Laure Mourichon
Kinésithérapeute spécialisée en uro-gynécologie
Sexotherapeute diplômée de la faculté de médecine de Bobigny

Mots clés: - Féminité
- Image corporelle
- Statut de mère
- Statut de père
- Dyspareunies
- Anorgasmie
- Désir sexuel

Sexualité après accouchement

La grossesse et l'accouchement constituent un moment privilégié dans la vie d'une femme. C'est une traversée, au sens de quelque chose qui est franchi, sans que personne ne sache au départ, ni comment sera le voyage, ni comment imaginer l'autre rive. C'est un temps de bouleversement intense, affectant le corps féminin dans sa réalité physiologique, psychique, affective et sexuelle. C'est un moment de fragilité extrême et d'incertitude qui va entraîner un changement du corps, de statut, de place et de rôle au sein de la famille. C'est une étape charnière qui va demander à la jeune mère de faire le deuil de la plénitude de sa grossesse. C'est une page qui se tourne et qui laisse derrière elle l'insouciance de la jeunesse, le temps où l'on n'était que la fille de sa mère. Mais la naissance d'un enfant peut entraîner, parfois un effritement du désir et un intérêt moindre pour la sexualité.
Nous allons essayer dans un premier temps d'étudier les séquelles périnéales de l'accouchement et leurs conséquences sur la sexualité. Puis dans un deuxième temps, nous traiterons de l'aspect psychologique et de ses retentissements.

1-Séquelles périnéales et sexualité :

a-Dyspareunies orificielles :

Elles peuvent être dues, d'une part à l'atrophie vulvovaginale des premières semaines de suite de couches liée à la chute hormonale et à l'allaitement.
D'autre part, elles peuvent être d'origine traumatique après une épisiotomie ou une déchirure.
L'épisiotomie a pour but de faciliter l'expulsion dans les accouchements difficiles et d'éviter souvent la déchirure plus traumatisante pour le plancher pelvien. L'épisiotomie médiolatérale qui sectionne le puborectal, a prouvé son

efficacité dans les situations à risque de périnée complet. Elle est certes la cause de douleurs périnéales en post partum immédiat mais ne laisse pas de séquelles à moyen et long terme. Sauf si l'épisiotomie est recousue de façon trop serrée, ce qu'on appelait autrefois « les points du père ! », une reprise chirurgicale est nécessaire.

La douleur est parfois due à une cicatrice vicieuse (bride, asymétrie, granulome inflammatoire, névrome).

La déchirure périnéale touche en premier le noyau fibreux central dont l'élasticité est diminuée, puis la muqueuse vulvovaginale en regard, et enfin, le faisceau puborectal par sa solidité et sa forme en carène guide la déchirure vers le sphincter anal. Les douleurs sont surtout fréquentes en cas de déchirures périnéales graves touchant après trois mois 14 à 19 p 100 des périnées complets. L'examen de la vulve peut montrer un granulome inflammatoire sur un fil ou un névrome, une cicatrice rétractée ou une asymétrie vulvaire, une déhiscence au niveau du sphincter. Parfois une reprise chirurgicale est nécessaire.

Lors d'une épisiotomie ou d'une déchirure on retrouve sur le trajet de la suture ou en un point précis soit de l'introïtus soit de la partie basse du vagin une douleur exquise. Il faudra proposer un traitement rapidement pour que la patiente ne garde pas une image négative de sa région périnéale.

Le traitement va associer à des degrés divers :

- En présence d'atrophie, des crèmes locales aux estrogènes : Trophicrème, Colpotrophine.
- Des massages de la cicatrice ou de la région douloureuse : Jonctum, Cicaskin.
- Un gel lubrifiant sera conseillé pour faciliter la reprise des rapports : Try
- De l'électrostimulation fonctionnelle en basse fréquence (1 à 5 Hertz) à l'aide d'une électrode ponctuelle.
- Infiltration d'anesthésiques locaux (Xylocaïne non adrénalinée à 1 p 100).

b-Dyspareunies profondes :

En cas d'accouchement dystocique et particulièrement difficile, elle peut évoquer un syndrome de Masters et Allen qui est une déchirure du feuillet postérieur du ligament large, due aux élongations ligamentaires subies pendant la grossesse ou l'accouchement et le mécanisme des rétroversions acquises du post partum. A l'examen clinique, on retrouve un utérus hyperlaxe avec un col anormalement mobile en « joint universel ». La mobilisation utérine reproduit la douleur ressentie pendant le rapport sexuel. L'origine des troubles provient autant de la déchirure que de la désinsertion du col et de l'isthme utérin. Le traitement est chirurgical.

c- Anorgasmie vaginale :

La patiente peut se plaindre d'une perte de sensations ressentie lors des rapports sexuels. Elle ne sent plus son partenaire, à l'impression d'être trop large, trop ouverte. A l'examen clinique, on retrouve une béance vulvaire (VO2 – VO3), une perte de tonicité du noyau fibreux central et un relâchement musculaire. La rééducation périnéale va donner d'excellents résultats et permettre le plus souvent en dix séances de retrouver un bon périnée, une bonne fermeture de la vulve et par voie de conséquence améliorer la qualité du rapport sexuel.

d-Incontinence urinaire, incontinence anale, prolapsus et sexualité :

L'accouchement par voie vaginale représente un risque pour l'avenir périnéal de la parturiente. L'importance des accouchements dystociques augmente la fréquence des lésions sphinctériennes mais n'augmente pas de façon significative la gravité de l'atteinte. Lors de l'accouchement, il peut y avoir une dénervation périphérique partielle de la musculature du plancher pelvien entraînant une augmentation du taux d'incontinence urinaire d'effort et des mictions impérieuses. 30 p 100 des femmes présentent une incontinence urinaire transitoire et 10 p 100 une incontinence sévère.

L'incontinence anale est plus rare, sa physiopathologie est plurifactorielle, due soit à des lésions neurologiques, soit à des lésions sphinctériennes directes. La patiente se plaint d'avoir de difficultés à retenir les gaz, à un stade plus avancé il peut s'agir d'une incontinence aux selles molles, voire d'une incontinence fécale totale avec perte du besoin d'exonération.

Le prolapsus est typiquement une complication de l'accouchement. Les facteurs de risque sont la poussée avant dilatation complète, la phase d'expulsion faite sans vidange vésicale, l'expression abdominale et la reprise précoce avec hyperpression de la gymnastique abdominale. Dans le post partum immédiat le déroulement de la paroi antérieure du vagin est extrêmement fréquent (Cystocèle1) et l'on doit considérer comme pathologique toutes les lésions plus importantes ou associées à la chute d'autres organes. L'élytrocèle est exceptionnelle et la rectocèle rare.

La rééducation périnéale prend ici toute sa place. Elle va permettre aux patientes de réintégrer leur image de femme, de réinvestir cette région périnéale comme un lieu de plaisir et non plus de douleur. Par des cognitions, des apprentissages, elles vont comprendre la cause de leurs symptômes. Le fait de réaliser ce qui se passe et de leur donner des clés pour résoudre leur problème est très rassurant. Elles ne sont plus passives, démunies devant ce qui leur arrive. Elles prennent en charge leur incontinence en utilisant leur musculature périnéale. Ce corps douloureux, abîmé, qui les trahit leur donne l'image d'une vieille femme. L'incontinence urinaire et encore plus l'incontinence anale ne les renvoyant pas à une image de femme séduisante, féminine. La sexualité est souvent mise de côté, car il faut s'aimer soi même, être fière de son corps pour oser le montrer à son partenaire. De plus, une femme qui a subi une épisiotomie ou a été déchirée redoutera les rapports sexuels par peur d'avoir mal. Instinctivement, elle aura tendance à contracter son périnée pour se protéger ce qui n'aura pour effet que d'augmenter sa douleur. Il faudra lui expliquer qu'en relâchant sa musculature périnéale et globale (abdominaux, fessiers, adducteurs) elle facilite la pénétration.

Néanmoins, la rééducation périnéale va leur permettre également de prendre conscience du rôle capital de leurs muscles périnéaux dans la sexualité. La plupart des femmes ignorent que ce muscle par ses mouvements de contraction et de décontraction va leur permettre d'investir leur senti interne vaginale et faire monter la courbe excitatoire pour aller chercher leur orgasme.

Il faut leur laisser du temps à toutes ces femmes, un temps de cicatrisation leur permettant tout doucement de voir dissiper leur peur d'avoir mal lors du rapport sexuel, un temps d'adaptation à leur nouveau statut, un temps de

réappropriation d'un corps érotisé, bref un temps indispensable pour apprivoiser cette nouvelle étape. Leur donner une écoute, partager leurs souffrances et leurs interrogations, les guider, voilà bien notre place de rééducateur en uro-gynécologie.

e-Césarienne et sexualité :

Les origines de la césarienne se perdent dans la nuit des temps et en font l'un des plus anciens actes chirurgicaux. La légende disait que son nom était du à Jules César. En fait, il provient du mot latin *caedare* qui signifie couper.

L'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus.

La fatigue de l'opération s'ajoute à celle de l'accouchement, la cicatrisation peut rester douloureuse un certain temps. Même si le préjudice esthétique est faible, elle n'en reste pas moins une opération qui a pu être vécue comme traumatisante surtout si elle n'était pas programmée (peur de l'anesthésie, peur de perdre son bébé). Certaines femmes conserveront un sentiment d'échec, de frustration de ne pas avoir réussi à mettre au monde leur bébé de façon naturelle. La sexualité de la jeune accouchée peut alors s'en trouver perturbée.

2-Approche psychologique et sexologique dans le post partum :

Tout au long de la grossesse, le ventre s'arrondit accompagné par la perception des mouvements fœtaux. Cette intercommunication entre la mère et son bébé, cette transformation du corps vont permettre à la femme de se constituer déjà du maternel. Neuf mois de partage, où ils vont vivre jour après jour au même rythme. Neuf mois où l'enfant est idéalisé, fantasmé, porteur d'espoir et de joie.

Suite à l'accouchement, la femme ressent un grand vide intérieur. Même si elle est heureuse et émue de blottir dans ses bras son nouveau né, elle ne peut s'empêcher de ressentir ce vide. Elle ne le sent plus donner des petits coups de pieds, son ventre est définitivement inhabité, il ne reste qu'un ventre flasque et mou. Elle va devoir faire le deuil de sa grossesse, le deuil de cette plénitude.

L'enfant est là, prenant toute sa place, exigeant dans ses besoins. Il veut tout et tout de suite, provoquant chez la mère des sentiments de culpabilité par peur de ne pas pouvoir répondre à toutes ces exigences. Elle doit apprendre à le connaître et à s'occuper de lui. Elle est dans une relation fusionnelle avec son bébé, ils sont une bulle d'amour. Les nuits blanches sans sommeil, les jours qui se ressemblent, rythmés par

les horaires des tétées, elle a du mal à se trouver un espace de liberté pour elle, rien que pour elle.
Différents paramètres, après l'accouchement vont interférer sur la sexualité :

a- Statut de mère et identité féminine :

Michèle Lachowsky dans son livre : « Un temps pour les femmes » écrit : « *La première grossesse est un moment évolutif fondamental du développement de l'identité féminine qui, après l'inscription dans le grand rôle des femmes, assigne une place dans la lignée des mères.* »

La femme doit s'adapter à son nouveau statut, elle n'est plus seulement une femme, elle est également une mère. Elle n'est plus uniquement la fille de sa mère, mais également la mère de son enfant. Cette nouvelle naissance va bouleverser la place de chaque membre de la famille. C'est une marche d'escalier que l'on monte à chaque naissance et qui nous pousse inexorablement vers la mort.
Le désir d'enfant est une véritable incarnation de la féminité, une forme légitime d'affirmation de la féminité. Certaines patientes qui n'ont pas pu avoir d'enfant nous disent qu'elles ne se sentiront jamais vraiment femmes ! On ne peut pas dire qu'être femme c'est être mère mais on peut s'interroger sur le fait de savoir si une femme ne doit pas d'une façon ou d'une autre, se confronter à la maternité (enviée, vécue ou refusée) dans sa recherche de la maternité. Il existe autant de formes de désir d'être mère que de femmes : mais il y a bien une forme de désir d'enfant qui n'est saisissable nulle part ailleurs que dans le processus psychosexuel du devenir femme. C'est l'enfant de l'avant, l'enfant d'une certaine préhistoire. C'est également une façon de s'identifier à ses propres parents. C'est combler le vide en soi, le manque.
Paul Laurent Assoun répond à la question : Pourquoi une femme veut elle devenir mère ?

- Pour réaliser la rupture d'avec la mère et de passer de « ma mère » à « moi mère ».
- La femme veut un enfant pour soutenir métaphoriquement sa présomption phallique.
- Elle veut un enfant pour réaliser le vœu incestueux, c'est là la dimension de fantasme.
- Enfin, elle veut un enfant pour soutenir le désir d'un homme.

Bien évidemment, la naissance d'un enfant renvoie à sa propre naissance et à sa propre mère. L'image d'amour que la mère a su donner à sa fille lui permettra d'appréhender de façon positive son rôle de mère. Dans le cas contraire, si la mère a été absente ou peu aimante la relation avec son bébé peut être difficile.
Etre mère est synonyme d'inquiétude et de questionnements : « Suis-je une bonne mère ? », « est ce que je vais savoir m'occuper de lui ? », « comment devenir mère et rester femme ? »….
L'archétype sexuel féminin renvoie à la capacité d'érotiser sa réceptivité sexuelle (érotisation des creux) et d'investir dans la maternité.

L'enfant prend une place extrêmement importante, il envahit tout l'espace et il est parfois très difficile pour la jeune mère de réinvestir sa sexualité.

b- Image corporelle et sexualité :

Il semble que la féminité d'une femme s'appuie sur le regard d'un homme désirant. Si cet homme ne lui accorde plus ce regard aimant elle perd quelque chose de l'ordre de la féminité. L'image du corps, nous dit Dolto, est propre à chacun d'entre nous. Elle est inconsciente et liée à notre histoire. La transformation du corps lors de l'accouchement, la prise de poids, les vergetures, les cicatrices en cas de césarienne va donner à la femme une image négative de son corps. Ce corps douloureux, suintant qui lui donne l'impression d'être sale. Il y a à ce moment là une perte de reconnaissance du corps, c'est un corps amputé de sa fonction érotique. Comment se sentir désirable, comment imaginer que l'autre vous désire ?

D'autres femmes, après l'accouchement se sentent allégées, retrouvent rapidement leur image corporelle, leur ventre plat et reprennent avec plaisir le chemin de la sexualité.

Le sentiment que la femme aura de son corps va dépendre de la façon dont il a été traité pendant l'accouchement. Si elle a été traitée avec respect comme une personne, que son corps a été manipulé avec considération, qu'on l'a informé des opérations successives, son corps lui appartient toujours et elle va se le réapproprier sans problème. Par contre, si son corps a été examiné sans douceur, de façon intrusive et sans respect de sa personne, elle risque de rester figée en cet état et sur la défensive. Le chemin de sa sexualité sera sans doute long et pénible avant de retrouver une harmonie avec son corps.

c- Allaitement et sexualité :

L'allaitement au sein est une expérience sexuelle. Les glandes mammaires sont des organes qui participent à l'excitation sexuelle. Cette composante gêne et déconcerte certaines femmes, d'autres y prennent du plaisir. La stimulation du mamelon provoque non seulement une sensation généralisée de plaisir, mais constitue une réelle stimulation génitale. La femme comblée par l'arrivée de l'enfant, créant avec lui une véritable relation fusionnelle qui lui apporte, en plus, lors de l'allaitement du plaisir génital (certaines femmes décrivent même avoir un orgasme) vont différer parfois la reprise des rapports sexuels avec leur partenaire, car la fonction érotique de l'allaitement est suffisante.

Souvent, la sensibilité aiguë des mamelons aux caresses amoureuses peut durer tout le temps de l'allaitement. L'augmentation du volume des seins est une source d'excitation pour certains couples. Pour d'autres cette modification du tour de poitrine va les inhiber.

D'autres fois, c'est l'impossibilité d'allaiter qui est vécu comme une souffrance, une blessure insoutenable et qui retentit sur les relations intimes du couple.

d- La place du père et la reprise de la sexualité :

Selon Lacan, il est fondamental qu'il y ait un tiers entre la mère et son enfant. La fonction paternelle assure une fonction de coupure et de séparation. L'enfant de la réalité n'est pas l'enfant imaginaire et la mère se retournera vers son mari pour confirmer sa féminité et envisager une deuxième grossesse. Il faut que la mère laisse de la place à ce tiers qui doit s'interposer entre elle et l'enfant. C'est lui qui va permettre à la femme de réinvestir son féminin et sa sexualité, la séparant de sa relation fusionnelle à l'enfant. C'est l'acceptation de la mère de changer la place de l'objet de son désir qui permet à l'enfant de s'épanouir loin d'une relation mortifère où il va pouvoir s'individuer et s'identifier à son père par la suite.

La position que le père adopte est liée à son propre vécu de fils, à la place que sa femme lui accorde dans la jouissance, et aussi à sa capacité de vivre avec le fait que sa femme est devenue mère.

Certains hommes assistent à l'accouchement de leur femme et sont choqués par l'image de ce sexe écartelé, sanguinolent. Ils ont parfois du mal à réinvestir ce sexe comme un lieu érotique.

Il s'agira d'un redécouverte entre les deux partenaires devenus des parents. Ces transformations pourront les rapprocher mais aussi parfois entraîner une crise profonde dans leur couple.

e- Baby blues, dépression et sexualité :

Hippocrate a été le premier a parlé des réactions transitoires survenant lors des suites de couche. Appelé « fièvre de lait » au cours du siècle dernier, le « blues » (cafard, idées noires) est connu également sous le terme de «syndrome du troisième jour » et de « maternity blues » qui est le terme de référence de la littérature anglosaxonne. La fréquence du baby blues est élevée, les manifestations diminuent rapidement et disparaissent le plus souvent avant le dixième jour. Il se caractérise par des pleurs, de brusques changements d'humeur, une tendance à l'oubli, une fatigue, des céphalées et une irritabilité tournée souvent contre le père de l'enfant. Les accouchées se sentent bizarres, distantes, indifférentes à leur enfant et en éprouvent une grande culpabilité.

La dépression post natale est plus grave, c'est une espèce de grand malaise qui l'isole de son contexte familial en se concentrant sur l'enfant ou en le rejetant. Elle se différencie de la psychose puerpérale par l'absence d'idées délirantes, d'hallucinations et de confusion. Elle dure plus longtemps que le blues, s'installe et déstabilise pendant plusieurs mois la mère. C'est une période où la mère est concentrée sur son mal être où le partenaire se sent un peu démuni devant cette dépression, on est loin de la sexualité.

f- Hormones et sexualité :

La grossesse et l'accouchement en particulier, sont des tempêtes hormonales. Après l'accouchement, le taux d'estrogènes et de progestérone chute de façon spectaculaire et parallèlement la prolactine s'élève. L'absence d'estrogènes a une action directe sur

l'excitation sexuelle, de plus cette carence modifie la trophicité vaginale et entraîne une sécheresse de la muqueuse, une perte de la lubrification qui rend le rapport sexuel désagréable, voir douloureux. La prolactine est également connue pour inhiber la réceptivité sexuelle et est produite de manière importante pendant toute la durée de l'allaitement. L'ocytocine est responsable d'une sensation de bien être physique, ce qui risque d'influencer les liens existants entre la mère et son bébé. La mère peut alors délaisser son partenaire au niveau affectif et sexuel au profit de l'enfant, étant amplement satisfaite grâce à son allaitement.
Cependant la femme jeune conserve une production stéroïdienne de base qui la met à l'abri des troubles dystoniques du type ménopausique. Il est donc certain que dans le post partum il y a une grande modification hormonale mais il est beaucoup moins évident qu'elle soit directement reliée au comportement sexuel.

g- Désir sexuel et désir d'enfant :

Dans le post partum, la baisse du désir sexuel est un des principaux motifs de consultation en sexologie. Certaines femmes confondent désir sexuel et désir d'enfant.
Elles viennent consulter en imputant leur baisse d'excitation sexuelle à la grossesse : « Depuis mon accouchement, je n'ai plus envie d'avoir de rapport sexuel, cela m'ennuie, je m'en passe sans problème ! » Quand on leur demande comment cela se passait avant la grossesse, elles nous disent que cela n'a jamais été terrible.
Le désir sexuel est un désir très fragile, il se met en place sans difficulté lors de la rencontre amoureuse et va progressivement s'estomper dans le temps. Chez un couple vivant ensemble, sa durée de vie est d'à peu près deux ans. Si la femme ne s'ait pas approprié un bon senti interne, si elle n'a pas investi ses creux, si elle n'a pas érotiser sa génitalité, elle a de grande chance de perdre son désir sexuel et son excitation sexuelle.
Souvent ces femmes ne se sont pas appropriées leur senti interne comme une région génitalisée, érotique, source d'excitation sexuelle. Elles ont investi leur féminité et leurs creux pour la maternité, ce qui les motive dans leur sexualité c'est le désir d'enfant. Tant que la grossesse n'est pas annoncée cela va à peu près bien, mais une fois que l'enfant est né il y a un véritable désintérêt à ce qui touche la sexualité. Souvent l'envie d'un deuxième enfant déclanche à nouveau la reprise des rapports.

h- Hypertonie périnéale, accouchement et sexualité :

L'excitation sexuelle se met en place grâce à l'émergence du phénomène réflexe de la vasocongestion des organes génitaux et d'autre part par la mise en place du jeu sur les rythmes, les tensions musculaires et l'amplitude des mouvements effectués c'est-à-dire par la mise en place des trois lois du corps. On distingue quatre modes d'excitation sexuelle : le mode archaïque, le mode mécanique, le mode ondulatoire et le mode en vague.
On va retrouver une hypertonie musculaire des muscles périnéaux dans les deux premiers modes. Mais en ce qui concerne notre sujet et le cas clinique suivant nous nous intéresserons ici plus particulièrement au mode archaïque.
Ce mode se met en place, très tôt, dans la toute petite enfance, à partir des premiers mois de la vie, dès qu'un minimum de coordination motrice est possible. Le mode d'excitation sexuelle archaïque consiste à faire monter l'excitation sexuelle par la stimulation des récepteurs proprioceptifs profonds. Pour faire monter son excitation sexuelle, la femme utilise des pressions ou des tensions musculaires de forte intensité

dans la région génitale. Par exemple, une femme peut faire monter son excitation sexuelle en serrant très fortement ses cuisses, ses fesses, son périnée et en faisant des pressions sur ses organes génitaux. La montée de l'excitation sexuelle jusqu'à la décharge se fait très rapidement souvent en une dizaine de secondes. Ce mode implique des rythmes assez rapides, un tonus musculaire très élevé allant jusqu'à l'hypertonie et pouvant entraîner des crampes, l'utilisation d'un espace réduit (corps arqué) et d'une respiration courte et restreinte. La personne qui utilise ce mode d'excitation sexuelle peut avoir une décharge orgastique mais c'est un mode très limitatif, très peu confortable qui s'adapte mal au coït. Cette femme a plus ou moins de senti interne et un imaginaire érotique pauvre. Elle doit demeurer très concentrer sur sa région génitale, afin de ne pas perdre le fil de la montée de son excitation sexuelle. En raison de la rigidité et de l'inconfort que ce mode implique, les perceptions de plaisir sexuel associées à l'excitation sont fortement limitées. Les récepteurs superficiels ne sont pas érotisés et ces femmes sont allergiques à tout ce qui est de l'ordre de l'effleurement, seul le pétrissage peut réveiller leur excitation.
Souvent les femmes qui utilisent ce mode excitatoire deviennent anorgasmiques après un accouchement. En effet, le relâchement de la musculature périnéale les empêche de retrouver les points de repère qu'elles avaient trouvé dans leur région génitale. La diminution du tonus musculaire aussi minime soit il peut entraîner une perte de leurs sensations et une anorgasmie.

Cas clinique :
Juliette, âgée de trente six ans, est une jolie femme assez ronde au visage poupin. Elle a de beaux yeux bleus et est très souriante. Il ressort d'elle un contraste entre la douceur exprimée par son visage et la grande rigidité de son corps. Elle est habillée de façon classique, peu maquillée et sa féminité est peu mise en valeur.
Elle a accouché, il y a un an d'une petite fille, a consciencieusement effectué sa rééducation périnéale chez une kinésithérapeute de renom. Il y a quelques semaines, elle est retournée la voir car elle ne sent plus rien aux rapports. Après un examen clinique, la rééducatrice côte son périnée à cinq et trouve une vulve bien fermée. Etonnée et comprenant que derrière ces symptômes il se jouait autre chose elle me l'adresse.
La demande de Juliette est précise : *« Je n'ai plus de sensations lors des rapports, je me sens béante et par voie de conséquence je n'ai plus envie de faire l'amour, cela me déprime et retenti sur ma relation avec mon mari. »*
Mon histoire est douloureuse, je suis fille unique et j'ai perdu ma mère à l'âge de seize ans, elle a été pendant dix ans dans un hôpital psychiatrique et a fini par se suicider.. J'ai été placée à cinq ans à la DAAS, puis à l'orphelinat et enfin dans une famille d'accueil, car ma mère m'avait poursuivi avec un ciseau et menaçait de me tuer. Pourtant j'adorais ma mère, j'ai beaucoup fantasmé sur elle. Dans mon dossier, j'ai découvert qu'elle m'avait placée tout bébé à l'assistance publique car, déjà, elle ne supportait pas mes pleurs. Ma grand-mère maternelle s'est suicidée et une de mes tantes a fait plusieurs tentatives de suicide.
Je suis mariée depuis dix ans, j'ai rencontré mon mari dans le cadre de mon travail. Il sortait d'une relation douloureuse, était très inhibé, il avait peur de ne pas être à la hauteur, peur que son sexe soit trop petit. Il n'a jamais eu très confiance en lui. Donc moi, je me suis toujours sentie responsable de notre sexualité. Il fallait que je sois attirante, désirable et maternelle. Je n'ai jamais pu vraiment exprimer mes désirs.
Depuis l'accouchement, on a du mal à retrouver un lien tendre, aimant. J'ai des difficultés à accepter ce nouveau corps, trop gros, trop mou qui me dégoûte, j'ai honte

de moi, je n'ose pas le montrer. Le rapport à mon corps a toujours été difficile (boulimie dans ma jeunesse), mais après l'accouchement cela a explosé. Je ne me sens absolument pas séduisante, je mets juste un minimum de séduction pour ne pas déplaire. Je manque d'assurance, de confiance en moi. J'ai du mal à faire le deuil de mes sensations, j'ai perdu un autre moi-même en m'engageant avec un homme et en devenant mère. Je ne voulais pas d'enfant, mais lui le désirait ardemment. Cela a duré cinq ans avant que je me décide, pressée par l'horloge biologique, et par la peur de perdre mon mari. Ma grossesse et mon accouchement n'ont été qu'un passage obligé. J'ai été effarée par ma différence corporelle, je n'ai ressenti aucun bonheur à sentir mon bébé bouger dans mon ventre, je n'ai jamais fantasmé sur lui. Je n'arrivais pas à me réjouir de son arrivée, même préparer sa chambre était une corvée. Je faisais les choses de façon mécanique.
Etre enceinte pour moi c'est une maladie, accoucher c'est mourir. Mon accouchement me terrorisait, j'ai beaucoup souffert, il n'y avait aucune place pour l'émotion. Pendant mon accouchement, j'ai eu un moment de panique, j'ai cru que je ne me suffirais pas, que je n'y arriverais pas seule, c'était fixé dans l'éternité. C'était un moment étrange comme en suspend, j'étais bloquée, j'avais envie que cela s'arrête, le bébé ne descendait pas. J'avais peur de rester figer en cet état, peur de mourir et de perdre mon bébé. J'ai eu l'impression d'être ouverte au maximum et je me demande aujourd'hui si je ne suis pas encore bloquée à ce stade.
Mes rapports sexuels avant mon accouchement étaient souvent douloureux, car j'étais assez serrée, d'ailleurs ma gynécologue utilisait un spéculum de vierge. Pendant le rapport, je me sens très tendue, arquée, mon bassin ne bouge pas et ma respiration est bloquée dans le haut de mon corps. Avant j'arrivais à avoir du plaisir, mais cette sensation était furtive ou très rapide. La sexualité ne m'a jamais trop intéressé, je préfère ce qu'il y a avant dans la rencontre, c'est-à-dire le flirt, la séduction, l'érotisme d'anticipation.
La relation à mon bébé n'a pas été facile, il pleurait tout le temps, il devait ressentir des choses, mais je n'arrivais pas à trouver la prise pour me brancher avec lui et que l'on soit en phase. Je faisais ce qu'il fallait mais sans plus, sans instinct maternel, je n'avais pas avec lui d'échange de tendresse. Maintenant, cela va un peu mieux, je ressens plus d'émotions et de plaisir à être avec lui. D'avoir un enfant m'a permis de me reconnecter à ma propre douleur. J'accepte mieux la souffrance de la petite fille que j'étais.

Analyse psychologique :

- Nous voyons combien la grossesse, l'accouchement et ce statut de mère d'une petite fille en plus, ont renvoyé Juliette à sa propre naissance et à sa propre mère. Comment devenir une bonne mère quand on a eu comme exemple une image de mère malade au sens psychique du terme, peu aimante semble t'il et destructrice. Mettre au monde un enfant la renvoie à la mort, à cette lignée de femmes qui en devenant mère finissent par se suicider.

- Son image corporelle explose, elle ne supporte pas ce corps abîmé par la maternité, ce corps trop gros, trop mou qui la dégoûte. Image négative de son corps qui empêche la relation à l'autre. Lors de l'accouchement, elle reste bloquée sur cette image de sexe béant, moment de suspend où elle retient l'enfant dans son impossibilité d'être mère.

- Le choix de son partenaire n'est pas neutre, homme fragile, peu sûr de lui et qui lui laisse la responsabilité de prendre en main leur sexualité. Il n'est pas étonnant de retrouver des problèmes dans le couple quand Juliette est déstabilisée par sa grossesse. Juliette ne joue plus son rôle de femme protectrice, rassurante et maternante.

- La relation à sa petite fille est forcément perturbée. Grossesse pas vraiment désirée et non investie, elle garde de la distance avec sa fille par manque d'image d'amour maternel mais aussi peut-être pour la protéger de ses propres pulsions agressives.

Analyse sexocorporelle :

- Juliette a très peu d'assertivité sexuelle c'est-à-dire qu'elle éprouve des difficultés à se poser dans sa féminité. Elle manque de narcissisme, ne se regarde pas avec fierté et a du mal à se montrer à son partenaire.

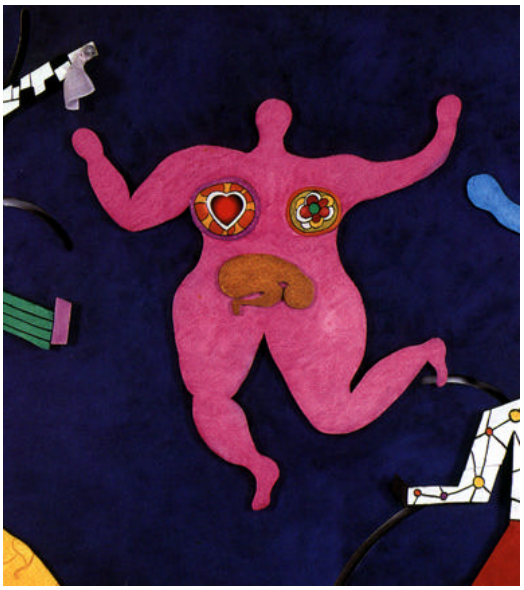
- Son désir sexuel est surtout un désir de fusion avec son mari.

- Son mode excitatoire est un mode archaïque que l'on met en évidence par l'hypertonicité musculaire, un corps rigide, arqué, une respiration courte, une décharge orgastique rapide et une impossibilité de ressentir du bien être aux caresses.

- Son manque de sensations s'explique, malgré un bon périnée, son accouchement a modifié les points de rapport qu'elle avait dans sa région vaginale. Ses hypercontractions ne suffisent plus à l'amener à la décharge.

Mettre des mots sur son histoire, sur sa grossesse et sur son accouchement, vont permettre à Juliette, avec le temps, d'accéder à son statut de mère, d'établir un lien affectif avec sa petite fille, et de retrouver une complicité avec son mari.
Travailler en sexocorporel, va lui permettre d'accéder à la féminité, de prendre conscience de la façon dont elle s'excite. Certes elle ne retrouvera pas ses sensations d'avant grossesse, mais en faisant évoluer son mode excitatoire, en jouant sur des rythmes plus lents, une tonicité musculaire moins dans l'hypertonie, une respiration plus ample, un corps plus mobile (double bascule) elle a tout à gagner. La sexualité nécessite des cognitions, des apprentissages, des prises de conscience sur la façon de s'exciter. Pouvoir allier la psyché et le corps, nous permet de comprendre ce qui se joue et comment le corps réagit. Toute émotion va entraîner des modifications corporelles. A l'inverse, une position corporelle amène des tensions musculaires dans certaines parties du corps qui ont automatiquement leurs reflets au niveau émotionnel et cognitif. Corps cerveau, cerveau corps sont deux entités indissociables.

3-Conclusion :



Désirer, concevoir et accoucher est une grande aventure pour la femme mais aussi pour le couple. Cette traversée à deux n'est pas sans difficulté, la femme devant se positionner dans son statut de mère, l'homme dans son statut de père. Ils devront se recomposer une nouvelle vie en laissant une place à l'enfant, mais également s'accorder du temps afin de se retrouver et de laisser une possibilité au désir sexuel de réapparaître.

L'accouchement laisse des séquelles physiques, des traces dans la chair mais c'est aussi une traversée psychique qui provoque des angoisses, des résurgences du passé de l'histoire de chaque femme.

La sexualité est mise à rude épreuve, du devenir mère au rester femme la route est longue mais enrichissant. En franchissant toutes ces étapes elle se construit un peu plus chaque jour dans son identité féminine.

Bibliographie :

-Michèle Lachowsky : Un temps pour les femmes

-Danielle Bastien : Le plaisir et les mères

-Paul Laurent Assoun : Le désir machinal d'enfant

-Françoise Dolto : L'image inconsciente du corps

-Sheila Leitzinger : L'expérience sexuelle des femmes

-S.Missonnier : Eléments d'obstétrique psychosomatique

-Alain Pigné : Séquelles périnéales de l'accouchement