quatre patientes ont bénéficié du peau à peau, dont trois ont déclaré avoir apprécié ce contact. Ainsi, Mme C dit : *« j'aime bien »*. Mme A explique ne pas l'avoir fait pour ses trois premières grossesses mais elle a souhaité le faire pour celle-ci : *« c'est la première fois que je faisais du peau à peau parce que je ne l'avais pas fait pour les autres. Je m'étais dit que ça serait sympa parce que comme je n'avais pas eu autant de relation pendant la grossesse, je me suis dit pour prendre*



*conscience et tout. Donc j'ai fait du peau à peau* ». Elle nous explique l'avoir fait pour se rapprocher de son bébé et créer un lien avec lui puisqu'elle ne l'avait pas fait au cours de sa grossesse non désirée.

Les données de la littérature ont mis en évidence le bénéfice du peau à peau précoce dans l'établissement du lien mère-enfant. DAGEVILLE, pédiatre et néonatalogue, propose une définition du lien mère-enfant : il s'agit du lien primordial qui attache la mère et son nouveau-né. Il s'établit au moment de la naissance et semble indispensable à la survie du nouveau-né. La mémorisation des premières odeurs de la part de ce dernier permet une reconnaissance et un attachement avec la mère. Ceci paraît possible grâce à un contact étroit avec la mère, ce que le peau à peau semble le plus à même de procurer.(19)

En opposition à ces femmes, une autre n'a éprouvé aucune joie à tenir son enfant. Mme G, victime d'inceste, n'a pas désiré sa grossesse et a ressenti un sentiment de haine à la naissance : *« ils me l'ont posé sur le ventre [...] ça m'a rien fait quand je l'ai vu à l'accouchement [...] je voyais que la haine [...] la seule chose pour laquelle j'étais joyeuse c'est que j'étais sortie saine et sauve [...] parce que j'étais angoissée, je pensais toujours que j'allais mourir »*. La littérature décrit cette difficulté chez les femmes victimes de violences sexuelles, notamment d'inceste.

Ces premiers contacts peuvent entraîner l'apparition de souvenirs de l'agression passée. (15) Mme G nous confie avoir régulièrement des souvenirs des violences depuis son accouchement, sans toutefois nous faire part de l'élément déclencheur de ces souvenirs : *« des fois les soirs je suis tellement angoissée, ça monte tellement, que ça me fait comme un blocage, j'ai du mal à respirer, ça m'étouffe [...] c'est les souvenirs qui viennent souvent [...] à des moments donnés je ne sais pas si je deviens folle ou quoi »*. Aucune autre patiente ne nous a décrit avoir revécu des souvenirs de ses agressions après l'accouchement.

Parmi les patientes n'ayant pas bénéficié du contact peau à peau, deux patientes auraient aimé le faire et avoir ce premier contact avec leur bébé ce qui n'a pas été fait par absence de proposition de la part de l'équipe professionnelle.

Pour deux autres, le peau à peau a été proposé mais il a été refusé du fait de la présence de sang ou de vomi. Il a été plus facile pour elles de prendre leur enfant une fois habillé. Ce constat est retrouvé également dans la littérature.



Pour la moitié de nos patientes, nous avons noté la crainte de regarder leur enfant, de croiser son regard, de le toucher ou encore d'effectuer les soins. Mme G n'a pas voulu prendre son bébé dans ses bras pendant plusieurs jours à moins de ne pouvoir faire autrement, d'y être forcée pour le nourrir, le changer par exemple.

Les soins sont parfois confiés à une tierce personne, souvent le conjoint qui représente la personne de confiance : *« au début, c'est beaucoup mon mari qui gérait les soins. [...] le moment où j'ai eu un déclic c'est un moment où je regardais G (son bébé) et j'ai regardé mon mari, je lui ai dit « on va se câliner », on s'est installé tous les trois ».*

Mme B nous dit : *« au début j'étais un peu jalouse de mon mari quelque part parce que dès le début il arrivait, il la prenait dans les bras, il la bisouillait partout. Moi je me sentais un peu à l'écart. Et finalement à force de la regarder, j'ai appris à l'aimer [...] ça m'a fait bizarre au début de mettre un visage sur ce qu'il y avait dans mon ventre ».* Le contact physique est difficile à établir, les échanges se font par le regard. Nous pouvons émettre l'hypothèse d'une difficulté d'investissement, mais ce peut être aussi simplement l'expression d'une angoisse intense liée à l'accouchement et qui s'apaisera progressivement.

Dans d'autres cas (Mme G), nous pouvons parler de désinvestissement. En effet, le contact physique n'est pas possible, pas plus que les échanges par le regard mais aussi le fait de garder son enfant auprès d'elle : *« jusqu'à présent je ne voulais pas le garder, c'est depuis pas longtemps que je veux le garder [...] dans ma tête il ne resterait pas avec moi, j'allais le donner. Et puis le fait qu'il me regarde comme ça, ça a tout changé ».*

Face à ces difficultés à s'engager dans la relation au nouveau-né, nous aurions pu penser que les patientes souhaiteraient laisser leur bébé à la pouponnière la nuit afin que quelqu'un s'en occupe lorsque leur mari n'était pas là. Or seule une patiente a insisté pour qu'on garde son bébé la nuit, les autres l'ont seulement laissé à la pouponnière la première nuit.

Nous avons aussi remarqué que la majorité des bébés étaient des enfants calmes, dormaient beaucoup, pleuraient peu. Mme A : *« Il mangeait et il dormait. Même pour le change il dormait, top ».* Plusieurs femmes partagent cet avis : *« elle dormait beaucoup de toute façon »* ; *« elle dort assez donc ça va [...] elle était très calme »* ; *« je le gardais parce qu'il dormait beaucoup. Je crois qu'il a compris, il s'est dit « maman elle est en colère contre moi ».* *Du coup il dort beaucoup. C'est que là maintenant qu'il dort moins, mais pendant 40*



*jours il dormait beaucoup [...] il pleurait pas du tout, des fois il faut le réveiller pour manger. Je crois qu'il a senti ça sur moi et il se dit « maman elle m'aime pas » [...] maintenant il me regarde tout le temps alors qu'avant non. Au début je ne le regardais pas, je ne lui parlais pas non plus ».* En effet, il est possible que les nouveau-nés aient perçu les difficultés éprouvées par leurs mères à s'occuper d'eux, à les « apprivoiser ». Leur calme et leur sommeil seraient des éléments facilitateurs à l'établissement du lien mère-enfant.

L'étude de Lola CARLES a mis en évidence le même phénomène : des enfants calmes qui dorment beaucoup dans la population de femmes présentant un déni de grossesse. (20)

Il paraît important de préciser que les patientes ont finalement réussi à établir un lien avec leur enfant même lorsqu'il y avait des difficultés d'interactions à la maternité. En effet, la majorité des entretiens se sont déroulés en présence de l'enfant et les mères avaient un comportement adapté. Elles parlaient à leur bébé au moment du biberon ou le rassurait en cas de pleurs, d'une voix douce, le prenaient dans leurs bras, le regardaient.

Il apparaît au vu de ces constatations que le lien mère-enfant se met en place plus tardivement et que le temps de séjour à la maternité ne permet pas de se positionner sur son établissement ou non. De plus, les souvenirs de l'accouchement sont encore proches et peuvent faire obstacle à l'établissement de ce lien, notamment lorsque l'accouchement a été dystocique ou a fait revivre des souvenirs des violences.

Enfin, nous avons aussi constaté une peur du surinvestissement de l'enfant, manifestée par une hypervigilance, une hyper-protection : *« le fait que je ne pouvais pas m'occuper de moi et de ma fille, je ne supportais pas que les gens la touche ».*

Mme F relate sa souffrance lors de la séparation à la naissance en raison des difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine de son bébé : *« c'est moi qui leur ai dit « s'il vous plait, là je ne suis pas bien, il faut que je le vois, je vais faire un baby blues c'est pas possible, j'ai pas vu mon fils ».* Et puis, même si je sais que papa est là avec l'appareil, j'étais pas bien, je commençais à déprimer ». Elle nous confie également : *« c'est l'avenir qui me fait peur [...] j'avais prévenu mon mari, je lui ai dit « tu feras attention parce que j'ai peur de le surprotéger, de ne pas le donner à quelqu'un parce que je ne sais pas ce qui va se passer même si c'est une personne de confiance... ».* Ca fait peur pour l'avenir. C'est un petit garçon donc ça va encore, mais quand ça sera une fille je pense que ce sera pire ». En effet, d'après Benoît BAYLE, certaines mères vont éprouver des difficultés à faire confiance à autrui voire au conjoint pour la garde et les soins de leur enfant. (14)



De plus, Benoît BAYLE et l'Association Internationale des Victimes d'Incestes (AIVI) mettent en avant la place du sexe de l'enfant. Lorsque c'est une fille, la mère peut avoir peur de la récurrence des violences sexuelles et avoir peur de ne pas savoir la protéger, (21) ce qui nous renvoie au témoignage de Mme F : « *C'est un petit garçon donc ça va encore, mais quand ça sera une fille je pense que ce sera pire* ».

Cependant la naissance d'un enfant de sexe masculin peut renvoyer à l'agresseur, certaines mères penseront ne pas pouvoir élever un garçon à cause de leur « haine des hommes », avoir peur qu'il devienne un violeur. (21)

Dans ce cas, les soins et les changes impliquant un contact avec le sexe de l'enfant peuvent poser problème. Une patiente nous confie ne pas être à l'aise au cours des changes et notamment à l'idée de devoir un jour décalotter le pénis de son fils. Les données de la littérature vont dans le même sens, en effet, certaines femmes peuvent avoir peur de reproduire le geste incestueux qu'elles ont elles-mêmes subi. (18)

#### **2.4.2. L'alimentation au sein**

L'allaitement maternel favorise un lien étroit entre la mère et son enfant et facilite les interactions. Les mères qui allaitent toucheraient davantage leur enfant et seraient mieux disposées à répondre aux besoins de leur bébé. (22)

Cependant, pour les femmes victimes de violences sexuelles, notamment d'inceste, l'allaitement maternel peut être un frein à l'établissement de ce lien. D'après Benoît BAYLE, comme pour les soins et les changes, l'allaitement peut être difficile lorsqu'il s'agit d'un enfant de sexe masculin. (14) Toutefois, nous n'avons pas noté de difficultés d'allaitement en fonction du sexe de l'enfant au sein de notre population puisque parmi les cinq arrêts d'allaitement maternel, quatre des nouveau-nés étaient des filles.

Nous avons remarqué que 9 femmes ont choisi l'allaitement maternel. Mais seulement 4 ont poursuivi l'allaitement au-delà du séjour à la maternité. La plupart ont rapidement arrêté l'allaitement à la maternité, généralement au cours des deux premiers jours. Les arrêts sont justifiés par des difficultés de mise au sein, difficultés pour le bébé à téter, une perte de poids excessive.

En effet, pour la moitié de notre population, nous avons constaté des troubles d'alimentation associées à des pertes de poids excessives ou des reprises de poids lentes. La



littérature ne met cependant pas en évidence ces problèmes d'alimentation. Nous pouvons alors nous interroger sur l'origine de ces pertes de poids. Est-ce parce que ces enfants sont calmes et se font tellement « oublier » qu'ils en oublient de s'alimenter suffisamment ?

Par ailleurs, la moitié des patientes qui ont arrêté l'allaitement évoquent également ne pas avoir aimé le contact de leur enfant au sein : *« ça faisait mal, je ne supportais pas en fait. Je voulais allaiter mais ça montait pas [...] j'ai pas apprécié le contact, puis elle n'y arrivait pas, c'était compliqué pour toutes les deux ».*

Mme C explique ses deux échecs d'allaitement au sein : *« j'ai essayé de les allaiter tous les deux, mais déjà d'une, ils ne prenaient pas bien le sein et de deux moi j'aimais pas ça non plus. Pour les deux, j'ai tiré mon lait pendant deux semaines [...] c'est le contact qui m'énerve ».*

Ces causes d'arrêt de l'allaitement sont retrouvées dans la littérature mais s'explique du fait de la reviviscence de souvenirs traumatiques au cours des tétées (15).

Une patiente verbalise l'apparition de souvenirs des violences subies ainsi qu'un rapport avec son corps difficile au moment de l'allaitement, occasionnés d'après elle par la place intrusive du personnel soignant : *« j'ai eu des soucis par rapport aux attouchements, mon soucis c'était plus à la maternité [...] là où j'ai senti des choses particulières avec mon corps, c'était plus la mise au sein, je n'ai jamais eu de problème avec les examens gynécologiques ou autre mais la mise au sein oui parce que c'était fait d'une façon très frontale en fait. Par exemple, moi on m'a tellement touché les seins qu'après je n'osais même pas les toucher moi-même, pour essayer de faire sortir le lait. Parce que c'était « oui vous faites comme ça » avec un ton dur ou « je peux ? » mais elle avait déjà la main sur le sein. [...] mes seins c'était comme un tiroir qu'on avait déplacé de mon corps. Ça ne m'appartenait plus. [...] j'ai eu une espèce de blocage. [...] par rapport à la mise au sein je me suis sentie un peu coupée de mon corps ».*

A travers ce discours, il semble que Mme J a le sentiment que son corps a été « violé » par les professionnels dans la mesure où ils se sont octroyés le droit de la toucher sans son consentement. Ce sentiment de viol a été favorisé par la période délicate que constitue le post partum et aussi parce que l'allaitement maternel peut être difficile à mettre en place.

Certaines patientes ont souhaité allaiter leur enfant pour avoir un contact avec lui comme le souligne Mme F qui met en place les conditions nécessaires à sa poursuite : *« c'est*



*pour le contact [...] pour moi c'était important au début ». Mme B était motivée d'allaiter « je voulais allaiter, on avait pris les dispositions nécessaires [...] on avait arrêté les antidépresseurs carrément. [...] », et argumente son choix : « Pour le contact, pour les anticorps [...] on porte un bébé, donc la logique des choses c'est de l'allaiter »*

Certaines patientes ont allaité sur une longue période (plusieurs mois). Benoît BAYLE a fait le même constat. (14)

Le choix d'allaiter se fait parfois avec un objectif autre que celui de nourrir son enfant ou de favoriser le lien mère-enfant. En effet, Mme A le fait en opposition à sa mère qui *« ne nous a pas allaité. Et que je voulais me venger »*. Si l'on reprend l'histoire de Mme A, sa mère ne l'avait pas cru à l'annonce des violences sexuelles faites par l'ami d'enfance de cette dernière. Depuis, elles ont de mauvais rapports. Les violences sexuelles sont en quelque sorte à l'origine de cette volonté d'allaitement maternel. De plus, Mme A nous explique *« quand j'allaite, en fait mes seins c'est plus des seins, c'est pas un biberon mais pour moi c'est pas des seins, c'est pas dramatique si on voit mes seins. En dehors de l'allaitement, t'es malade, tu touches pas mes seins, tu ne les vois même pas »*.

Deux patientes au moins ont eu la sensation d'être séparées de leurs seins pour l'allaitement, de se dédoubler. De la même façon que nous avons pu le voir au cours de l'accouchement, les femmes peuvent opérer une dissociation de l'esprit et du corps afin de ne pas penser aux souvenirs traumatiques, une manière de se protéger. Ces témoignages nous renvoient donc à cette dissociation de l'esprit et du corps.

### **2.4.3. Un père très présent, un pilier pour les femmes**

A travers les précédents témoignages, nous avons constaté que le père occupe une place importante pour ces patientes. La majorité de nos patientes en couple déclare avoir un compagnon très présent, les ayant bien entourées et soutenues. C'est un constat que nous n'avons pas retrouvé dans la littérature.

Nos patientes semblent beaucoup s'appuyer sur lui, il est la personne de confiance : *« mon mari, il m'aide toujours [...] il y a que lui qui arrive à me calmer, à me rassurer » ; « je savais que ça allait être un bon père mais à ce point là je ne savais pas [...] il a été vraiment extraordinaire »*



Une patiente critique le positionnement d'une auxiliaire de puériculture qui insistait pour que son mari rentre au domicile : « *Il y avait une auxiliaire qui disait à mon mari « rentrez chez vous vous reposer, ça ne sert à rien que vous restiez là, elle lui disait ça devant moi en fait. Il est resté parce qu'il voulait rester, et moi je trouve que c'était bien et c'était son droit d'être là et de vivre ces moments avec nous, et pour moi son soutien m'était précieux. C'était un peu comme si ça la dérangeait parce qu'il y avait le lit là ou qu'il était avec nous. J'ai trouvé ça très intrusif de lui dire « rentrez chez vous... » »*. L'attitude directive du soignant génère un sentiment d'inconfort et d'incompréhension face à cette tentative « de séparation » du couple.

L'accession de la parentalité se fait en couple. En effet, le mari présent permet à sa femme de s'appropriier plus facilement avec moins d'appréhension les soins à l'enfant.

L'absence du père est systématiquement mise en avant dans le discours : « *ce qui était génial c'est qu'il y avait le père, il a dormi à l'hôpital. Il était très présent* » ; « *pour le premier il ne m'avait pas beaucoup aidé [...], pour mon fils j'étais vraiment toute seule. [...] il m'aide plus maintenant qu'au début* ».

La relation avec le père est donc déterminante dans la mise en place de la parentalité. Elle fait partie des facteurs de risque de dépression post natale lorsque celle-ci est conflictuelle, lorsque le conjoint est absent également. (23)

#### **2.4.4. Baby blues et dépression du post-partum**

Il nous a semblé intéressant d'aborder le baby blues et la dépression du post-partum. Qu'en est-il des femmes victimes d'abus sexuels dont l'une des particularités est une fragilité psychologique ? Nous pouvions alors supposer une part importante de baby blues et de dépressions du post-partum chez ces femmes.

Cependant, une seule dépression du post-partum a été diagnostiquée pour une patiente au moment de la réalisation des entretiens. Elle est expliquée par Mme C du fait de son isolement et du manque de soutien de son mari : « *pour le premier [...] j'avais du mal, même lui donner à manger la nuit, me réveiller, j'avais du mal [...] par rapport à la fatigue, j'étais déprimée, j'étais pas bien. J'avais du mal à m'en occuper en fait, c'était pas par rapport au*



*bébé. Ce n'était pas par rapport à l'attachement au bébé, j'étais attachée au bébé mais je ne sais pas, je trouvais tout difficile en fait. Ça me semblait impossible de tout faire, même une chose simple, changer une couche pour moi c'était trop, insurmontable. [...] C'est passé tout seul. J'étais bien obligé de le faire de toute façon donc je le faisais, je le faisais sans aucun plaisir, je le faisais machinalement on va dire. Après, on va dire que j'ai bien mis 3-4 mois pour que je prenne vraiment du plaisir à m'occuper de lui. [...] Je pense aussi que pour le premier il (le conjoint) ne m'avait pas beaucoup aidée, je pense que ça a joué aussi sur le fait que je sois déprimée. [...] pour mon fils j'étais vraiment toute seule ».* Le fils de cette patiente a été diagnostiqué autiste. La patiente nous fait part du comportement difficile de son fils mais elle attribue la cause de la dépression au manque de soutien de son mari et à son isolement.

Cependant, le mémoire de Cindy FERNANDES, étudiante sage femme, montre que les troubles ou maladies de l'enfant ainsi que les antécédents de dépression constituent un réel facteur de risque de post-partum blues ou baby blues. De même que l'isolement, les mésententes avec le conjoint, les relations conflictuelles avec la mère, les antécédents de dépressions font partis des facteurs de risques des dépressions post-natales. (23)

Une suspicion de dépression peut être évoquée chez Mme G, elle mentionne la reviviscence de souvenirs des violences sexuelles, des troubles du sommeil, de l'appétit, et l'absence d'envie.

Pour finir, la moitié de notre effectif manifeste des signes de baby-blues (larmes, angoisses) au cours du séjour à la maternité.



### **3. Propositions**

Suite à l'analyse des entretiens, il nous a paru important d'aborder la formation des professionnels de santé face aux violences sexuelles et ainsi chercher des éléments de formation afin d'améliorer celle-ci. Dans un second temps, nous développerons l'intérêt d'un dépistage systématique des violences sexuelles et suggérerons un moyen de le mettre en place. Pour finir, nous exposerons un moyen d'orienter les femmes victimes de violences sexuelles.

#### **3.1.1. La formation**

Les violences sexuelles font l'objet d'enseignements dans certaines écoles de sages-femmes. Il est essentiel que tous les étudiants sages-femmes aient au minimum un enseignement de base et que soit proposé d'approfondir cet enseignement sous forme d'unité d'enseignement optionnelle aux étudiants intéressés. Ce sujet doit également être l'objet de formation continue avec le développement de plusieurs outils : rappels théoriques et juridiques, outils de prise en charge, collaboration pluridisciplinaire, jeux de rôles. Pour être pleinement efficace, il est nécessaire que ces formations soient adaptées à la périnatalité : s'attacher aux conséquences sur la maternité, apprendre le repérage chez les femmes enceintes, encourager le dépistage systématique au plus tôt dans la grossesse, au cours des EPP par exemple, fournir des contacts pour la prise en charge psychologique et sociale des patientes, proposer des mises en situation. Dans un premier temps, une information sur les formations existantes serait utile : kits de formation élaborés par la MIPROF, les formations avec l'association Mémoire Traumatique et Victimologie.

#### **3.1.2. Un positionnement professionnel juste**

Au vu de nos résultats, il est important de rappeler aux différents professionnels de santé (médecins, sages-femmes, auxiliaires puéricultrices, aides soignantes) d'avoir un positionnement professionnel juste. Les professionnels de santé doivent prendre le temps d'écouter les patientes. L'écoute joue un rôle non négligeable dans la prise en compte des traumatismes psychologiques et peut même permettre des économies de la santé sur le long terme. Ils doivent donner des explications sur le déroulement du geste à suivre et demander



l'autorisation aux patientes avant de les toucher, respecter leur pudeur à chaque étape de la prise en charge : examens cliniques, accouchement, allaitement...

### **3.1.3. Des méthodes différentes pour les touchers vaginaux**

Au vu du discours des femmes sur le vécu des touchers vaginaux, nous pouvons nous interroger sur la nécessité des touchers vaginaux systématiques au cours des consultations prénatales. En effet, pour une femme ne décrivant aucune contraction utérine, est-il utile de réaliser un toucher vaginal à chaque consultation ? Ne serait-il pas judicieux de réaliser des touchers vaginaux seulement sur signes d'appel ?

De plus, nous devrions nous interroger sur la position gynécologique adoptée au cours des touchers vaginaux. Les femmes victimes de violences sexuelles décrivent au mauvais vécu de cette position. En effet, la position gynécologique a tendance à les renvoyer à leur position de victime, soumise, à la position de viol. Cassandra FEAUVEAU, étudiante sage-femme, dans son mémoire sur l'examen gynécologique en décubitus latéral montre que 62% des patientes décrivent l'examen en décubitus latéral comme moins douloureux. De plus, 87% considèrent qu'il est plus respectueux de la pudeur que la position gynécologique « classique ». (24) La position en décubitus latéral pourrait être alors une alternative à la position gynécologique classique, et ainsi diminuer le mauvais vécu des examens obstétricaux. Une formation sur la pratique des touchers vaginaux en décubitus latérale pourrait alors être intéressante.

### **3.1.4. Le dépistage**

La méthode de dépistage des violences semble meilleure lors du dépistage systématique de l'EPP : il paraît important de le rendre obligatoire. De nombreuses femmes peuvent ne présenter aucun signe visible de violences sexuelles au cours d'une consultation prénatale, le questionnement systématique permet de ne pas « passer à côté ». Le médecin Gilles LAZIMI et la sage femme Mathilde DELESPINE utilisent un outil de dépistage dont l'avantage est de présenter une gradation dans les questions et d'aborder le sujet des violences : « avez-vous déjà subi des violences verbales ? Avez-vous déjà subi des violences physiques ? Avez-vous déjà subi des violences sexuelles ? ». En cas de réponse affirmative, il permet au soignant et à la femme, si elle le souhaite, d'approfondir le questionnement. Le dépistage ne peut cependant pas se faire en présence d'une tierce personne car il risquerait de



mettre la femme en danger, notamment en cas de violences conjugales. Ne serait-il pas judicieux de faire apparaître ces questions dans le dossier obstétrical, afin d'inciter les professionnels à les poser ? Toutefois, comme tout dépistage, ces investigations préventives peuvent être vécues comme très intrusives. Elles nécessitent tact et savoir-faire, ce qui requiert un apprentissage et renvoie à la proposition de formation des professionnels.

De plus, mettre des dépliants ou des affiches sur la prévention des violences dans les salles d'attente permettrait de sensibiliser les patientes en général, d'ouvrir l'espace de la parole dans le cadre de la consultation et de montrer la disponibilité du praticien pour les patientes victimes.

### **3.1.5. L'orientation**

La conduite à tenir une fois le diagnostic posé peut être difficile pour les sages-femmes. Il est essentiel d'adresser la patiente vers des personnes compétentes.

Au sein des structures multidisciplinaires, il faudrait au moins une personne formée à la problématique des violences sexuelles. Cette proposition a été faite dans le mémoire de Mathilde DELESPINES concernant les violences en général. Le but serait d'avoir une personne ressource détentrice d'informations et capable de proposer des orientations spécifiques. Cependant, cette personne ne doit pas être un moyen pour les autres soignants de se « dédouaner » des patientes victimes, mais doit être une aide pour la prise en charge.

Il serait également utile de faire des listings de contacts pour les maternités avec les numéros des associations de victimes de violences ou des professionnels formés.



## CONCLUSION

---

Il est important de garder à l'esprit que toute violence sexuelle doit être prise au sérieux. Comme nous avons pu le voir, tout type de violence a un impact psychologique avec un risque pour la santé physique et psychique des victimes.

La période de la maternité est une période de fragilité psychologique, et ce d'autant plus pour les femmes victimes de violences sexuelles. Un risque de réactivation des souvenirs traumatiques peut être observé à tout moment de la grossesse, généralement après un geste, un acte, une situation pouvant évoquer la position de victime ou le viol. C'est pourquoi, il est primordial d'accorder une attention particulière à cette population de femmes, notamment au cours des examens obstétricaux, de l'accouchement mais aussi dans le post-partum avec l'allaitement au sein. Les professionnels de santé doivent attendre l'accord de la patiente avant de la toucher, respecter sa pudeur quelle que soit la situation, être à l'écoute et savoir ramener la patiente à la situation présente lorsque celle-ci se dissocie de son corps afin de supporter la douleur des souvenirs revécus. Les professionnels de santé, et particulièrement les sages-femmes, ont donc un rôle spécifique à jouer. L'écoute occupe une part non négligeable de la prise en charge des traumatismes psychologiques et peut permettre des économies de la santé sur le long terme. De plus, les femmes semblent demandeuses d'accompagnement et d'écoute, notamment au sujet des angoisses et des peurs ressenties au cours de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement.

En post-partum, il pourra être difficile pour ces femmes victimes de violences sexuelles d'établir un contact, un lien précoce avec leur enfant. Cependant, il ne faut en aucun cas juger ces femmes qui se sentent déjà coupables de ne pouvoir toucher et s'occuper de leur enfant. Nous devons, en tant que professionnels, les aider et les rassurer afin de leur apporter un sentiment de sécurité pouvant les aider à surmonter leurs peurs et leurs angoisses à l'idée de devenir parent.

Pour finir, nous avons noté au moment de la découverte de la grossesse, une relation au corps particulière chez ces femmes. Il serait donc intéressant d'approfondir cette étude en se questionnant sur les représentations qu'ont les femmes victimes de violences sexuelles de leur corps.



## Références bibliographiques

---

1. La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes - n°8 - « Violences faites aux femmes : les principales données » - nov 2015 [Internet]. 2015 [cité 1 déc 2015]. Disponible sur : <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/no8-Violences-faites-aux-femmes.html>
2. OMS | La violence à l'encontre des femmes [Internet]. [cité 28 sept 2014]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/>
3. Ce que dit la loi - Violences sexuelles [Internet]. [cité 28 sept 2014]. Disponible sur : <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Violences-sexuelles,312.html>
4. Violences contre les femmes La loi vous protège [Internet]. [cité 28 sept 2014]. Disponible sur : <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/>
5. La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes - n°6 - « Violences au sein du couple et violences sexuelles : impact sur la santé et prise en charge médicale des victimes » [Internet]. 2015 [cité 1 déc 2015]. Disponible sur : <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/La-lettre-de-l-Observatoire-no6.html>
6. Anna, vidéo [Internet]. Dailymotion. [cité 26 août 2015]. Disponible sur : [http://www.dailymotion.com/video/x2aqqe9\\_anna\\_school](http://www.dailymotion.com/video/x2aqqe9_anna_school)
7. Elisa, vidéo [Internet]. Dailymotion [cité 26 août 2015]. Disponible sur : [http://www.dailymotion.com/video/x2aqqy0\\_elisa\\_school](http://www.dailymotion.com/video/x2aqqy0_elisa_school)
8. SALMONA M. Mémoire Traumatique et Victimologie, Violences Sexuelles [Internet]. Mémoire Traumatique et Victimologie. 2013 [cité 12 juill 2016]. Disponible sur : <http://www.memoiretraumatique.org/memoire-traumatique-et-violences/violences-sexuelles.html>
9. MONTACLAIR E. Le rôle de la sage-femme et du gynécologue-obstétricien dans la prise en charge des patientes enceintes ayant été victimes de violence sexuelle dans leur passé [Internet]. Ecole de Sages-Femmes de Caen ; 2013. p.31. [cité 27 juill 2016]. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00873186/document>
10. BYDLOWSKI M. Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne [Internet]. Devenir. 2001 [cité 19 juill 2016]. Disponible sur : [http://www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=DEV\\_012\\_0041](http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=DEV_012_0041)
11. GUERIN V. Antécédents de violence sexuelle : Facteur de risque de harcèlement en milieu professionnel ? Conduite à tenir. Stop aux Violences Sexuelles. 2015.
12. SALMONA M, Association Mémoire Traumatique et Victimologie. Impact des Violences Sexuelles de l'Enfance à l'Age Adulte ; déni de protection, de reconnaissance et de prise en charge : enquête nationale auprès des victimes [Internet]. 2015 mars [cité 12 juill 2016] p. 96-106. Disponible sur : [http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/doc\\_violences\\_sex/Rapport-enquete-AMTV\\_mars-2015\\_BD.pdf](http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/doc_violences_sex/Rapport-enquete-AMTV_mars-2015_BD.pdf)



13. Lettre de l'Observation Nationale des Violences faites aux Femmes : les principales données [Internet]. 2015 [cité 12 juill 2016]. Report N°8. Disponible sur : [file:///C:/Users/La%C3%ABtitia/Documents/memoire%20SF/fichiers%20site%20gouvernemental/Lettre\\_ONVF\\_8\\_-\\_Violences\\_faites\\_aux\\_femmes\\_principales\\_donnees\\_-\\_nov15.pdf](file:///C:/Users/La%C3%ABtitia/Documents/memoire%20SF/fichiers%20site%20gouvernemental/Lettre_ONVF_8_-_Violences_faites_aux_femmes_principales_donnees_-_nov15.pdf)
14. BAYLE B. Faut il dépister les antécédents de traumatisme sexuel lors de la grossesse ? [Internet]. 2004. p. 496-503. [cité 5 oct 2014]. Disponible sur : <http://benoit.bayle1.free.fr/depister.pdf>
15. AMBROISE A. Victimes d'inceste en maternité. Etat des lieux de la connaissance et des pratiques des sages-femmes. Mémoire Diplôme d'Etat de Sage Femme. Ecole de Sage Femme de Baudelocque : Paris Descartes ; 2013. p. 8-15.
16. PAGANELLE, éditeur. Profession sage femme. Cas clinique Périnée : vaginisme et grossesse. mai 2012;(185), p 7-31.
17. BLONDEL B, KERMARREC M, Unité de Recherche Epidémiologique en Santé Périnatale et Santé des Femmes et des Enfants, INSERM. Enquête nationale Périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. [Internet]. 2011 mai. p. 27-32. [cité 27 juill 2016]. Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_naissances\\_en\\_2010\\_et\\_leur\\_evolution\\_depuis\\_2003.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf)
18. RATTI A. Devenir parent après l'inceste : le cycle intergénérationnel de l'abus sexuel [Internet]. Mémoire de Maîtrise universitaire des sciences en Psychologie. Université de Lausanne ; 2012. p. 52-57. [cité 18 juill 2016]. Disponible sur : <http://www.espacedisno.ch/wp-content/uploads/2015/04/123-Anna%C3%AFs-Ratti-2012-Devenir-parent-apr%C3%A8s-linceste.pdf>
19. DAGEVILLE C, CASAGRANDE F, DE SMET S, BOUTTE P. Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance. Archives de Pédiatrie. Vol. 18. 2011. p 994-1000.
20. CARLES L. Le déni de grossesse et ses conséquences sur la mère, sur le nouveau-né et sur l'installation du lien mère-enfant. Mémoire Diplôme d'Etat de Sage Femme. Université de Limoges ; 2014.
21. AUBRY I, APERS S, Association Internationale des Victimes de l'Inceste. Etre parent après l'inceste. L'inceste, quand les victimes en parlent ! Josette Lyon. Paris ; 2009. p. 214.
22. Dossier d'Allaitement 70 : Allaitement et dépression maternelle. 2007 [cité 23 juill 2016] ; Disponible sur : [http://www.lllfrance.org/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=1280&Itemid=131](http://www.lllfrance.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=1280&Itemid=131)
23. FERNANDES C. Baby-blues et dépression post-natale : évaluation des connaissances des femmes : quelle information ont-elle reçue ? [Internet]. Ecole de Sages-Femmes de Clermont-Ferrand, université d'Auvergne-UFR de médecine ; 2012. p. 9-15. [cité 18 juill 2016]. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00765348/document>



24. FEAUVEAU C. L'examen gynécologique en décubitus latéral : vécu des patientes. Mémoire Diplome d'Etat de Sage Femme. Ecole de Sages-Femmes de Limoges; 2016. p.33.



## Annexes

---

### **ANNEXE I. Lettre de demande d'autorisation**

Mlle LEGRAND Laëtitia  
Etudiante sage-femme en 4<sup>ème</sup> année  
Ecole de Sages-femmes  
23, avenue Dominique Larrey  
87000 LIMOGES

Madame, monsieur,

Je suis Laëtitia Legrand, étudiante sage femme à Limoges. Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études, je m'intéresse aux conséquences des violences sexuelles faites aux femmes, sur la mère, sur l'enfant et sur la relation mère-enfant de la grossesse au mois suivant la naissance de l'enfant. L'objectif de cette étude est d'améliorer les connaissances des professionnels de santé et au final la prise en charge de ces femmes.

Mon étude sera menée grâce à des entretiens semi-directifs un mois après la naissance de l'enfant. Elle concerne les femmes ayant subi des violences sexuelles au cours de leur vie.

La direction de ce travail de recherche est assurée par Mme Orliaguet, psychologue de l'Unité Mère-Bébé d'Esquirol.

Nous souhaiterions distribuer un courrier d'information expliquant cette étude aux femmes victimes de violences sexuelles, dans le service de consultation de votre établissement.

Je me permets donc de vous solliciter afin d'obtenir votre accord pour distribuer mon courrier d'information que vous trouverez ci-joint.

Je vous remercie par avance de votre réponse et je vous prie d'accepter, monsieur, mes sincères salutations.

Cordialement,

Legrand Laëtitia.



**ANNEXE II. Courrier expliquant l'étude**

Limoges, le 09/12/2014

Bonjour,

Je m'appelle Laëtitia Legrand, je suis actuellement étudiante sage-femme à Limoges. Dans le cadre de mon mémoire, je réalise un travail de recherche sur la question suivante :

- Les antécédents de violences sexuelles au cours de la vie passée d'une mère peuvent-ils avoir un impact sur le déroulement de sa grossesse et de son accouchement ?

L'objectif de cette étude est d'améliorer la prise en charge de ces futures mères par les professionnels de la naissance.

C'est pourquoi je souhaiterais vous rencontrer afin de recueillir votre témoignage sur le déroulement de votre grossesse, votre accouchement et les suites de couches.

Cet entretien sera anonyme, votre identité n'apparaîtra à aucun moment dans mon étude.

Il durera environ une heure et sera réalisé environ 1 mois après votre accouchement.

Vous pourrez choisir les modalités (lieu, date, heure) de l'entretien.

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de remplir le bas de cette page avec vos coordonnées.

Je vous recontacterai (après l'accouchement) afin de convenir de la date et du lieu de notre rencontre.

Je vous remercie par avance pour votre participation.

Pour toute question vous pouvez me contacter, par téléphone au 06.41.71.36.78 ou par mail au laeti\_87@hotmail.fr .

Cordialement,

Laëtitia Legrand

✂.....

Merci de remettre ce document à la sage-femme.

Nom : .....

Prénom : .....

Date prévue d'accouchement : ...../...../ 2015

Numéro de téléphone personnel (fixe et/ou portable) : .....  
.....



### ANNEXE III. La grille de recueil de données et le guide d'entretien

## GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES

Certaines variables seront collectées dans le dossier avant l'entretien. Elles permettront de décrire les caractéristiques de la population étudiée, d'éviter les maladresses ou de poser des questions inappropriées au décours de l'entretien.

⇒ Pour la patiente :

- Age.
- Origine ethnique.
- Contexte socio-économique de la patiente et du conjoint (profession, revenus, RSA, conditions de vie, habitat).
- Gestité et parité.
- Antécédents psychologiques, psychiatriques.
- Addictions : tabac, alcool, drogues.
- Antécédents obstétricaux (FCS, IVG, MFIU, GEU, pathologies au cours d'autres grossesses...).
- Données sur les violences subies si précisées dans le dossier (type de violence sexuelle, âge de survenue, plainte déposée, connaissance de l'entourage du traumatisme sexuel...).

⇒ Pour la grossesse :

- Déclaration de grossesse faite.
- Nombre de consultations de suivi/consultations en urgence (motif ?)/échographies.
- Pathologies apparues en cours de grossesse (question posée au cours de l'entretien mais permettra de corréliser avec les dires de la patiente).
- Observations concernant les examens obstétricaux : faisabilité, refus, vaginisme, afin de les confronter aux dires de la patiente.

⇒ Pour l'accouchement :

- Observations des professionnels de santé concernant le comportement de la patiente au cours de l'accouchement, son comportement vis-à-vis du nouveau-né.

⇒ Pour le séjour à maternité :

- Observation des professionnels de santé sur le comportement de la mère et du nouveau né, l'établissement du lien mère-enfant...

Confrontation des données recueillies dans le dossier aux propos de la patiente.

## GUIDE D'ENTRETIEN

**Bonjour, je m'appelle Laëticia Legrand, je suis étudiante sage-femme à Limoges.  
L'objectif de mon étude est de connaître le déroulement de votre grossesse, de votre accouchement ainsi que de votre séjour à la maternité.  
Je m'intéresse tout particulièrement aux femmes ayant été victimes à un moment de leur vie de violences sexuelles.**



L'intérêt de cette étude est d'améliorer la prise en charge tout au long du suivi réalisé au décours de la grossesse.

Cet entretien durera environ une heure et sera enregistré si vous êtes d'accord. Votre identité n'apparaîtra à aucun moment puisque l'ensemble des données de l'entretien seront rendues anonymes.

**Pour commencer, comment allez-vous ?**

**Est-ce que vous pouvez vous présenter :**

*Qu'avez-vous fait comme étude et/ou comme formation ?*

- *Quelle est votre activité professionnelle actuellement ?/ Que faites-vous dans la vie aujourd'hui ?*

*Quelle est votre situation familiale actuelle ?*

- *Vivez-vous en couple, seule, chez vos parents ?*

*Et votre conjoint : votre conjoint, que fait-il ? (emploi, étude, âge)*

*De quelle origine êtes-vous ?*

*+/- vous êtes arrivée en France quand ?*

⇒ Questions à poser si réponses absentes du dossier

**Si vous le voulez bien nous allons évoquer les violences subies :**

- Pouvez-vous m'en parler ? (me raconter quand et comment se sont-elles passées ?)
- Avez-vous pu en parler (à qui) et avez-vous trouvé de l'aide (auprès de qui) ?
- Avez-vous eu des troubles suite à ce traumatisme (physiques et/ou psychiques) ?
- Avez-vous eu besoin de vous faire aider ? Comment ?

**Avant la naissance de ce bébé, aviez-vous eu d'autres grossesses (IVG, FC, GEU) et d'autres accouchements?**

- Si oui, comment la ou les grossesse(s) s'est ou se sont-elle(s) déroulée(s) ? Comment s'est déroulé le suivi des grossesses ? (signes de grossesse, suivi régulier ou non ? préparation à la naissance ?)
- Comment s'est ou se sont passé(s) le ou les accouchement(s) ?
- Comment allait l'enfant ?
- Comment s'est ou se sont déroulé(s) le ou les séjour(s) à la maternité ? (allaitement ? soins du bébé ? durée de séjour ?...) Comment ça s'est passé avec le bébé ?

**Nous allons maintenant parler de cette grossesse :**

**Comment s'est passée la découverte de cette grossesse ?**

**Pouvez-vous me raconter le déroulement et le suivi de cette grossesse ?**

- Avez-vous eu des rendez-vous réguliers ?
- Avez-vous consulté en urgence ? si oui, pour quelles raisons ?
- Comment se sont déroulées les consultations ? Les examens obstétricaux (TV, palper) ? Les échographies ?
- Avez-vous suivi une préparation à la naissance ?
- Comment s'est passée la grossesse ? y-a-t-il eu des pathologies ?
- Comment avez-vous vécu la transformation corporelle de la grossesse ?

**Moralement, psychologiquement comment vous êtes-vous sentie pendant la grossesse ?**

- Avez-vous eu besoin d'aide au cours de cette grossesse ? Ressenti des peurs, des angoisses ? Comment l'avez-vous vécu ?



**En ce qui concerne votre entourage familial, comment a-t-il réagi à l'annonce de cette grossesse?**

**Maintenant, comment pourriez-vous qualifier cette grossesse ? (le vécu ?)**

**Ensuite, au moment du travail et à l'approche de l'accouchement :**

**Pouvez-vous me raconter comment s'est passé le travail ?**

**Et l'accouchement ?**

- Quel type d'allaitement vous avez choisi ? Pour quelles raisons ?

**Après la naissance du bébé, comment ça s'est passé ? (peau à peau ? Couveuse ? allaitement ?)**

**Qu'avez-vous ressenti ? Comment avez-vous vécu ces moments-là ?**

**Concernant le séjour à la maternité :**

**Comment s'est déroulé votre retour en chambre ? Qu'avez-vous ressenti ?**

**Comment le séjour à la maternité s'est-il déroulé par la suite ?**

- Comment ca s'est passé avec votre bébé ?
  - Comment s'est passé l'allaitement du bébé ? (prise de poids, nombre de tétés, sensation et ressenti au moment des tétés ...)
  - Comment vous êtes-vous sentie par rapport aux soins du bébé ?
  - Comment les nuits se passaient-elles ?
  - Avez-vous eu besoin d'aide durant votre séjour ? De qui ? Votre conjoint était-il présent ? votre famille ? des amis ? (visites, soutien, aide aux soins ?)
  - Pour votre bébé, comment le séjour s'est-il passé ?
  - Combien de jours êtes-vous restée à la maternité ? Vous sentiez-vous prête à sortir de la maternité au moment de la sortie ?
  - Quels sentiments avez-vous ressentis ?
- 
- Avez-vous bénéficié d'aides pour ce retour ? (PRADO, PMI...)
  - Avez-vous consulté après le retour à la maison, pour vous, pour le bébé ? Pourquoi ?

**Comment cela se passe-t-il maintenant ? (au niveau du bébé et au niveau de la maman (moral)).**

**Pour finir, par rapport à la prise en charge effectuée pendant la grossesse, l'accouchement ou le séjour à la maternité, y-a-t-il des choses, des mots, des gestes qui vous ont déplu ou qui vous ont choqué ?**

**De quoi auriez-vous aimé bénéficier dans la PEC, que ce soit pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de l'accouchement jusqu'à aujourd'hui ? Que vous a-t-il manqué ?**



**ANNEXE IV. Tableau récapitulatif de la population et des violences sexuelles**

Patiente	Age	Profession	Situation familiale	Types de violences	Port de plainte	Antécédents de troubles psychologiques, tentatives de suicide
Mme A	28 ans	Assistante maternelle	En couple, mariée	Viol + attouchements 8 à 17 ans	Oui	Dépression
Mme B	30 ans	Sans profession	En couple, mariée	Attouchements Environ à 20 ans.	Oui	Dépression post agression traitée, hospitalisation d'office, tentative de suicide. Placement sous curatelle
Mme C	31 ans	Sans profession	En couple, mariée	Attouchements A 15-16 ans	Non	Dépression traitée + dépression en post partum. Angoissée.
Mme D	28 ans	Gendarme de carrière	En couple, mariée	Attouchements +/- viol Dans l'enfance	Non	Idée suicidaire sans passage à l'acte, angoissée.
Mme E	19 ans	Sans profession	En couple	Attouchements + viol Dans l'enfance + à 18 ans	Oui : une fois	Dépression + tentative de suicide
Mme F	27 ans	Agent immobilier	En couple, mariée	Attouchements Dans l'enfance	Oui	Angoissée
Mme G	45 ans	Mère au foyer	Célibataire	Viols Dans l'enfance + majeure	Oui une fois	Dépression traitée pendant 8 ans. Tentative de suicide.
Mme H	30 ans	Sans profession	Célibataire	Violences verbales + viol Enfance + majeure	Non	Dépression



Mme I	18 ans	Sans profession	En couple	Viol 15-16 ans	Oui	Suivi par pédopsychiatre dans l'enfance, traitement pour « sautes d'humeur », avant agression
Mme J	38 ans	Sans profession	En couple, Mari�e	Attouchements Enfance	Non	Dépression trait�e. Trouble du sommeil. Angoiss�e.



## ANNEXE V. Entretien Mme D

*ESF : Comme j'ai pu vous l'expliquer au téléphone, mon mémoire concerne les femmes qui ont subi au cours de leur vie des violences sexuelles. L'objectif de mon étude est avant tout de connaître le déroulement de votre grossesse, de votre accouchement et du séjour à la maternité. On abordera quand même les violences sexuelles si ça ne vous dérange pas.*

Mme D : non non

*ESF : mais le sujet principal sera autour de votre accouchement, etc. Le but est d'améliorer au final la prise en charge des dames ayant subi ces violences. Si vous êtes d'accord, je vais enregistrer notre entretien, qui sera rendu anonyme, votre nom n'apparaîtra à aucun endroit. Cela devrait durer environ 1h.*

Mme D : d'accord.

*ESF : donc pour commencer, comment allez vous ?*

Mme D : ça va mieux, je digère mieux la chose. Je ne dis pas que moralement c'est parfait, mais ça va beaucoup mieux.

*ESF : oui ça va mieux qu'à votre fin de grossesse et votre accouchement ? (Elle avait déjà un peu parlé de son accouchement dans l'ascenseur qui a été traumatisant pour elle).*

Mme D : oui voilà.

*ESF : avant qu'on parle de la grossesse, est ce que vous pouvez vous présenter ?*

Mme D : me présenter, c'est-à-dire ? Vous voulez savoir quoi exactement ?

*ESF : votre âge ? Ce que vous faites dans la vie ? Si vous êtes mariée ? Des choses comme ça.*

Mme D : je m'appelle Mme D, j'ai 28 ans, je suis mariée depuis l'année dernière. Je suis gendarme de carrière depuis l'année dernière, depuis le « x » novembre. Donc je suis en brigade, donc ça consiste en tout ce qui est accueil des gens, des victimes, aller sur le terrain etc police route. C'est un ensemble de choses, il n'y a rien de précis en fait. Euh je suis originaire de R normalement, j'étais gendarme adjoint volontaire pendant 2 ans. C'est là où j'ai rencontré mon mari d'ailleurs, qui est aussi gendarme mais qui n'est plus sur le terrain, il est dans les bureaux maintenant. C'est pour ça qu'on a pris l'option de faire un enfant parce qu'on pouvait gérer plus facilement la chose. Et puis mon mari avait à l'époque demandé plusieurs demandes parce qu'il est originaire de V, pour rentrer chez lui. Et moi j'ai réussi à avoir L comme mutation puisque j'étais bien placée et j'avais le choix donc j'ai réussi à avoir L.

*ESF : d'accord. Donc vous êtes mariée. Votre mari est gendarme, il a quel âge lui ?*

Mme D : il a 38 ans, on a 10 ans d'écart. Divorcé. Donc il a déjà été marié une première fois mais sans enfant.

*ESF : d'accord, il est originaire du L du coup vous vous êtes rapprochés de chez lui.*

Mme D : non originaire de V.

*ESF : ah oui pardon.*

Mme D : eh oui, moi je voulais être dans un endroit neutre, je ne me voyais pas travailler en R, je n'aurais pas été neutre je pense.

*ESF : pour votre boulot vous voulez dire ?*

Mme D : voilà, au niveau boulot j'aurais pas été neutre.

*ESF : ok. Par rapport aux violences sexuelles, pouvez-vous me raconter ce qui s'est passé ?*



Mme D : alors au niveau des violences sexuelles, j'en parle depuis très peu. La seule personne à qui j'en ai parlé c'est mon mari à l'époque, parce que c'est vrai que ça me posait problème au niveau des relations sexuelles. J'ai eu que 3 copains dans ma vie, on va dire ça comme ça. Et c'est vrai qu'à un moment donné, certains hommes aiment certaines relations, certaines positions, comme la sodomie, parlons franchement. Et moi c'est un truc que je n'ai jamais supporté. Je me suis toujours voilée la face de ce côté-là, et c'est vrai qu'on en avait parlé une fois avec mon mari, qui me trouvait super agressive, pas bien dans ma peau etc... Et puis un jour on en a parlé, ça a été en profondeur et puis c'est là où je me suis dévoilée, que je lui ai dit que j'avais subi des violences sexuelles de la part de mon frère étant petite. Mais si vous voulez pour moi à l'époque c'était à peu près normal, j'ai 2 frères, 1 d'une quarantaine d'années maintenant et un autre de 38 ans, et euh j'étais très proche de celui de 38 ans. Donc c'est vrai que je voulais toujours l'imiter, être avec lui ou ses copains. Et quand il me disait « bah il faut faire certaines choses pour être avec moi » ou même voilà, je les faisais mais sans me dire c'est mal. Pour moi c'était normal. J'étais en pleine confiance donc euh, et puis c'est resté comme ça en fait.

*ESF : et ça c'était depuis quand ? Ca a duré combien de temps ?*

Mme D : j'ai perdu mon père quand j'avais 12 ans, donc je ne vous dirais pas quel âge j'avais quand ça s'est produit, je sais que j'étais très petite. Après combien de temps ça a duré ? J'en sais rien, sincèrement je ne sais pas, je ne pourrais pas vous donner la notion du temps parce que je ne sais pas.

*ESF : d'accord. Du coup vous me disiez qu'à l'époque vous n'en n'aviez parlé à personne. Est-ce que maintenant quelqu'un d'autre que votre mari est au courant ? Votre mère ?*

Mme D : non et je n'en parlerai pas à ma mère.

*ESF : à une psychologue ? Une aide extérieure ?*

Elle : j'en ai parlé récemment à je ne sais plus son nom, une psychologue à ... parce qu'on en avait parlé avec mon mari, parce que ça jouait beaucoup sur notre vie de couple. Parce que j'étais très agressive, distante. Donc c'est vrai que de ce côté-là il m'a dit « ça serait bien que tu en parles ». Même si mon enfance était belle, il y a des choses que j'ai vu que je n'aurais pas du voir et voilà.

*ESF : est ce que ça vous a aidé de la voir ? De lui en parler ?*

Mme D : alors je l'ai fait tard ma démarche parce que je l'ai fait à 8 mois de grossesse, donc après je suis partie à l'accouchement et c'était compliqué. Mais oui ça m'a fait du bien, ça m'a fait du bien mais c'est pas suffisant, c'est vrai que la démarche est compliquée. Mais ça m'a soulagée, et puis ça m'a permis aussi de parler, de passer du coq à l'âne, j'ai parlé de ça, j'ai parlé d'autres choses. J'ai en fait, indirectement, j'ai balancé tous mes démons sans vraiment aller dans les détails mais j'ai balancé tous mes démons et ça m'a permis de me libérer de beaucoup de démons. Après ça m'a permis aussi de me dire que je pouvais être quelqu'un de bien et que j'avais le droit au bonheur et d'être heureuse. Et voilà.

*ESF : d'avoir fait la démarche c'était bien et très courageux, il ne faut pas hésiter à revenir la voir si vous avez besoin. Et est-ce qu'au cours de votre vie vous avez eu des troubles comme des dépressions ?*

Mme D : oui, souvent. Un grand manque de confiance en moi. Ça c'était, ça a toujours été. Toujours besoin de, si vous voulez je ne me tiens jamais droite, mon mari me dit tout le temps « tiens-toi droite », tout le monde me dit « tiens-toi droite », en fait c'est toujours le besoin de me recroqueviller, de me protéger. Très peu sociable, je vais très peu vers les gens. Donc c'est vrai que je fais un métier qui demande justement d'aller vers les gens et d'être à l'écoute. Et c'est ironique, car j'aime pas les gens, j'aime pas recevoir, j'aime pas... donner, enfin si donner ça va aller mais quand je vais donner je vais donner sincèrement donc rarement. Mais c'est vrai que j'aime pas. Là je sais que j'ai une collègue qui vient chez moi demain, ça m'embête car je vois toujours le mal derrière. J'ai très peu confiance en l'autre, en les gens. Et c'est vrai que je n'aime pas recevoir chez moi, j'ai l'impression qu'on me viole mon intimité. C'est mon cocon à moi, donc voilà.

*ESF : du coup ça ne vous dérange pas qu'on se voit chez vous ? Car on aurait pu se voir à l'extérieur il n'y avait pas de soucis pour moi.*

Mme D : non non c'est moi qui vous ai proposé, ça aurait été trop compliqué entre le chien et la petite. Non c'est différent. Mais c'est vrai que je ne suis pas très sociable.



*ESF : d'accord. Vous aviez eu des traitements mis en place pendant ces dépressions ?*

Mme D : non, non. C'est mon mari en fait, c'est un peu lui qui m'a fait ma thérapie indirectement, qui m'a dit euhh, qui m'a aidé en fait à me soulager de tout ça. Et puis il m'a dit « ça serait bien que tu t'entages à faire une thérapie ou quelque chose comme ça ». Et puis c'est vrai que j'avais toujours dit que je le ferais, et je ne l'ai jamais fait jusque là.

*ESF : est ce qu'il y a eu des tentatives de suicide ?*

Mme D : non. Non j'y ai déjà pensé mais, voilà.

*ESF : d'accord. Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose au sujet des violences sexuelles ?*

Mme D : non.

*ESF : d'accord, on va passer au sujet des grossesses alors. Est-ce que vous avez eu d'autres grossesses avant celle là, IVG, FC, GEU ?*

Mme D : non

*ESF : ok, du coup pour cette grossesse, comment s'est passée la découverte ?*

Mme D : stressante. Très stressante parce qu'à la base moi je, mon mari était très impatient d'avoir un enfant de part son âge en fait. Et puis il avait rencontré son ex-femme qui ne pouvait pas avoir d'enfant donc il s'était résigné à ne pas avoir d'enfant. Et quand on s'est rencontré, forcément il s'est dit que c'était la possibilité d'en avoir un. Donc du coup pourquoi pas se lancer. Et c'est vrai qu'il me, enfin je trouvais toujours des excuses. C'était d'abord « je ne suis pas de carrière », donc je pouvais être virée à tout moment. Une fois que j'étais de carrière, c'était « on n'est pas marié ». On s'est marié. J'ai plus eu trop d'excuse après en fait. Et puis du coup je ne pensais pas vraiment pas tomber enceinte parce que je ne me donnais pas à 100%, et puis il y avait le boulot qui n'allait pas etc. Et on a décidé de prendre un chien, j'ai réussi à le convaincre. Et puis le x décembre je suis tombée enceinte.

J'avais arrêté ma contraception au mois d'août, on avait été voir le gynécologue en lui disant que je n'arrivais pas à tomber enceinte, alors que ça faisait 2 mois qu'on essayait et le mois d'après je suis tombée enceinte. Je m'en suis pas rendu compte, c'est mon mari qui s'en est rendu compte.

*ESF : comment votre mari s'en est rendu compte ? Et qu'est ce qui a fait que vous non ?*

Mme D : alors moi si vous voulez, pour moi je n'arriverais jamais à tomber enceinte. J'étais déjà un peu costaud, donc j'avais déjà un peu de ventre et tout. Et puis ma poitrine avait grossi mais ça ne m'avait pas trop choquée. Et puis un jour, c'était un dimanche, ma mère devait venir, je prenais ma douche et puis mon mari arrive et il me dit « tu as de sacrées vergetures sur les seins ». Donc lui super content, il me dit ça. Je lui dis « oui bah écoute euh », moi j'ai pensé à un cancer parce que dans ma famille il y a beaucoup de cancers, j'ai pas du tout pensé à être enceinte. Et puis il me dit « je suis sûre que tu es enceinte, on va aller faire le test, je vais chercher le test ». Donc il va à la pharmacie de garde, il prend un test. Et là on voit qu'il y a 2 barres. Je regarde la notice, je regarde bien. Je me dis « non c'est peut être pas ça, on s'est peut être trompé » et en fait j'étais bien enceinte.

*ESF : comment l'avez-vous pris du coup ?*

Mme D : bien, très très bien. Mais l'angoisse totale : Comment ça allait se dérouler ? Comment ça va se passer ? Je me posais toujours, comme d'habitude, beaucoup de questions.

*ESF : d'accord donc malgré les excuses que vous trouviez au final vous étiez contente d'être enceinte tout de même.*

Mme D : oui.

*ESF : à quel terme la grossesse a été découverte ?*

Mme D : 3 semaines



*ESF : d'accord. Comment s'est passé le déroulement et le suivi de la grossesse ?*

Mme D : bien. Après ça a été compliqué parce que je subissais un sale moment de la part de ma hiérarchie au travail. Donc c'était compliqué en fait pour moi, j'ai un peu mis de côté ma grossesse. Indirectement, comme dit mon mari, je l'ai protégée malgré tout. En faisant attention puisque le gynécologue me disait qu'elle était toujours en bonheur fœtal, comme ils appelaient ça, qu'il n'y avait pas de problème particulier.

*ESF : en quoi avez-vous mis de côté votre grossesse ?*

Mme : parce que je ne pensais qu'au travail, c'est-à-dire je rentrais, je pleurais. J'étais en dépression en fait. Je voyais, je parlais boulot, je vivais boulot, je dormais boulot, je voyais que par ça quoi. Par les réflexions qu'on me faisait, je, mon mari n'existait plus, mon bébé n'existait pas même si j'en prenais soin quand même, voilà quoi. Je pleurais, je savais que je lui faisais du mal en pleurant, indirectement. Jusqu'à 5 mois ça a duré, et après je me suis mise en arrêt maladie.

*ESF : d'accord vous avez été arrêtée après. Et au niveau des rendez-vous, vous avez été à vos rendez-vous tous les mois ?*

Mme D : oui

*ESF : est ce que vous avez consulté en urgence ?*

Mme D : euh une fois, c'était à 6 mois de grossesse je crois.

*ESF : c'était pour quelle raison ?*

Mme D : pareil le boulot. J'étais tellement stressée par le boulot, parce qu'il y avait une enquête de commandement, j'avais été entendue le matin même. Et le soir on était dans le lit, et je ne la sentais pas bouger. Mais c'était psychologique en fait, elle bougeait mais j'étais tellement stressée que je ne la sentais pas bouger. Donc on est allé à la maternité en urgence, et puis en fait à peine arrivés, elle a mis sa main elle l'a sentie bouger, et j'ai mis ma main et je l'ai sentie bouger aussi.

*ESF : d'accord, c'est la seule fois que vous avez consulté en urgence ?*

Mme D : oui

*ESF : et tout le reste de la grossesse s'est bien déroulé ?*

Mme D : oui.

*ESF : d'accord, il y a eu des échographies, comment se sont elles passées ?*

Mme D : bien

*ESF : il n'y a pas eu de soucis ? Le fait de montrer le ventre ? Que le médecin le touche ?*

Mme D : non non, au contraire, j'étais impatiente de la voir.

*ESF : et au moment des consultations, est ce que le gynécologue vous examinait ?*

Mme D : oui

*ESF : et comment ça se passait ?*

Mme D : j'ai jamais aimé, très douloureux. Même là, je suis allée voir mon gynécologue très récemment et je ne supporte pas en fait. Il m'a même dit « je vois que vous n'avez pas eu de rapport depuis ». Et je lui ai dit « non, j'en suis pas capable ». Déjà, de part les saignements, et c'est vrai que le contact en fait me..., depuis j'ai..., c'est vrai j'ai toujours, depuis l'accouchement j'ai toujours repoussé mon mari. Il y a que des bisous et encore quoi. C'est vrai qu'on n'a pas de contact physique.



*ESF : d'accord, et les touchers vaginaux, ils vous font seulement mal ou ils font également revivre des choses ?*

Mme D : non

*ESF : je vais poser la question différemment, plutôt, qu'est ce qui vous gêne dans les touchers ?*

Mme D : c'est le fait qu'on me pénètre. Ça m'insupporte, je ne supporte pas. Puis le fait qu'on me..., moi après je suis très pudique de ce côté-là. C'est vrai que voilà, quand il me dit d'écarter les jambes, il faut tout le temps qu'il me le répète car je ne le fais pas naturellement. Dès que je suis déshabillée, la première chose que je fais c'est que je me cache quoi.

*ESF : d'accord. Est-ce que vous avez suivi de la préparation à la naissance ?*

Mme D : oui.

*ESF : ça vous a plu ?*

Mme D : oui

*ESF : ça vous a aidé ? Ca vous a apporté quelque chose ?*

Mme D : oui oui parce que la sage femme a une façon de faire, beaucoup d'humour, beaucoup d'expérience et ouais.

*ESF : est ce que vous avez pu faire part de vos angoisses ?*

Mme D : oui oui totalement, on a pu en discuter et tout. C'est vrai que même pour mon mari, ça l'a bien aidé, elle a pu répondre à ses questions.

*ESF : ok, est ce qu'il y a eu des pathologies durant la grossesse ? Diabète, d'hypertension ou autre ?*

Mme D : non, non rien du tout. Pourtant j'avais pris 22kg.

*ESF : comment vous avez vécu la transformation corporelle ?*

Mme D : euh, j'ai pris du ventre très vite. Après la poitrine, euh, bah ça a été en fait. J'ai eu du mal à me rendre compte de la chose, j'ai toujours eu du mal à me rendre compte que j'étais enceinte pendant la grossesse. Je sentais mon bébé bouger, je vivais avec, mais j'ai toujours eu du mal. Je ne me voyais pas en fait. C'est vrai quand je regarde la vidéo de quand je pars en césarienne, j'ai un gros ventre, mais moi je ne le vois pas comme ça.

*ESF : vous ne voyez pas une femme enceinte ?*

Mme D : non, si je vois une femme enceinte, mais extérieur, c'est pas moi en fait. C'est bizarre. Comme si j'étais dédoublée.

*ESF : d'accord, et à coté de ça, ça ne réactive rien ?*

Mme D : non.

*ESF : d'accord, et du coup au cours de la grossesse, est ce qu'au niveau du moral vous avez eu besoin d'aide ? Puisque vous disiez que vous étiez déprimée.*

Mme D : c'était surtout mon mari, c'est souvent mon mari en fait. C'est lui qui a pris. Et d'ailleurs ce qui a failli nous coûter, puisqu'il avait rencontré quelqu'un d'autre. Je l'ai appris qu'à, je m'en suis rendu compte, enfin je suis tombée sur les messages à 7 mois, 8 mois de grossesse. Où il disait à une autre femme que c'était la femme de sa vie. Sans qu'il y ait eu de rapport si vous voulez. Mais je me suis sentie tellement trahie, tellement salie, que ça a fait une coupure depuis les 8 mois de grossesse. Ça a toujours été disputes et distance entre nous.

*ESF : ça s'est amélioré par la suite ?*



Mme D : pour le moment, non. On essaye, doucement mais c'est difficile. Pourtant on en a parlé, mais c'était difficile de lui faire comprendre la chose. Parce que pour lui c'est du passé. Sauf que pour moi, déjà d'une tout le boulot le savait, les femmes des collègues le savaient. Et puis je me suis sentie sale. Je me suis dis, j'attends un enfant, c'est tout ce qu'il a voulu et voilà quoi. Même s'il y a rien eu et que je connais la personne, c'est une vraie saloperie, mais je me suis sentie sale. Sale et trahie.

*ESF : d'accord. En dehors de votre mari, comment votre entourage a pris la grossesse ?*

Mme D : alors moi je n'ai plus du tout de famille de mon côté, c'est que ma mère en fait, depuis que mon père est décédé, il n'y a plus, en fait il n'y a jamais vraiment eu de famille.

*ESF : d'accord, vos frères aucun contact ?*

Mme D : non. Mon grand frère c'était compliqué car il était marié avec une femme qui était très jalouse, par exemple à mon anniversaire il n'avait pas le droit de m'offrir de cadeau. Donc c'était très compliqué, on a vite coupé les ponts. Et puis avec R, c'était pareil, il s'est trouvé une copine qui n'était pas vraiment, voilà. Donc on a coupé les ponts très vite. Et bah ma mère, elle était très très heureuse, car elle considère que c'est son premier petit enfant puisqu'elle n'a jamais rencontré les autres. Donc très très contente, un peu possessive avec la petite mais c'est bon. On gère, je sais comment elle est donc ça va.

*ESF : concernant la grossesse, avec du recul, maintenant comment la qualifieriez vous ?*

Mme D : je sais pas, un bonheur, un miracle. Ouais c'est un vrai miracle, un bonheur.

*ESF : d'accord donc au final c'est du positif.*

Mme D : oui.

*ESF : par rapport au travail et à l'accouchement, pouvez-vous commencer par me raconter comment s'est passé le travail ?*

Mme D : ça s'est fait le x septembre à 2h du matin, où j'ai eu des contractions de plus en plus douloureuses. Je suis allée souvent faire pipi, et mon chien est venu me voir, alors que d'habitude quand je vais aux toilettes il ne vient jamais me voir et dieu sait que je me levais toutes les 5 min. Et je me suis dis c'est bizarre, c'est bizarre qu'il ressente ça. Je suis descendue, j'ai attendu jusqu'à 6h du matin avant de réveiller mon mari et ma mère. Et mon chien était resté à côté de moi, il avait sa tête sur mes hanches. J'avais vraiment très mal aux reins. Et là je me suis dis « c'est vraiment pas bon signe, il doit vraiment sentir quelque chose ». Parce que c'est vrai que malgré tout il était vachement proche de moi, il fallait qu'il sente mon ventre, qu'il le lèche, c'était amusant quoi. Donc je réveille mon mari, lui super excité, très très content et tout. Et j'appelle la maternité qui me dit « prenez une douche avant, prenez du spasfon ». Donc je prends du spasfon, une douche. Et 1h après, à 8h, je dis « non j'ai toujours mal ». Donc on est allé à la maternité, les contractions étaient là mais c'était pas régulier. J'ai jamais eu de contractions régulières. Elle m'a dit « vous restez là, on va faire en sorte que le travail s'accélère ». J'étais dilaté à 2 donc c'était pas beaucoup. Elle m'a fait marcher pendant 1h, dilatée à 3. Mais après ça s'est bloqué. A 15h20 je n'étais pas beaucoup dilatée encore. J'ai eu la péridurale parce que j'en pouvais plus. Et à 20h, même pas, à 18h je crois qu'elle m'a envoyé le... Après 15h20, après que j'ai eu la péridurale, ils ont rompu la poche des eaux parce que ça ne se serait pas fait apparemment tout seul. Et j'étais dilatée à 6, et après elle m'a envoyé du produit, du magnésium et tout ça vers 18h 19h.

*ESF : oui de l'ocytocine des choses comme ça ?*

Mme D : oui voilà pour accélérer le travail parce que c'était bloqué. A 20h j'étais dilatée à 7, 7-8. Avec des contractions toujours irrégulières.

*ESF : ah oui c'était long du coup, mais avec la péridurale vous n'aviez plus mal ?*

Mme D : non sauf quand ça a commencé vers 22h30, elle m'a dit de commencer à pousser. J'étais dilatée à 9. Et j'avais beau pousser ça ne faisait rien quoi. Je sentais que, ouais au début j'ai senti à un moment donné que ça descendait, c'est descendu mais c'est tout quoi. Et j'ai fini par être dilatée à 10, il était 23h. Elle m'a demandé de pousser, pousser, pousser, ça ne servait à rien. Elle ne descendait pas la petite. Puis à minuit, ils ont appelé le gynécologue d'urgence, il a utilisé les forceps. Il m'a fait un mal de chien. C'était l'horreur. Pour moi j'avais



l'impression qu'il m'arrachait tout en fait. Il écartait tellement, j'avais l'impression que mon utérus arrivait à mon anus. C'était horrible. Horrible. Il l'a fait une fois. J'en pouvais plus, j'étais épuisée. La péridurale ne faisait plus effet. Ça ne faisait plus du tout effet. Et je savais en plus que je ne supportais pas l'anesthésie. Et du coup il a réessayé une deuxième fois, où là j'ai hurlé j'ai dit qu'il fallait arrêter car ça ne sert à rien. « Vous voyez bien que ça ne descend pas quoi ». Donc là, il a arrêté, il a crié « césarienne ». Il ne m'a jamais dit pourquoi, comment, rien. On n'a jamais eu d'explication. Et c'est les sages femmes qui ont fait son travail, qui sont venues me voir, qui m'ont rassurée, qui m'ont dit que ce n'était pas ma faute, que je pouvais bien, parce que lui il m'en mettait plein la tronche. Pour lui je pouvais mal, enfin bref il y avait toujours des trucs qui n'allaient pas. J'étais en larmes total. Je me suis mise à vomir. Parce que c'était la misère. Puis ils m'ont préparée. L'anesthésiste est venu, il m'a expliqué comment ça allait se faire. C'est-à-dire qu'il m'endormait le bas mais que le haut n'était pas endormi. Donc j'ai dit « tant que je ne sens rien, ça me va ». Donc il me prépare, il m'emmène, il m'accompagne. Franchement très bien cet anesthésiste. Et euh, il y avait les infirmières ou je ne sais pas ce que c'est qui étaient présentes.

*ESF : oui infirmières et la sage femme qui récupère le bébé.*

Mme D : oui donc les infirmières alors, qui étaient très gentilles. Euh il commence à opérer en fait, donc il ne me dit rien. C'est l'anesthésiste qui me dit tout parce que lui il en avait rien à foutre. Et je sens qu'il me jette le bébé. Euh non avant je vomis je crois, quand même, c'est l'anesthésiste qui me tourne la tête. Parce que lui il en avait rien à faire. Et donc j'étais pleine de vomi sur moi, c'était une horreur. Et euh je sens le bébé qu'il me pose, non qu'il me jette le bébé sur le ventre. Et après je l'entends crier ma petite, ils me l'amènent, ils me la montrent. Donc je vois que tout va bien, enfin je vois, de ce que je vois. Et après voilà. Ça a continué, ça a continué. Je lui dis « mais à un moment donné... », je lui ai dit, en fait quand il a écarté je lui ai dit « mais je sens tout, vous m'avez pas endormi ». Il me dit « c'est ce que je vous ai dit, une césarienne d'urgence on endort que le bas, on n'endort pas le haut ». On sent tout, mais tout tout tout. Il gratte, ça fait mal, c'est comme si c'était à vif en fait.

*ESF : après c'est vrai que les dames dans ces cas là, elles sentent. Elles sentent qu'on les touche, qu'on leur fait des choses, mais normalement sans douleur réelle.*

Mme D : non non, mais moi c'était pas que sentir, c'était vraiment la douleur. En fait qu'on le sente c'est différent, parce que, enfin je ne sais pas comment l'expliquer. Vous sentez quelque chose comment une opération, mais là il y avait quand même une douleur en fait. Ça grattait, ça... Non non je l'ai senti vraiment, ça a été une horreur, pour moi ça a été un traumatisme. Et puis ses commentaires en plus pendant l'opération, je m'en serai bien passée. Donc il finit d'opérer, on me ramène en salle de réveil. Et je sentais le vomi, j'arrivais pas à me réveiller, j'avais froid, j'étais vraiment malade. Et on me dit « est ce que vous voulez allaiter votre petite ? ». J'ai dit « non mais vous rigolez ou quoi ? Je pus le vomi, je ne vais pas prendre ma petite avec moi ». Et ils ont cru que je rejetais ma fille, que de part la césarienne je ne voulais pas mon enfant. Et on m'a toujours fait la remarque par rapport à ça. Le soir à la pouponnière quand je voulais la mettre, on m'a toujours fait la remarque par rapport à ça. Sauf qu'en fait avec la césarienne, on m'a remonté il était... elle est née à 1h37, on m'a remontée à 5h parce qu'il y avait la douleur, les saignements, le fait que je n'arrivais pas à me réchauffer, les sages femmes étaient très inquiètes. Mais vraiment présentes jusqu'au bout, très gentilles et tout. Donc ils m'ont remontée à 5h, à 6h on m'a ramené ma petite dans la chambre, à 8h le gynécologue est venu me voir. Il m'a dit « madame R, il va pas falloir rester allongée toute la journée ». Ils m'ont enlevé la sonde à 14h, à 15h j'étais debout. Parce que je me suis dit « il faut que je me batte ». Bon ça n'allait pas du tout. Et puis je me suis dit « j'arrive pas à m'essuyer quand je vais aux toilettes, c'est pas pour garder ma petite, si je tombe, si je fais un malaise, comment ça se passe quoi ? ». Et en fait, on m'a toujours fait des remarques, mon mari est resté le soir avec moi. Et tous les jours je me levais pour dire de partir au plus vite.

*ESF : d'accord. Votre mari a pu suivre votre fille pour aller faire les soins directement après la césarienne ?*

Mme D : oui.

*ESF : ok. Et pour finir vous aviez choisi quoi comme allaitement ?*

Mme D : le biberon. J'ai voulu allaiter, j'ai essayé l'allaitement 2 jours après. Mais ça faisait mal, je ne supportais pas en fait. Je voulais allaiter, mais ça montait pas, j'arrivais pas à la positionner parce que j'avais tellement mal, parce qu'ils avaient tellement trituré que ce n'était pas possible.

*ESF : donc vous avez arrêté l'allaitement à cause de la douleur.*



Mme D : oui et puis je n'ai pas apprécié le contact, puis elle, elle n'y arrivait pas, c'était compliqué pour toutes les deux. Et puis mon mari pouvait participer donc il était super content. A la fin j'avais plus le droit de donner le biberon, c'était un peu compliqué mais bon. Bon mais maintenant on arrive à alterner. (rires)

*ESF : de ce que vous me dites, cet accouchement a quand même été difficile, mal vécu, douloureux, avec le recul qu'est ce que vous en pensez ? Qu'est ce que vous retenir ? Y pensez-vous toujours ?*

Mme D : oui. Mon mari avait filmé derrière le hublot. Il avait filmé l'accouchement et après il a filmé ses premiers soins. J'ai pas pu la regarder. J'ai pas pu la regarder avant 2-3 semaines, j'ai vraiment pas pu regarder la vidéo. C'était vraiment un traumatisme. Et le fait que je ne pouvais pas m'occuper de moi et de ma fille, je ne supportais pas que les gens la touche. Maintenant ça va un peu mieux. Après je pense que je le garderais toujours en mémoire cet accouchement. J'en ferai un deuxième mais si j'ai à nouveau une césarienne en urgence, je n'en ferai pas un troisième. Je ne supporterais pas.

*ESF : et le forceps, pareil c'est la douleur qui vous a perturbé ?*

Mme D : non le forceps en lui-même ne m'a pas vraiment fait mal. C'est la manière dont il l'a fait en fait. Je ne sais pas ce qui se passait. Je ne voyais rien. Je ne tenais pas en place. J'avais les fesses levées. Je trouvais ça horrible la manière de... en fait c'est la sensation, je vous dis d'avoir vraiment tout..., la sensation qu'il vous arrache tout. Et le fait de ne pas sentir la petite qui descendait. Et la petite en même temps me donnait des coups de pieds, comme si elle se tenait. J'avais l'impression qu'ils se battaient. Donc pour moi je ne voyais pas l'intérêt en fait.

*ESF : d'accord, et hormis cela, est ce que ça a fait revivre des choses ?*

Mme D : non, non j'ai pas du tout pensé à ça.

*ESF : d'accord, parce que des fois ça arrive aux dames ayant subi des violences comme vous ce qui aurait pu s'ajouter à votre traumatisme.*

Mme D : non, mais moi il ne m'a jamais touché de ce côté-là. C'est toujours la sodomie en fait. Ça n'a jamais été devant. Donc c'est vrai que de ce côté-là, je n'ai peut être pas le même traumatisme.

*ESF : d'accord. Du coup du fait de la césarienne vous n'avez pas pu faire de peau à peau avec votre petite. Est-ce qu'elle a été en couveuse ?*

Mme D : non.

*ESF : Le papa a peut être fait du peau à peau ?*

Mme D : non il a pas pu faire le peau à peau. Il l'a fait le lendemain. En fait on avait tout prévu, c'est vrai qu'on voulait le faire, et avec la césarienne il a tellement été chamboulé. Et puis de voir ma tristesse, ça a tellement été terrible en émotion. Je sais qu'il l'a gardée pendant 1h dans les bras, ça je m'en rappelle mais pas de peau à peau.

*ESF : et du coup comment s'est passé le séjour à la maternité ?*

Mme D : mal. Moi je l'ai très mal vécu. Les 2 premiers jours j'avais besoin car j'étais très fatiguée, j'étais en anémie. Ils m'ont fait des perfusions avant de partir.

*ESF : du sang ou des perfusions marron ?*

Mme D : non pas de sang, oui voilà des perfusions marron. J'en ai eu 3. J'étais toujours en anémie, ils m'ont laissée sortir j'étais toujours en anémie. Aucun suivi derrière, obligée d'aller voir mon médecin pour voir si j'étais toujours en anémie. J'ai pas eu de traitement pour calmer la nuit, j'ai rien eu. Je suis sortie sans rien. On ne s'est jamais inquiété de l'œil de ma fille, parce qu'elle avait un œdème.

*ESF : qu'est ce qu'elle a eu votre fille ?*



Mme D : elle avait vraiment la marque du forceps sur l'œil et sur la figure. Elle a eu un œdème avec du sang un peu dans l'œil. Ça s'est résorbé un petit peu un jour avant la sortie de la maternité, mais il n'y en a pas un qui s'est inquiété pour savoir comment ça allait. A part les sages femmes mais c'est tout.

*ESF : comment ça s'est amélioré par la suite du coup ?*

Mme D : mon mari s'en est occupé, il mettait du sérum physio tous les matins. L'auxiliaire ça ne lui plaisait pas mais c'était notre enfant donc...

*ESF : ah c'est que l'auxiliaire ne voulait pas que vous en mettiez ?*

Mme D : non. Alors avec les jeunes auxiliaires ça se passait très bien. Bien au contraire, elles étaient là à l'écoute, elles prenaient leur temps. Les anciennes, une horreur. C'était « vous ne voulez toujours pas de votre fille ? », « on n'est pas là pour garder votre fille ».

*ESF : je comprends pas, au final votre fille vous l'avez quand même gardé avec vous de ce que vous m'avez dit.*

Mme D : oui mais pas le soir. Le soir je ne voulais pas la garder, je voulais la mettre à la pouponnière.

*ESF : d'accord. Combien de fois vous l'avez mise à la pouponnière la nuit ?*

Mme D : que 2 fois.

*ESF : 2 fois c'est pas beaucoup non plus pourtant.*

Mme D : oui mais c'est que les autres fois elles ne la voulaient pas.

*ESF : d'accord*

Mme D : je leur expliquais que déjà moi je n'arrivais pas à aller aux toilettes toute seule. Elle m'a dit « non mais votre fille vous ne pouvez pas l'abandonner ». Mon mari il a vu que ça me traumatisait, et il m'a dit « je reste là la nuit », alors que ce n'était pas du tout prévu quoi.

Donc j'avais qu'une hâte, c'était de partir quoi. Donc le dernier jour quand ils m'ont dit qu'ils allaient me mettre 2 perf, elle m'a dit « je ne sais pas si je vais sortir ». Moi je leur ai dit « je vous assure que je vais sortir. Ça c'est sûr et certain. Et je ne reviendrais pas ».

*ESF : après les 2 jours où vous avez été fatiguée, est ce que vous avez pu vous occuper de votre fille après ?*

Mme D : à la maternité non. C'est mon mari qui faisait tout. Le matin il faisait la toilette. Moi j'y suis allée au bout du 3<sup>ème</sup> jour, mais c'est pareil j'avais toujours des nausées, des vertiges. Donc 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> jour ça a été. Et c'est quand je suis sortie de la maternité, j'ai repris un peu de forces, je me suis occupée de ma petite, et ça m'a fait du bien.

*ESF : qu'est ce que vous avez ressenti à ne pas pouvoir vous occuper de votre fille ?*

Mme D : une horreur. Pour moi j'étais une mauvaise mère. J'avais toujours l'impression qu'on me jugeait et ça je ne supportais pas.

*ESF : du coup votre mari venait tous les jours ?*

Mme D : oui, bah sauf les nuits où il dormait avec moi, mais sinon les matins il était là à 8h. Jusqu'à midi, il rentrait manger. Puis après ma mère prenait le relai, jusqu'à 16h. Puis après il revenait. Parce qu'il y avait le chien à aller promener. Mais il a été là tous les jours. (Elle sourit)

*ESF : vu votre sourire, ça vous a fait du bien non ?*

Mme D : oui. Parce que je savais que ça allait être un bon père mais à ce point là je ne savais pas. En fait c'est quelqu'un qui est hypochondriaque à la base, et on avait dit une césarienne ou un accouchement il va tomber dans les pommes. Et en fait le fait qu'il filme, rien que derrière le hublot déjà, je me suis dit « c'est incroyable



quoi ». Je ne l'ai pas reconnu en fait. Il a été vraiment extraordinaire. Je ne l'ai pas reconnu, et personne ne l'a reconnu je crois. C'était vraiment un autre homme.

*ESF : donc heureusement qu'il était là.*

Mme D : ah oui, je ne sais pas comment j'aurais fait sinon.

*ESF : et que votre maman soit là ?*

Mme D : ça me faisait du bien aussi.

*ESF : et les autres visites ?*

Mme D : je ne supportais pas les visites. A part mon mari et ma mère. Il y en a quand même eu mais je ne supportais pas les gens. J'avais envi d'être tranquille.

*ESF : du coup vous êtes restée combien de jour à la maternité en tout ?*

Mme D : 6 jours.

*ESF : quand vous êtes sortie vous vous sentiez prête à sortir ?*

Mme D : j'étais déterminée de toute façon, je voulais sortir. Donc la question ne se posait pas.

*ESF : quels sentiments avez-vous ressenti à la sortie ?*

Mme D : stressée. Enormément stressée et angoissée.

*ESF : par rapport à quoi ?*

Mme D : par rapport à beaucoup de choses. Comment ça allait se passer à la maison ? L'ambiance ? Comment j'allais être ? Ma première chose c'était d'aller me balader avec mon chien, mon mari et mon bébé. Mais j'étais tellement mal que je ne pouvais pas le faire. Ça m'a frustrée en fait. De pas pouvoir marcher comme je le voulais.

*ESF : est ce qu'à votre retour à la maison vous avez bénéficié d'aides ? Comme la sage femme du PRADO, la PMI, l'unité mère bébé ?*

Mme D : alors on m'a appelée pour avoir des aides sages femmes et tout ça et je n'ai jamais donné suite.

*ESF : donc personne n'est venu.*

Mme D : la sage femme qui venait me voir à domicile, je crois que c'est la PMI, qui est venue une fois et qui doit revenir pour me montrer des massages pour le bébé.

*ESF : d'accord. Et ça c'était plutôt bénéfique ou vous l'avez fait car vous n'avez pas eu trop le choix ?*

Mme D : non non je l'ai fais parce que.., j'ai pris le temps de la rappeler parce que ... je ne voulais voir personne mais non non c'était bien. Ça m'a rassurée. Déjà quand ma petite était malade, on était resté sur une rhino nous, et c'est vrai que je me suis dit comme ça je pourrais lui poser des questions, elle pourra me répondre et me rassurer quoi.

*ESF : donc elle a pu répondre à vos questions.*

Mme D : oui. Mais je ne voulais pas voir une autre sage femme en fait.

*ESF : et juste comme ça, du coup à la maternité vous étiez suivie que par une seule personne ?*

Mme D : oui le gynécologue docteur Y.



*ESF : d'accord. Et après le retour à la maison, du coup vous avez dû consulter pour votre fille vu que vous m'avez dit qu'elle avait été malade ?*

Mme D : on a été voir le pédiatre, mais j'ai pas apprécié. Il nous a pris entre 2 rendez-vous alors que j'avais téléphoné. On nous a fait rhabiller la petite à l'extérieur. Donc déjà moi j'ai pas aimé. 1 semaine après on a été voir mon médecin traitant qui m'a dit « non non tout va bien », on avait l'impression qu'elle était toujours encombrée en fait mais « non non tout va bien ». On s'est dit « non c'est pas possible ». On est retourné voir un autre médecin qui nous a dit qu'elle avait une rhino. Donc on était rassuré car on s'est dit « on n'est quand même pas fous, on voit bien qu'elle est encombrée quoi ». Et puis elle s'est mise à vomir de plus en plus, on a changé son bavoir 7 fois par jour au moins, la changer 2-3 fois parce qu'elle se vomissait dessus.

*ESF : elle vomissait quoi ?*

Mme D : son lait et des glaires en même. Le problème c'est qu'à la maternité elle nous l'avait fait aussi et que ça sortait par son nez. Et elle s'étouffait et on nous avait dit « non non c'est normal ». Donc j'ai demandé à ma collègue qui m'a dit « moi j'ai ma voisine elle a eu sa petite qui est suivie par un médecin qui est très bien sur telle ville ». On est allé la voir, elle nous a dit « non du tout, vous arrêtez les médicaments, c'est pas une rhino c'est qu'elle a sa trachée complètement brûlée par les vomissements ». Le pédiatre nous avait fait changer son lait à l'époque car il nous avait donné du lait épaissi mais il se diluait super mal, et du coup il y avait plein de grumeaux, quand elle vomissait c'était horrible. Et là elle nous a fait changer le lait, et depuis, pourvu que ça dure, il n'y a pas eu de renvoi, pas de vomissement. Et elle prend de l'homéopathie aussi. Ça nous rassure aussi que ce soit de l'homéopathie et pas de médicament, à 1 mois si elle prend déjà des cachets c'est pas bon signe non plus.

*ESF : dans l'ensemble ça va mieux alors.*

Mme D : oui, il y a plus qu'à espérer qu'elle ait repris du poids aussi.

*ESF : c'est qu'il y a eu une perte de poids aussi ?*

Mme D : c'est même pas une perte de poids, c'est qu'elle a pas du tout pris de poids. Elle était à 4,20 et elle est restée à 4,20. Ça fait 2 semaines, et beaucoup de diarrhée aussi. Et c'est là où j'ai vraiment paniqué car je me suis dit « si elle est déshydratée, comment je vais faire ? ». Ça ne prend pas d'eau à cet âge là, ça prend pas... le lait elle ne le supporte pas. Donc entre deux on avait acheté des biberons à la pharmacie, enfin on avait fait le nécessaire quoi.

*ESF : et elle pesait combien à la naissance ?*

Mme D : 3kg700, et 52 cm.

*ESF : et du coup vous étiez à quel terme ?*

Mme D : 40 semaines et 4 jours.

*ESF : et du coup maintenant que ce soit vous ou elle comment ça va ?*

Mme D : moi niveau moral c'est pas... je pense que j'ai besoin de reprendre une activité, une activité physique et professionnelle. J'ai besoin, j'ai hâte que l'enquête de commandement se termine et de savoir où je vais être mutée. Moi je ne resterais pas là bas c'est sûr. Depuis qu'il y a eu l'enquête de commandement au mois juillet, il y a eu 10 suicides, dont un ici donc c'est hors de question que je reste où j'étais. Après je suis mariée avec un enfant donc je ne devrais pas être mutée loin de mon mari, ou ici ou dans les alentours. Mais bon je n'ai toujours pas de réponse, je devrais reprendre dans 2 semaines mais j'ai posé 1 mois de congé en plus. Et puis mon gynéco m'a dit aussi qu'avec la césarienne je ne pouvais pas reprendre une activité physique de suite, sauf que moi mon métier ne me permet pas de rester les fesses assises toute la journée. S'il y a un problème faut que je fonce quoi. Faut que mon collègue puisse avoir confiance aussi. Donc je ne sais pas comment je vais pouvoir faire.

*ESF : du coup en dehors de ce besoin d'activité, le moral va mieux ?*

Mme D : oui, mais fatiguée. Je sais que des fois c'est limite entre le chien et la petite là, pff. Mais là mon mari va partir en stage donc je vais aller chez ma mère, comme ça je pourrais me reposer.



*ESF : d'accord. Par rapport à la prise en charge pendant la grossesse, l'accouchement et le séjour à la maternité, y-a-t-il des choses, des mots, des gestes qui vous ont déplu, qui vous ont choqué ? Des choses que vous n'avez pas aimé, que vous déconseillerez aux autres ?*

Mme D : déjà la clinique, ça c'est sûr que je n'y retournerais pas. Ça coûte cher. Ça m'a coûté très cher. Les frais d'honoraires supplémentaires comme l'anesthésiste etc ça m'a coûté excessivement cher. Pendant la grossesse ça s'est bien passé. Pendant l'accouchement, il y a que les sages femmes et les infirmières qui ont été bien. Après le gynéco, c'est un boucher. Une horreur, je l'ai dit à mon gynécologue, c'est clair que pour moi je l'ai considérée comme un boucher. Sachant qu'en plus si c'est vraiment qu'il a déplacé la trachée à ma petite, je pense que ça va mal finir quoi.

*ESF : et tout à l'heure vous me parliez des mots qu'il avait employé ou plus particulièrement de ceux qu'il n'a pas dit ?*

Mme D : je me rappellerais toute ma vie, j'ai crié « stop, arrêtez, laissez moi tranquille ». il a enlevé les forceps, il les a jeté et il a dit « césarienne, préparez là ». Oui mais dites moi si ma fille va bien, dites moi pourquoi. Et mon gynéco qui me demande « mais pourquoi vous avez eu une césarienne ? ». Je ne sais pas, je ne peux pas l'expliquer, même au médecin je ne peux pas l'expliquer. Et ça c'est frustrant ! Pourquoi ? Est-ce que le cœur de ma petite a ralenti ? Est ce que... ? On ne sait pas. Un coup on nous dit que c'est parce qu'elle a tourné au dernier moment, un coup on nous dit qu'elle ne s'engageait pas. On ne sait pas. On ne sait pas. Pourtant elle m'avait fait faire une écho avant la grossesse, j'étais à 26 donc mon bassin était bon, elle devait pouvoir passer, c'est aussi pour ça qu'il a forcé. Mon bassin était bon ça devait passer. Mais c'est pas parce que mon bassin est bon que ça passe. Si ça ne passe pas, ça ne passe pas, ça ne sert à rien de forcer. Non psychologiquement, je n'ai pas apprécié. En plus il a mis une plombe à arriver, j'étais toute nue, j'étais comme ça, je tremblais, et monsieur prend son temps pour venir opérer. Alors qu'elles avaient tout préparé. C'est quelque chose que je ne veux pas revivre. Parce que j'ai envi, c'est ce qui est marrant mais j'ai envi de retomber enceinte. Pas tout de suite parce que je ne suis pas prête, mais je le sais j'ai envi de retomber enceinte.

*ESF : oui parce que la grossesse s'est bien passée c'est vraiment l'accouchement.*

Mme D : oui l'accouchement une horreur mais la grossesse super. Après l'accouchement, moi je considère que je n'en ai pas eu. Je n'ai pas eu d'accouchement. J'ai pas eu ce moment où je mets au monde mon enfant. Il n'y a pas eu le fait que mon mari coupe le cordon. Pour moi, on m'a volée beaucoup de chose pendant l'accouchement. Vous avez la grossesse et après on vous donne un bébé, mais il manque une étape en fait.

*ESF : et pour finir sur les choses négatives, durant le séjour à la maternité c'était quoi ?*

Mme D : les anciennes auxiliaires, avec leurs réflexions. Puis le fait qu'on me fasse sortir sans suivi derrière. On aurait pu me prescrire au moins une prise de sang, je ne sais pas. Mais là, rien du tout. Pour moi, j'étais une cliente avec un portefeuille. C'est comme ça que je l'ai vu, tant que je sortais le chéquier ça allait, mais voilà. Je n'étais pas considérée comme une personne.

*ESF : d'accord. Et de quoi auriez-vous aimé bénéficier concernant la prise en charge de la grossesse, l'accouchement et du séjour à la maternité ? Qui vous ont manqué ? Ou au contraire des choses que vous avez eu et qu'il faut garder ?*

Mme D : un anesthésiste un peu plus agréable pendant la péridurale, qui ne juge pas le fait que vous demandiez une péridurale, le fait que vous ayez un tatouage dans le bas du dos et que soyez paniquée à l'idée d'avoir une péridurale. Un peu plus d'écoute de la part de ces gens là en fait. Les sages femmes c'est vrai que je n'ai rien à redire, car c'était des personnes joyeuses, et ça m'a fait du bien. Car c'est vrai que j'étais dans un moment triste et c'était les seules personnes qui restaient joyeuses, qui étaient à l'écoute et sans jugement en fait. Alors que tous les autres étaient, pour moi c'était que du jugement, pas besoin de parler mais leur regard suffisait. Pas d'explication, pas de communication rien. Mais les sages femmes vraiment super. C'est vrai que je m'en souviendrais toute ma vie, ils m'ont mis dans un lit de réanimation. Et quand ils m'ont montée dans ma chambre, je devais être dans un lit de la chambre. Mais le problème c'est que je ne supportais plus qu'on me touche, j'avais tellement mal. Et ils m'ont laissée dedans le lit de réanimation pour pas que je ne souffre plus. J'ai trouvé ça super généreux et super gentil de leur part, car ça leur fait du boulot en plus. Puis souvent ils venaient me voir, ils me demandaient si j'avais mal, ils me remettaient des médicaments. Donc non bien ça. Après ce qui est dommage c'est que j'aurais bien aimé rencontrer une jeune fille qui venait d'accoucher naturellement et une jeune fille qui avait accouché par césarienne. Pour savoir comment elles ont vécu les choses. Psychologiquement



on s'était préparé à la césarienne mais comme on était dans le feu de l'action, c'était bloqué, si ça se débloque ça va passer mais non.

*ESF : et ça vous aurait apporté quoi vous pensez ?*

Mme D : de savoir à quoi m'attendre et me dire que malgré tout c'est pas grave. Parce que l'accouchement naturel, la plupart des femmes accouchent naturellement et vous en parle mais la césarienne, c'est vrai que... Moi je n'en connais pas beaucoup qui ont eu une césarienne, on ne sait pas l'après. Question con : moi je saigne toujours, pourquoi ? Pourquoi j'ai toujours des douleurs à certains endroits et pas à d'autres ? Pourquoi mon ventre est toujours gonflé ? Pourquoi je dois continuer les piqûres pour les phlébites ? Pourquoi quoi ?

*ESF : depuis vous avez eu des réponses à ces questions ?*

Mme D : oui par la sage femme qui est venue à la maison. Surtout pour la douleur en fait. J'aurais bien aimé savoir avant, la douleur c'est jusqu'à quand.

*ESF : oui, après c'est vrai que ça dépend beaucoup des dames, personne n'aura la même douleur, le même vécu. Mais j'entends ce que vous me dites oui.*

Mme D : on n'en parle pas de la césarienne en fait, on vous dit « il y a un risque que vous en ayez une ». On parle beaucoup de l'accouchement naturel, on va dans les détails de l'accouchement naturel, mais pas de la césarienne.

*ESF : même pendant les cours de préparation ?*

Mme D : non, on n'en parle pas du tout de la césarienne et il faudrait je pense.

*ESF : c'est quelque chose d'intéressant et qu'il faudra que je fasse remonter.*

Mme D : après je me dis que je n'étais pas prête à accoucher, ils ont voulu déclencher. La sage femme a voulu déclencher, alors qu'elle n'aurait dû rien faire et attendre quoi. A cette dame je lui en veux un peu, je le lui reproche un peu quoi. Si elle avait peut être attendu, après j'avais mal mais elle ne descendait pas donc il y avait une raison quoi.

*ESF : avant la péridurale vous avez eu quelque chose pour la douleur ?*

Mme D : non, j'avoue qu'à la fin j'avais les larmes aux yeux, je ne disais rien mais j'avais très mal. J'avais pas compris qu'il fallait que j'appelle pour qu'elle appelle l'anesthésiste. On n'avait pas compris avec mon mari, moi j'étais dans ma douleur, à gérer ma douleur et lui il était dans l'excitation de se dire « ma fille va naître dans cette salle »... Et puis surtout, on entend tout. C'est comme si la chambre d'à côté on vivait l'accouchement. Il y en a eu 3-4. Les dames arrivaient, elles n'avaient pas de péridurale, elles poussaient ça sortait. Et c'est pas possible quoi. C'est frustrant. Pourquoi moi ça met autant de temps ? Pourquoi ça ne marche pas ?



**Laëtitia LEGRAND**

**Ecole de sages-femmes de LIMOGES**

**Mémoire pour le Diplôme de Sage-femme**

Année 2016

**TITRE**

**Impact des antécédents de violences sexuelles sur la maternité.**

---

60 Pages

Présenté et soutenu publiquement le 29 août 2016

Directeur du mémoire : Marie-Hélène Orliaguet

Guidant du mémoire : Valérie Blaize-Gagneraud

*Résumé :*

La période de la maternité chez les femmes victimes de violences sexuelles est une période de fragilité psychologique pouvant entraîner la réminiscence de souvenirs traumatiques des violences subies. L'objectif de ce mémoire est de faire un état des lieux des conséquences sur la maternité des antécédents de violences sexuelles. Le choix méthodologique a été une étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs. Nos résultats montrent une réactivation des violences sexuelles à l'occasion de certains actes de la prise en charge au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans le post-partum.

---

Mots-clés : violences sexuelles, maternité, fragilité psychologique, prise en charge.

