



ACTES DU COLLOQUE CONTRACEPTION du 25 septembre 2025

“LE POST-PARTUM : UN IMPENSÉ MÉDICAL ET SOCIAL”



**FÉDÉRATION LAÏQUE
DE CENTRES
DE PLANNING FAMILIAL**

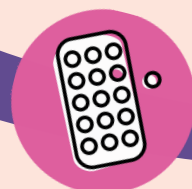


Table des matières

Note d'écriture	3
Introduction par Renée Greusard	4
Questions / Réponses.....	8
2. Le post-partum, un impensé médical ?	10
2.1. Modifications physiologiques et vécu invisible des femmes	10
Julie Belhomme	10
2.2. Aspects psychologiques et psychiatriques du postpartum	17
Laurence Weets.....	17
Questions / Réponses.....	22
3. Le post-partum, un impensé social ?.....	26
3.1. La dépression du postpartum : une question de justice sociale et de genre.....	26
Delphine Ancel	26
3.2. Particularité du suivi et du vécu des femmes issues de l'immigration	33
Rachel Gourdin	33
3.3. Prise en charge du postpartum et pistes d'action pour répondre aux besoins des parents	36
Céline Cocq	36
Questions / Réponses.....	41
4. Vie sexuelle et affective en post-partum	46
4.1. La contraception en postpartum.....	46
Charlotte de Gélas.....	46
4.2. Sexualité postpartum : équilibre, compromis et patience.....	55
Sophie Galler	55
Questions / Réponses.....	64
Conclusion	70
Indice des orateurices	72

Note d'écriture

Le langage structure notre manière de penser. Il nous a semblé pertinent de porter une attention particulière à l'écriture des pages qui vont suivre. Ainsi, lorsque cela était pertinent, nous avons fait le choix de l'écriture inclusive. Celle-ci a pour objectif d'atténuer autant que possible le caractère sexiste de la langue française et d'adopter une approche inclusive et plus représentative de l'ensemble de la société.

Néanmoins, ce choix demeure insatisfaisant. La langue française sépare le masculin du féminin suivant une logique encore très binaire. Ainsi, contre la règle du '*masculin neutre*', nous avons fondu systématiquement le féminin avec le masculin. Vous trouverez donc ici des 'iel', 'celleux', 'elleux', 'acteurices', 'ami-es' ... comme proposition d'imbrication des deux genres dans la langue. Ainsi, nous avons bien conscience que, même rendue inclusive, la binarité demeure visible.

Notez qu'il s'agit ici d'actes de colloque. Nous avons donc veillé à retranscrire au plus proche les propos exposés par les orateurices lors de cette journée. S'ils n'ont pas utilisé l'inclusif, nous n'avons pas transformé leurs propos. Lorsque l'intention de l'orateurice ou le genre employé n'était pas clairement énoncé, nous avons opté pour la forme inclusive. Les éventuelles erreurs sont de la responsabilité de l'éditeurice.

Nous vous souhaitons une bonne lecture.

Introduction par Renée Greusard

Journaliste féministe, autrice d'Enceinte tout est possible et de Choisir d'être mère



Je suis journaliste “Société” et j’ai écrit deux livres sur la parentalité à partir d’enquêtes sociétales féministes afin de déconstruire les croyances et les injonctions faites aux femmes pendant la grossesse, le postpartum et les tabous de la parentalité. Il y a des choses que j’aurais aimé qu’on me dise et qu’on ne m’a pas dites quand j’étais enceinte. C’est pourquoi j’ai choisi de les écrire dans un livre. Car j’ai été moi-même un peu surprise. J’avais un fantasme de ce qu’était la maternité.

J’imaginai faire des goûters d’anniversaire dantesques, j’imaginai faire virevolter mon enfant en avion, j’imaginai un conte de fées. Sauf que la parentalité, c’est des moments merveilleux mais c’est aussi des moments difficiles.

Il y a en France environ 700 000 naissances par an. Voici les chiffres de la dépression du postpartum : en France, c’est 10 à 20% des mères selon les chiffres de la sécurité sociale. En Belgique, c’est 10 à 15% des mères.

Ce qui m’est arrivé est assez classique. J’ai tout de suite aimé follement mon bébé, mais la maternité, la parentalité, sont ambivalents. Je tiens à préciser que je parle d’un point de vue de femme, de mère, de journaliste. Je ne suis pas médecin. Ce que je dis, c’est mon analyse en tant qu’essayiste qui a enquêté, et en tant que mère.

Pour moi, la dépression du postpartum s’est manifestée par deux choses qu’on a tendance un peu bêtement à être dissociées alors qu’elles sont complètement liées. Je sais qu’il y a beaucoup de médecins, de soignant·es dans cette salle et, vous le savez, on ne peut pas dissocier le mental du physique. La chute physique pour moi, c’est évidemment les nuits sans sommeil. Les nuits sans sommeil, c’est ce que j’appelle un toboggan glissant avec du savon de vaisselle vers la dépression. C’est un débordement logistique. Il y a des jours où on n’est pas capable de prendre une douche et on se dit “*Ce n’est pas possible, je suis super nulle, tout le monde l’a fait avant moi, pourquoi je n’y arrive pas ?*”. C’est aussi une difficulté à prendre soin de soi, à manger équilibré, à faire du sport, à faire des choses qui nous font du bien, parce qu’on est tellement prise dans un tourbillon de choses à gérer qu’on est dépassée. À ce sujet, il y a des chiffres importants. Ce sont des chiffres de Christine Castelain-Meunier qui est sociologue et qui donne ces chiffres assez effrayants¹. Elle explique qu’après la naissance de leur enfant, 28% des hommes et 38% des femmes renoncent aux sorties culturelles, 24% des hommes et 54% des femmes abandonnent leur activité sportive, 18% des hommes et 38% des femmes

¹ Castelain-Meunier, C. (2013), *Le ménage : la fée, la sorcière et l’homme nouveau*, Paris, Stock

délaissent leur pratique artistique. Je ne sais pas si vous avez remarqué, mais il y a une petite différence dans les chiffres. Tout simplement à cause du patriarcat. Car ce sont quand même les femmes qui gèrent majoritairement les enfants, elles sont encore plus en difficulté. La dépression du postpartum n'est pas juste une lubie ou une fragilité personnelle, c'est tout un système qui touche d'abord les femmes. Et je dis les femmes, mais on peut parler de la personne qui gère l'enfant en première ligne.

Quant à la dimension psychique de cette chute, il y a le fantasme dont je parlais, le rêve bleu. J'étais tombée sur un article scientifique en psychologie qui disait que *"la dépression c'est la perte d'une illusion"*. Pour moi, ça s'est vraiment passé comme ça. Il y a toute la question de la gestion identitaire : on était quelqu'un, on devient parent. On est « la maman d'Ulysse », « la maman d'Orso ». J'étais quelqu'un de très sociable, de très fêtarde, de très indépendante, de très libre et d'un seul coup j'avais l'impression que mon cerveau régnait le chaos. Je me disais : *"Je ne comprends plus qui je suis, est-ce que je suis encore cette personne fêtarde et très indépendante ? Est-ce que je suis juste une maman ?"*. Et moi qui ne donne pas de conseils globalement, parce que j'estime toujours que chaque personne est différente, il y a en a un seul que j'aime donner à des gens qui m'en demandent avant de devenir parent, c'est d'aller voir un psy. Car c'est un psy qui m'a aidée à gérer tout ce chaos identitaire et ce sentiment de nullité.



Une artiste plasticienne photographe, Diana Goldsteins, qui a fait un travail qui s'appelle *Fallen Princess* qui illustre Blanche Neige après la fin du livre. Que s'est-il passé quand elle a eu ses enfants ? C'est lels vécurent heureux-ses mais le prince n'a pas l'air de faire grand chose.

Alors "Not All Men"² évidemment, il y en a qui font des choses. La question : comment ça se fait que elle, elle n'était pas préparée ?

Le problème de l'impréparation c'est d'abord toute la mythologie qui modèle une mère parfaitement heureuse³. J'ai interviewé Heini Martiskainen, une sociologue qui a travaillé sur les socialisations et les émotions invisibilisées de la maternité en Finlande et en France. Je la cite : *"Les recherches mettent en évidence un sentiment récurrent d'impréparation ainsi qu'une collision entre les attentes a priori (fondées sur des espoirs personnels et des imaginaires collectifs) et les réalités sociales auxquelles la naissance d'un enfant donne lieu pour les femmes"*. Donc, je n'étais pas toute seule dans mon coin.

Lorsque j'ai accouché d'Ulysse et que je n'étais vraiment pas bien, les choses ont commencé à déraiper bizarrement, de manière très étonnante, quand mon compagnon a repris le travail. Je me suis retrouvée toute seule avec ce bébé toute la journée, qui pleurait beaucoup parce qu'il avait un RGO⁴ et que j'étais complètement dépassée, débordée. Je me souviens que je sortais dans la rue avec ma poussette. J'étais non-fumeuse et je me disais que j'adorerais avoir une cigarette dans chaque main et pousser la poussette comme ça. Je me suis mise à fumer à ce moment-là. Je trouve que ça raconte

² traduction : Pas tous les hommes

³ la vierge marie évidemment, les séries aussi

⁴ Reflux gastro-oesophagien

quelque chose de ce que c'est, ce moment, qui est un chaos, un toboggan glissant organisé savamment.

On se repose beaucoup trop sur les mères. Selon une étude de l'IFOP⁵, 78% des mères se lèvent plus souvent que les pères. C'est du déclaratif, il faut donc lire que 78% des mères qui disent se lever plus souvent, et dans l'étude, les pères disent se lever plus souvent à 46%. Dans tous les cas, quand bien même c'est du déclaratif, on voit bien qu'il y a un problème. J'ai envie de citer aussi la DREES⁶, un organisme gouvernemental français : les mères accordent deux fois plus de temps aux enfants que les pères. Là je parle d'un couple hétérosexuel évidemment, dans des couples queers c'est encore différent, je n'ai pas de chiffre. Mais le gros sujet des inégalités est quand même dans les couples hétéros. En moyenne, elles accordent 1h33 contre 44 minutes pour les pères. Le seul endroit où les pères sont un tout petit peu plus présents, c'est le jeu avec l'enfant. Il y a une grande enquête officielle parue en avril 2025 où on apprenait que quand l'enfant a deux mois, les pères ne participent en moyenne qu'à 30% des tâches parentales. Et, il y a même 62% des pères dans l'étude qui admettent éviter de réaliser eux-mêmes un de ces soins : changer les couches du bébé, donner un bain, couper les ongles, moucher l'enfant et le soigner en cas d'irritation cutanée. Et, il n'y a que 10% des mères qui reconnaissent éviter ces soins. Autant il y a un mythe de la maternité heureuse, il y a aussi un mythe des pères présents.

Il y a aussi quelque chose dont j'aime beaucoup parler, c'est qu'on manque aujourd'hui – et on n'en a pas toujours manqué – d'un village. Il y a ce fameux proverbe qui est devenu un poncif *“il faut tout un village pour élever un enfant”*, et c'est vrai. Des travaux d'anthropologie montrent que jusqu'à il n'y a pas si longtemps, c'est-à-dire la société industrielle, le fait que tous les hommes aillent au travail mais les femmes travaillaient elles-aussi. Je vais citer Titou Lecoq⁷ qui explique : *“Pour certaines anthropologues actuelles comme Courtney Meehan et Ruth Mace, une partie du succès de l'évolution humaine tiendrait précisément dans ce qu'on appelle l'aloparentalité, le fait que tout le groupe soit mobilisé pour s'occuper des enfants [...]”*. Alors, quand je parle de ça, souvent les gens disent “moi je n'ai pas envie, mes parents je les déteste”. Je comprends, on a le droit de ne pas aimer ses parents. L'idée, ce n'est pas de dire aux gens *“forcez-vous à être en famille”*, l'idée c'est de se dire qu'on manque de solidarité dans nos sociétés actuelles. Et c'est ça que j'adore avec le sujet de la parentalité, c'est que souvent, c'est un sujet qui permet de prendre de la hauteur et de réfléchir à comment on vit sur Terre en tant qu'être humain. Je trouve que c'est ça qui est beau avec les enfants, c'est qu'ils nous forcent à nous questionner, à se demander : qu'est-ce qu'une vie sur Terre et qu'est-ce qu'on veut en faire ? La question de l'aloparentalité est importante parce que c'est une question de solidarité.

Et bien sûr, l'isolement est une difficulté particulière pour les familles monoparentales, 25% en moyenne en France. Enfin, il y a la question de la rupture des savoirs de transmission parentaux. J'ai interviewé Gérard Neyrand, sociologue de la famille. Il explique que pour tout un tas de raisons, on a perdu des liens familiaux où on expliquait de mère en fille, de tante en nièce, où les femmes plus âgées, les femmes plus sages, les femmes plus sachantes, expliquaient ce que c'était qu'un-e enfant. D'ailleurs ma mère a eu trois enfants, et je suis tombée de ma chaise quand j'ai eu les miens. Et beaucoup de femmes de cette génération ne transmettent pas parce qu'elles tiennent à tenir leur rôle.

⁵ Institut français d'opinion public

⁶ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

⁷ Lecoq, T. (2021). *Les grandes oubliées : Pourquoi l'histoire a effacé les femmes*. L'Iconoclaste

Je vais citer Gérard Neyrand : *“La société a changé. Nous avons aujourd'hui beaucoup plus de mobilité. Cela induit que les jeunes parents ne sont aujourd'hui plus entourés des leurs et qu'ils ont du mal à bénéficier de soutien.”* Là, ce sont des questions démographiques. En France, quand on grandit à Bourg-en-Bresse, souvent, on part à Paris pour travailler, pour faire ses études et alors on quitte la famille. Donc les connaissances traditionnelles, générationnelles, ont été un peu délégitimées par l'arrivée des sciences humaines, de savoirs d'expert-es, de médecins, de psys, et on a globalement tendance, aujourd'hui, à se dire *“Ah, je ne sais pas faire un truc, je vais aller voir le médecin”*, sans faire appel à sa mère. Certains disent que ce savoir est en train de se rétablir, mais d'une manière horizontale, entre femmes du même âge. Et c'est vrai, je pense, je n'ai pas trouvé d'études sociologiques encore pour l'instant, mais c'est l'idée qu'on va demander à sa copine, qui a déjà eu deux enfants.

On arrive donc aux facteurs individuels. Je disais, avec très peu de bienveillance pour moi, que j'étais bête. Je ne suis pas bête. En revanche, je pense qu'il y a des personnes qui sont très tournées vers l'extérieur. Et c'est mon cas, je suis quelqu'une de très sociable, j'aime sortir, j'aime boire des coups, j'aime faire la fête, j'aime être très stimulée intellectuellement. Quand on a ce genre de personnalité et que, d'un seul coup, on se retrouve avec un bébé qui regarde les feuilles, ça apprend des choses. Moi, ça m'a notamment appris à regarder les feuilles. Un jour, mon fils était dans son berceau, on était dans le jardin et je voyais qu'il bloquait quelque chose et je me disais *“Qu'est-ce qu'il regarde ?”*. Le vent faisait bouger les feuilles dans les arbres, ce qui est magnifique, et grâce à lui, je me suis remise à regarder les feuilles dans les arbres.

En 2023, j'ai interviewé Liliane Feuillet, psychologue clinicienne à la maternité de l'Hôpital Franco-Britannique. Elle disait : *“les femmes ont des activités professionnelles enrichissantes et, soudain, se retrouvent avec un bébé comme unique horizon. Il y a beaucoup moins de satisfaction narcissique”*. Alors, la satisfaction narcissique, c'est des termes de psy. Il ne faut pas croire que c'est juste quelqu'un qui aime se regarder dans le miroir. Il y a cette phrase de ma psy que j'adore. Un jour, je lui disais *“Je sens que j'ai besoin de vide”*. Et elle m'avait dit *“Renée, tant que vous direz que vous avez besoin de vide, vous n'aurez pas compris que ce dont vous avez besoin c'est d'espace pour vous”*. J'ai trouvé cette phrase très belle.

Ce n'est pas la même chose d'avoir un enfant à 20 ans, qu'à 30, qu'à 40. On n'est pas captée psychologiquement de la même manière. Et il y a des personnes qui sont plus à risques que d'autres. Je peux parler de moi, puisque j'ai été diagnostiquée pour un TDAH⁸ à 38 ans. C'est sûr que quand on a un TDAH, on est clairement moins disposé-e à bien encaisser cette charge. On est plus facilement débordé-e. Il y a des gens qui sont à risque. Et là, je parle du TDAH parce que c'est ce que je connais. Mais quand on a une fragilité psychologique, quelle qu'elle soit, on est plus à risque. La bonne nouvelle, c'est qu'avec des infos, de la lucidité et des bonnes chaussures, tout peut mieux se passer.

Il y a un Ted Talk que je vous recommande, qui m'a beaucoup marqué. Ce sont deux parents qui ont beaucoup travaillé sur la sexualité, Rufus Griscom et Alisa Volkman, iels disent : *“On a halluciné en devenant parents de voir à quel point les difficultés de la parentalité étaient encore plus taboues que la sexualité en soi”*. Iels ont cette phrase que j'aime beaucoup et que j'utilise dans mon livre : *“Vous préparez vos valises pour un voyage en Europe et vous êtes excités de partir. Mais, quand vous sortez de l'avion, il s'avère que vous faites finalement un trek au Népal. Et faire du trekking au Népal est une aventure extraordinaire. Particulièrement si vous prenez ce qu'il faut, si vous savez dans quoi vous vous êtes engagés et êtes mentalement prêts.”* Le problème, c'est que la première fois, je suis sortie en trek

⁸ Trouble de l'attention avec hyperactivité

au Népal avec des escarpins. Ça ne s'est pas bien passé. La bonne nouvelle aussi, c'est que les choses ont changé.

J'ai eu deux enfants à sept ans d'intervalle. J'ai eu l'impression de vivre sur deux planètes différentes de l'un à l'autre. Entre les deux, j'ai constaté qu'il y avait de l'information partout sur les réseaux sociaux, parfois pas bonne. Il y avait quelque chose qui était radicalement différent. Les femmes parlaient. Les gens disaient quand ce n'était pas bien, quand c'était dur. Je me suis dit qu'on n'est plus du tout dans les mêmes dispositions. Mais il faut faire attention aux bulles dans lesquelles on est. Je suis dans une bulle de femmes qui osent parler. Il y a des femmes qui sont dans des milieux où on n'ose pas parler.

Les deux conseils que je donne, c'est d'aller voir un psy et de faire à manger pour un mois. Parce que, pendant mon premier post partum, je mangeais des tartines de Nutella avec un bébé dans les bras. Ça ne fait pas du bien au moral. Mais aussi, trouver des solutions pour rattraper la dette de sommeil. Le congé des coparent·es est important. En France, c'est vraiment dramatique. Avec mon compagnon, on a aussi décidé de prendre des séances de psy de couple, alors que ça allait plutôt bien entre nous. Tous les deux mois, on y va et ça nous permet de nous retrouver pour ne pas vivre la même chose que la première fois. Et donc, on a un partage plutôt égalitaire. Il y a des mesures gouvernementales à prendre qui sont favorables à la santé psychique et physique des mères, le congé des coparent·es. Il faudrait quelque chose où on puisse être là pour les femmes selon leurs besoins (congé plus long, soins,...), il faudrait un truc à la carte et il faut un congé obligatoire pour les coparent·es. Et, je crois sincèrement qu'il faut créer des villages. Les villages sont quelque chose bien au-delà des enfants. C'est : parler à ses voisins, avoir des groupes WhatsApp de voisins, etc. Un truc très facile à faire et je ne comprends pas qu'on ne le fasse pas, en France en tout cas, c'est quand des gens accouchent en même temps à la maternité, je ne vois pas ce que ça coûte de dire "Vous accouchez en même temps. On vous donne la possibilité d'avoir un lien WhatsApp pour échanger des trucs.

Donc, pour moi, le sujet profond, c'est la solidarité et une société égalitaire.

Questions / Réponses

Yannick Manigart⁹ : En tant que gynécologue, en allant voir ces femmes au quotidien que je me suis rendu compte qu'au moins la moitié pleuraient si je leur demandais comment ça allait. Évidemment, si on ne demande pas comment ça va, elles ne pleurent pas. Hier encore, une patiente, deux ans après la naissance de son troisième enfant, pleurait en me décrivant son post-partum. Pour lancer le débat voici une question provocante, n'y a-t-il pas un certain manque de sororité car elle n'a pas trouvé de soutien autour d'elle ?

Renée Greusard : Je suis toujours un peu embêtée avec ça, parce que je trouve que les enfants sont à tout le monde. Enfin, ils ne sont à personne et ils sont à tout le monde à la fois. Cela ne devrait pas être le sujet des femmes. Et je trouve ça compliqué de se dire que parce qu'elles ont des enfants, alors c'est leur sujet. Ces enfants, ils ont des pères, quand même majoritairement. Je trouve que la sororité, dans un cas comme celui-ci, c'est presque le truc à l'envers. La sororité, ce serait peut-être de descendre dans la rue et de faire des manifs de mères.

⁹ modérateur

Remarque de la salle : J'ai lu un livre qui parlait d'un pacte entre futurs parents. Avez-vous, à la première ou deuxième naissance, eu l'occasion d'aborder "tiens, concrètement, qu'est-ce qu'on va faire ?". Et pas juste "oui, oui, on va se répartir" ?

Renée Greusard : Merci d'en parler d'ailleurs. J'entendais un jour un psy qui disait *"pour n'importe quel grand projet de la vie, que ce soit une maison, que ce soit un déménagement, on va se poser des questions d'anticipation, on va se demander comment ça se passe, qui fait quoi, comment on s'organise. Un mariage, on le prépare aussi. Il n'y a qu'avec un enfant qu'on se dit "allez, yolo¹⁰ !" Et c'est complètement insensé, parce que ça s'organise. Je suis complètement d'accord avec ça, je pense que c'est super de se poser des questions avant. Il y a des applis aussi par exemple Nipto qui permet de comptabiliser des points de charge mentale.*

Remarque de la salle : Avez-vous pu observer une différence entre le niveau socio-économique des mères ? Est-ce que les mères dans des situations de plus grande précarité seraient plus fragiles ou plus exposées à des risques de dépression du postpartum ? En Belgique, on a un congé parental de 4 mois jusqu'aux 12 ans de l'enfant qui peut être réparti entre les parents. Mais tout le monde ne peut pas se le permettre car un congé très mal rémunéré.

Renée Greusard : Quand on doit faire des choix, le couple va se dire "on a besoin d'argent, qui gagne le plus ?". Et c'est souvent la même personne, les femmes, qui vont se retrouver en congé parental. Les inégalités salariales mènent aux inégalités parentales. Et, selon les milieux sociaux, on ne va pas envisager sa maternité de la même façon.

Remarque de la salle : J'ai une réflexion par rapport au tabou de la dépression. Je vois parfois quand je fais une visite à domicile, que la maman est en pleurs après son accouchement et la famille est en train de dire *"Oui, mais regarde, bébé va bien, c'est ça qui est important."*

Renée Greusard : Je suis passée l'année dernière par une phase un peu compliquée où j'ai été arrêtée pendant 4 mois, j'ai été pour la première fois de ma vie licenciée pour inaptitude, avec un harcèlement au travail. Les gens m'ont vu rebondir et voient que j'ai plein de projets et me disent "Mais c'est génial, Renée ! Mais je suis très fatiguée. Quand on a travaillé sur soi un tant soit peu, on sait que les choses peuvent être complexes et ambivalentes et qu'on peut être très heureux-se tout en étant très fatigué-e et au bord du burn-out. Quand on aura réussi à accéder à cette complexité, ça ira mieux aussi pour les femmes parce qu'elles pourront parler plus facilement. Quand on aura vraiment intégré que le sujet, ce n'est pas les enfants mais comment les adultes s'organisent autour des parents, alors on arrêtera de dire "Ah mais non, mais mon enfant, il est super."

¹⁰ You only live once, traduction : on ne vit qu'une fois

2. Le post-partum, un impensé médical ?

2.1. Modifications physiologiques et vécu invisible des femmes

Julie Belhomme

Gynécologue-obstétricienne, cheffe de clinique obstétrique, CHU Saint-Pierre

Je vais vous parler, parce que je suis docteure, des modifications physiologiques qui surviennent après un accouchement. Ensuite, de cette consultation postnatale, puisqu'il n'y en a parfois qu'une. Aussi, un tout petit mot sur la santé mentale et postpartum. Effectivement, ce vécu est de plus en plus visibilisé, et c'est une bonne chose, la question est de savoir, est-ce qu'il l'est tant que ça dans le monde médical ?

Tout d'abord, qu'est-ce que le postpartum ? C'est une vraie bonne question, puisque visiblement, tout le monde est d'accord pour dire que ça commence quand le bébé est né, mais personne n'est d'accord pour dire quand ça finit. Selon l'OMS, c'est une période qui dure six à huit semaines, le temps que le corps se remette. Pour les Américain-es, ça dure trois mois, ils sont un peu plus généreux. Dans d'autres nomenclatures, on accorde quand même un an pour dire que la période est différente. Enfin, dans le manifeste qui nous introduit au colloque où on est aujourd'hui, on affirme qu'il dure trois ans. Et Marie Vareille, qui est écrivaine, dit *“J'aurais aimé qu'on me dise (...) les difficultés, les doutes, la souffrance physique et psychologique, et surtout qu'on m'explique que beaucoup de mères passent par là, et que cela ne remet en aucun cas en cause l'immensité de cet amour absolu et unique qui nous lie à nos enfants”*. Ce qui nous dit aussi à quel point il y a un besoin d'être informé-e, et surtout, de briser le rêve bleu.

Juste après un accouchement, vous l'avez peut-être observé vous-même, on tremble. Ces tremblements, personne ne sait à quoi ils sont dus. Ils durent entre 3 minutes et 2 heures. Ça survient dans l'heure qui suit l'accouchement, et on ne sait pas à quoi c'est dû, mais c'est là. La seule solution est d'un peu réchauffer les dames et de ne pas se laisser piéger par une infection éventuelle. Ce qui se passe aussi, c'est que l'utérus qui avait contenu un ou plusieurs enfants retourne à sa taille normale. Alors, en 12 heures environ, il retourne à la hauteur de l'ombilic. Et puis, il progresse d'environ 1 cm par jour jusqu'à récupérer sa taille normale après environ 6 semaines. Mais normalement, il n'est plus palpable après 2 semaines. Cet organe passe quand même de 1 kg à 60 grammes. C'est dire le boulot qu'il a à faire.

À côté de ça, on perd du sang. Ces pertes de sang sont appelées les lochies. Ces lochies passent d'un gros flux, parfois cailloteux, bien rouge et sanglant dans les premiers jours, qu'on appelle les lochias rubia, comme un rubis, à du sang qui commence un petit peu à vieillir, à devenir plus brun, rose, qu'on appelle la lochia serosa. Et la lochia alba qui devient « perte », comme on dit chez nous. Il faut quand même savoir qu'on perd entre 200 et 500 ml de sang dans ces lochies après l'accouchement, ce n'est pas rien. On peut comprendre que ça nous fatigue. La durée de ces lochies est très variable. Petit aparté, les sages-femmes savent ça très bien, mais peut-être pas les autres, les lochies, au moment de l'allaitement, au moment où on met le bébé au sein, sont plus fortes puisqu'il y a une décharge d'ocytocine qui nous fait contracter l'utérus. C'est tout à fait normal, quand on met le bébé au sein, de sentir son utérus qui se contracte et d'avoir ensuite un “floutch” de sang dans la culotte.

MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES DU POST-PARTUM

Tremblements: 25-50% des femmes.
Dans les 2 premières heures

Involution utérine

- HU: Sus-ombilicale, ombilic 12h PP, 1cm/jour, non palpable après 2 sem
- Poids: 1000g → 60 g

Lochies= Pertes de sang PP

- Lochia Rubia (rouge): 1-4j
- Lochia serosa (rose): 2-3 sem
- Lochia alba (jaune-transparente): après
- Volume total: 200-500 ml en 1 mois
- Durée très variable

Ce ne sont pas des règles mais des Lochies

Jours 0-4
Comme un jour de menstruation plus intense, caillots



Jours 5-7
Saignements plus légers, caillots légers



Jours 8-14
Léger sans caillot



Semaines 3-6
Jaunâtre et sans caillot



mariencelleclordquandledefdevientunplaisir

Alors, le col de l'utérus, parce que ça aussi, c'est un tabou, change un peu de forme. Il passe d'un petit point à ce qu'on appelle le museau de tanche, ce n'est pas très important. Le vagin change aussi. Il a d'office été distendu et il peut y avoir des déchirures périnéales qui doivent se cicatriser. Il y a également une sécheresse vaginale transitoire qui est liée au climat hormonal de la grossesse et à la montée de la prolactine et donc l'inhibition des œstrogènes qui sont responsables de la lubrification vaginale et de la libido. On peut avoir les muscles grands droits de l'abdomen qui sont un peu écartés. On peut aussi, quasi systématiquement, avoir un engorgement mammaire, c'est-à-dire les seins qui deviennent très durs, très gonflés, avec parfois un peu de température dans les deux à trois jours qui suivent l'accouchement.

Hormones:

- HCG: Disparition progressive (jusqu'à 1 mois!)
- Bouffées de chaleur
- Reprise ovulation: J45-94 mais possible après 25 jours! → Premier cycle potentiellement fertile.

Peau-Cheveux

- Vergetures
- Laxité peau abdominale
- Effluvium télogène: perte cheveux 1-5 mois PP. Résolution 6-15 mois PP.

Perte poids:

- Bébé+placenta+ liquide amniotique: 6 kg
- Pertes sang et eau: 2 kg
- 50% endéans 6 sem
- 100% (!) endéans 6 mois (1 an?)

Alors, au niveau hormonal, qu'est-ce qui se passe ? Vous avez cet HCG¹¹ qui chute. Pour ceux qui font du planning familial, n'oubliez pas qu'il faut quasi un mois pour que cet HCG se négative et c'est vrai aussi après une IVG, donc ne soyons pas piégé-es par un HCG positif chez une dame qui vient d'avoir une intervention et qui a peur d'être enceinte.

Parfois, c'est la grossesse d'avant qui finit et pas une nouvelle qui commence. On peut avoir des bouffées de chaleur parce qu'on n'a plus d'oestrogène à ce moment-là. Et puis, la reprise de l'ovulation peut se faire indépendamment de l'allaitement et est possible dès le premier cycle. Je laisserai

¹¹ Hormone chorionique gonadotrope

Charlotte De Gélas en parler tout à l'heure, mais là aussi, c'est la raison pour laquelle une contraception efficace est nécessaire dès le début.

Il n'y a pas que nos organes génitaux qui sont modifiés. Il y a la peau de notre ventre qui est laxo et qui a parfois des vergetures. On perd nos cheveux, plutôt dans les six mois qui suivent l'accouchement. C'est tout à fait connu, mais en fait, personne ne le dit aux patientes. Et puis, on est censées perdre du poids. Il n'y a que 6 kg comprenant bébé plus placenta, plus liquide, ainsi que 2 kg de sang et d'eau. Et on est censées récupérer notre poids de départ endéans les six semaines. Dans la littérature, après un an, on est censées retrouver notre poids pré-grossesse. 80 % du temps, une grossesse, ça te coûte 2 kg en moyenne.

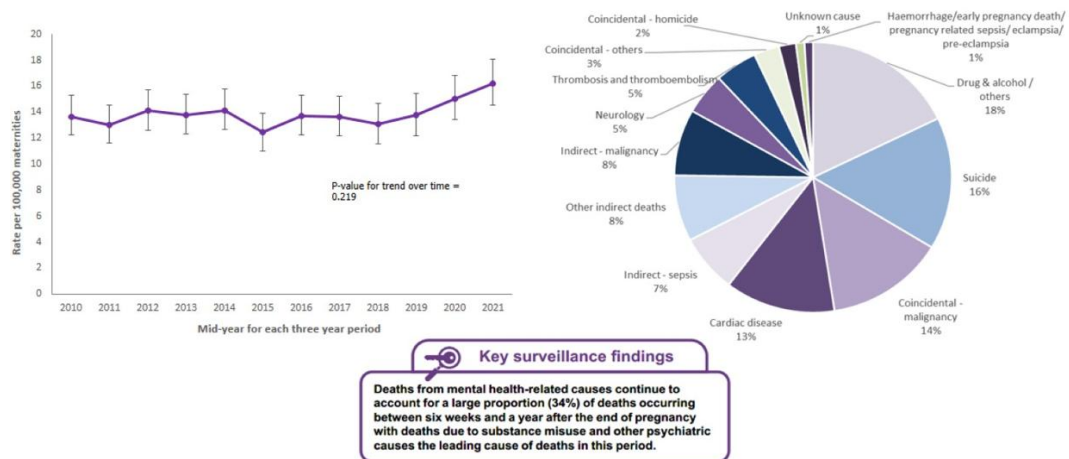
Une chose très importante : le système cardiovasculaire doit s'adapter à ce changement brutal de condition. Un bébé c'est un placenta en moins. Du sang de placenta qui sort, mais parfois qui rentre aussi, qui reste dans notre circulation. C'est très variable et c'est pour ça que la tension peut encore aussi remonter après l'accouchement. Et puis, vous le savez sûrement, on est dans un état pro-thrombotique encore dans les six semaines qui suivent. Les six premières semaines du postpartum sont les plus à risque au niveau thromboembolique. Donc les patientes à risque doivent être anticoagulées.

Je ne peux pas continuer cette présentation sans parler du **baby blues**. C'est un état transitoire qui est caractérisé par des symptômes dépressifs légers. Parce que la tristesse, les pleurs, l'irritabilité, l'anxiété, l'insomnie, l'épuisement et la baisse de concentration, c'est léger. Ça survient dans les deux, trois premiers jours qui suivent l'accouchement. On considère qu'en général, ça dure au maximum deux semaines et que ça concerne au moins 40% des femmes. En réalité, il est impossible de distinguer le baby blues d'un état dépressif. La seule chose, c'est que le baby blues s'arrête tout seul. Et donc, un baby blues qui continue c'est préoccupant. Quand on a un baby blues, on n'est plus à risque de faire une dépression, bien sûr. Et si on a des idées suicidaires dans tout ce chemin-là, ce n'est pas normal non plus.

On pense que le baby blues est lié à la chute hormonale qui suit l'accouchement. Mais, on n'est pas très sûr-e de la pathogénie de ce moment. Ce baby blues, il est considéré encore comme normal. Et donc, ce ne sont souvent pas les psys qui prennent ça en charge, mais les soignant-es autour de la naissance, c'est-à-dire souvent les gynécos, les sages-femmes et d'autres.

Enfin, voici les statistiques de l'Angleterre sur les morts maternelles. Les Anglais-es sont les meilleur-es pour les statistiques sur la mort maternelle. Et ce qu'ils nous disent, c'est *"quand on considère la mort maternelle tardive, c'est-à-dire au-delà d'un mois postpartum et jusqu'à un an postpartum, 34% des femmes qui meurent dans cette période-là, meurent de problèmes de santé mentale."* Ça peut être des suicides, ça peut aussi être de la surconsommation médicamenteuse. Un autre chiffre, et je m'arrêterai là pour la santé mentale : 643 femmes sont mortes en Angleterre et en Irlande l'année passée, des suites d'une grossesse ou pendant la grossesse, et parmi elles, 308 femmes avaient des problèmes de santé mentale. C'est la moitié...

Late Maternal Deaths



Et la consultation post-natale, elle me passionne et me pose problème à la fois. Quand j'ai cherché à lire les recommandations françaises à ce sujet, j'ai vu qu'elles datent de 2015 et il n'y en a pas d'autres depuis lors. Cela commence par : *"la consultation post-natale clôture le suivi de la grossesse."* Et d'ailleurs il n'y en a qu'une, c'est six à huit semaines post-partum. Et puis à la fin, on nous dit, toujours dans le même fascicule : *"le post-partum constitue, pour les cliniciens, une occasion unique d'aborder la santé psychosociale et somatique des femmes et de leurs enfants. Le dépistage précoce et le traitement des troubles psychiques sont essentiels pour le fonctionnement familial et la relation parent-enfant."* Vingt à vingt-cinq minutes pour faire ça. Super ! Et saisir à quel point l'hypocrisie médicale est en cours pour le moment, parce que nous savons toutes ce que vous venez de dire Madame Greusard, mais voilà les moyens qui nous sont donnés : une consultation pour prendre en charge et en compte, et dépister tous ces aspects si importants.

Aux Etats-Unis, on a droit à un contact téléphonique après l'accouchement, plus une consultation endéans les trois mois. L'OMS fait office de grand généreux en préconisant une consultation jour 3 post-partum, une consultation durant la deuxième semaine et une consultation à la sixième semaine du post-partum. En Belgique, nous travaillons avec l'ONE et on prévoit une à deux consultations du post-partum.

Pourtant, dans cette **consultation du post-partum**, que devons-nous faire nous les soignant-es et qu'avons-nous envie de faire ? Nous devons discuter du vécu de l'accouchement, des complications éventuelles, du moral de la patiente, de l'ajustement à sa vie avec le bébé, de sa contraception, de sa sexualité et de son allaitement. Autant vous dire que pour ma part, dans mes consultations post-natales, je discute vécu de l'accouchement et ça s'arrête là. C'est pour ça que j'ai été très contente de lire que les Français-es ne recommandent pas un examen physique systématiquement, parce que c'est parfois là-dessus que je gagne du temps. Mais en fait, les patientes souhaitent-elles que je les examine ? Et dans l'extrême grande majorité d'entre elles, elles me répondent oui. Je pense que cet examen physique clôture une page et restaure une intégrité qui a peut-être été perdue et des questions sur son anatomie qui sont encore en suspens, notamment à l'aube de la reprise de la sexualité. Cet examen physique est nécessaire. Alors il doit être très superficiel. Parfois, c'est simplement regarder la sphère génitale et rassurer les femmes et leur dire que tout va bien, tout est réparé, ou pas, et on en parle.

Prendre le poids, c'est à la demande des patientes, en rassurant toujours sur le fait que c'est normal qu'on n'ait pas tout perdu à ce moment-là. Puis, nous sommes censé-es reconnaître des signes précoces de maladies mentales telles que la dépression. La dépression, on pense qu'elle concerne probablement plutôt 20% des femmes, donc les stats belges sont juste plus mauvaises que les stats françaises sur ce sujet. Mais de l'anxiété, c'est à peine moins fréquent. On sait bien qu'après un accouchement traumatique, on peut souffrir d'un syndrome de stress post-traumatique. On sait aussi que la violence intrafamiliale augmente dans la période du postpartum et donc nous, dans cet exercice de 25 minutes, on doit brasser tous ces sujets-là avec nos patientes. Et pour répondre à des questions qui ont été posées, plus elles sont précarisées plus nous sommes l'unique relais, l'unique espace de parole pour ces patientes pour aborder ces sujets-là.

Donc, qu'est-ce qui se passe dans ces consultations ? Beaucoup plus que ce qui est marqué là au niveau médical. Il se passe que nous sommes les récepteurices de ce que j'ai appelé le vécu invisible. La porte par laquelle moi je suis entrée pour vous parler c'est la littérature artistique, pas scientifique. Mais il y a de la littérature scientifique qui entérinait et qui reconnaissait tous ces sentiments dont on parle. Elif Chafac dans son livre *Lait Noir*, un roman sur sa dépression du postpartum, dit : *“le bébé dort dans son berceau. Celui qui a inventé l'expression “dormir comme un bébé” n'avait sûrement jamais vu dormir de bébé de sa vie. Loin de dormir à poings fermés, les bébés sont agités de sursauts, leur sommeil est entrecoupé de fréquents éveils. Quant à moi je ne dors absolument pas. Il suffit que je ferme les yeux pour me retrouver bombardée de funestes pensées et de sombres images. Mon esprit est une véritable poudrière. Les peurs, les doutes et les pires angoisses y fusent à la vitesse de l'éclair... Prise de panique, j'ouvre les paupières. Cela fait quatre nuits que je ne dors pas. J'ai de gros cernes violacés sous les yeux. J'ai l'impression de flotter comme dans un rêve. Pourtant, je suis heureuse en réalité. Je suis si heureuse que je n'arrête pas de pleurer. Sans savoir au juste pourquoi. “*

C'est un petit extrait pour illustrer la fatigue, un des sentiments les plus communément répandus. Cette fatigue qui nous colle, une accumulation. Environ 40% des femmes se plaignent d'une fatigue extrême dans leur postpartum. Alors il y a des interventions qui sont possibles, qui sont listées là je vais essayer d'en parler globalement à la fin de cet exposé parce que j'ai peur qu'il me manque du temps. Un deuxième sentiment, c'est l'isolement. Amandine Dhée dans son livre *La femme brouillon* dit : *“Les yeux bouffis, je contemple la photo sur le paquet de céréales. Un couple. Plateau, bouquet de fleurs, jus d'orange fraîchement pressé. Ils rient. Elle porte la chemise de l'homme. En langue marketing, ça veut dire qu'ils ont fait l'amour. Qu'ont-ils fait de leur bébé ? Obscène, cette insouciance. Moi, j'ai le cerveau bardé de post-its. Jamais je n'ai été si disponible à quelqu'un. Cette maman est d'une patience infinie. Il faut rassurer le bébé à coup de routine. Je vis au premier degré.”* L'extrait est peut-être mal choisi pour parler de cet isolement, mais il y a vraiment ce sentiment subjectif de solitude malgré parfois une présence autour. Ce qu'on vit, c'est quelque chose qui est singulier. Et souvent, l'entourage n'autorise pas de pouvoir en parler parce qu'il nous dit : *“mais enfin, tu as eu un bébé, tu pourrais être contente”, “mais de toute façon il va bien”*. Oui, il va aller bien, d'ailleurs on est là pour ça, mais ce n'est pas pour ça qu'on ne se sent pas isolée.

Et il y a la colère dont on en parle encore moins. Et quand je dis colère, je pense à *Vice Versa*¹² et à Amandine Dhée dans *La femme brouillon* : *“Le meilleur moyen d'éradiquer la mère parfaite, c'est de glandouiller. Le terme est important car il n'appelle à aucune espèce de réalisation, il est l'ennemi du*

¹² film d'animation

mot concilier. Car si faire veut d'inutilité est déjà courageux dans notre société, pour une mère, c'est la subversion absolue. Le jour où je refuse d'accompagner père et bébé à un déjeuner dominical pour traîner en pyjama toute la journée, je sens que je tiens quelque chose.” Et, “Lors d'une réunion familiale, un cousin propose d'échanger ma place avec la sienne. Comme ça, vous pourrez parler de bébés, dit-il en désignant sa compagne qui nourrit leur fille sur une chaise haute. En quelques mots, il dresse d'invisibles frontières, celles qui désignent la place des femmes et ce dont elles sont autorisées à parler. Est-ce que j'ai fait tout ce chemin pour ça ? Discuter poupons entre femmes pendant que les hommes picolent à côté ? Je lui en veux à lui, et elle, je la méprise. Je voudrais qu'elle se rebelle, lui jette son mouliné de poireaux à la gueule. A-t-elle vu La Petite Voleuse? Mon repas est gâché. – et c'est là qu'on entend l'ambivalence – Le pire, c'est que ça m'aurait plu de parler de maternité. “

Et parlons enfin un autre sentiment, le dernier, c'est cette perception du corps qui est si altérée et qui concerne 15 à 20% des patientes. Une autre citation, de R. Cusk¹³ : *“je me sens comme une maison qu'on aurait agrandie : là où il y avait un mur il y a désormais une nouvelle pièce”*. Elif Shafak était très juste. Elle parle de quelqu'un qui lui dit qu'elle devrait un peu s'arranger et se faire belle : *“Elle a peut-être raison. Si je me donnais la peine de retrouver figure humaine, je ne me sentirais plus la même. Je reprendrais du poil de la bête. Mais je n'en ai pas la moindre velléité. Au contraire, je désire encore plus m'accrocher à mes cheveux emmêlés, mon teint brouillé et mes vieux oripeaux. Alors que tout et tous autour de moi m'apparaissent étrangers et effrayants, seule cette vieille chemise de nuit m'est familière. Je me sens à l'aise dans ce vêtement. J'en connais l'odeur, les traces dont elle est maculée. Si l'on me retirait cette cuirasse, je me sentirais sans défense. Je m'écroulerais.* [elle l'est dans la dépression du postpartum, ce n'est pas un postpartum normal] *Puisque mon corps a étendu une banderole “atelier en grève”, j'attends gentiment que le temps passe et que mon corps revienne à la modération. Je n'ai pas la force nécessaire pour m'asseoir avec lui à la table des négociations.”* Encore une fois, ce sont des vécus extrêmes. Les femmes postpartum trouvent qu'elles coulent, elles coulent de larmes, elles coulent de lait, elles coulent de sang. Et on sue. On est tout le temps en liquéfaction. Psychiquement un peu aussi. Et c'est cette insatisfaction qu'on a, on n'aime pas notre corps, on n'est pas heureuse avec, on n'a pas appris à célébrer ce corps qui a donné la vie. Ça commence, et c'est très chouette, mais 35 à 60% des femmes se déclarent insatisfaites de leur corps tel qu'il est en postpartum. Ces personnes vivent aussi la fatigue, l'isolement, l'anxiété et le trauma des accouchements. On ne pense jamais à les interroger sur ce vécu là. Et ces pères et coparent-es sont toujours en train de dire *“oui mais c'est elle qui l'a vécu, oui mais c'est elle qui a du mal”*. Mais un accouchement peut raviver des traumas qui sont tout aussi présents dans leur vie que dans celle de leur femme. La littérature commence à abonder sur la dépression des pères, qui est une vraie entité, qui existe vraiment et qui concerne pour le moment en tout cas 8 à 10% de ces personnes. Alors oui, c'est les pères qui sont mentionnés, dans la littérature, la mention du-de la coparent-e on espère que ça arrivera arrive un jour. Je vous conseille une brochure de l'ONE¹⁴ qui est intitulée *Accueillir et accompagner les pères en période périnatale* et que j'ai trouvé très bien faite. Je n'avais pas connaissance de son existence elle est online je vous invite à aller la regarder.

Toutes les **solutions** qui sont envisagées concernent finalement ce que vous avez dit. En finir avec cette image idéalisée de la maternité, visibiliser les difficultés et programmer des lieux de rencontres et de

¹³ Cusk, R. (2021). L'œuvre d'une vie : Devenir mère (É. Vautrin, Trad.). Éditions de l'Olivier

¹⁴ <https://www.one.be/professionnel/recherches/one-academy/ligne-du-temps/>

soins pour tous ses parents. D'ailleurs, ce qui marche le mieux avec les pères, dans ce que j'ai lu, c'est les cafés poussettes comme on dit, c'est-à-dire les lieux où ils peuvent se rencontrer. Ou bien, des sources qu'ils peuvent consulter tranquillement dans leur coin, parce qu'ils doivent quand même être forts, mais ils aiment consulter des sites et des ressources dans lesquelles ils peuvent un peu se retrouver. Il faut arrêter de marginaliser le-a coparent-e qui doit être un acteurice premier-e de cette situation. Et, évidemment, multiplier les endroits où on va pouvoir justement faire société autour de ces patient-es.

J'en reviens d'ailleurs à Elif Shafak qui est turque et qui dit au début de son livre *"auparavant, quand une femme accouchait en Turquie, tout le monde se regroupait autour de l'enfant et de la mère. La mère était dans son lit et il y avait tout un aréopage de femmes qui s'occupaient des deux"*. Et la mère dormait, on lui faisait à manger, on la lavait et elle était finalement un enfant, elle était prise en charge comme un enfant dans cette histoire. Cette idée qu'actuellement la mère est là pour s'occuper de son enfant apprend aux mères à s'effacer complètement pour se mettre au service de leur enfant. Mais elles ont grandement besoin qu'on s'occupe d'elles, comme on s'occuperait peut-être d'un enfant avec toutes les nuances qu'on pourrait discuter ensemble.

En conclusion, le postpartum ne doit pas être limité au rétablissement purement physique. Je crois que nous sommes toutes convaincues ici. Il s'étend bien au-delà des 6 à 8 premières semaines après un accouchement. Les patientes ont des ressentis mixtes et invisibilisés, voire banalisés. Je rebondis sur ta remarque Yannick, dire aux gens *"tout ce que vous vivez c'est normal"* : j'ai beaucoup dit ça aux patientes. Et, je me suis rendue compte que quand je visibilise, je banalise aussi... Je regarde en consultation si elle n'est pas vraiment déprimée, mais que faire de ces sentiments normaux mais pourtant très éruptifs et difficiles à vivre. J'ai été contente dans cet exposé de me rendre compte que la littérature scientifique est abondante sur ce sujet et ne laisse plus aucun doute sur le fait que, oui ce n'est plus un impensé en termes scientifiques, maintenant il faut que ce soit un pensé en termes pratiques. Enfin toutes les stratégies qui visent à aider, ce sont des interventions médico-psycho-sociales, ces fameuses choses qui prennent du temps et de l'argent. Force est de constater que cet impensé médical va évidemment de pair avec un impensé social dont on va parler juste après. Militons pour que ça change.



2.2. Aspects psychologiques et psychiatriques du postpartum

Laurence Weets

Pédopsychiatre, HUB Bruxelles

Je suis pédopsychiatre périnatale, donc je m'occupe surtout des relations avec le bébé dans le ventre et des relations tout à fait précoces quand le bébé est là. Je m'occupe aussi du développement du bébé et de l'impact de la pathologie potentielle de la mère sur le développement du bébé.

Je voulais d'abord rebondir sur ce qu'à dit Julie, qu'on tergiverse pour de l'argent. En Angleterre, Alain Grégoire, un psychiatre périnatal assez connu, mi-anglais mi-français, travaillant dans le nord de l'Angleterre, s'est associé avec des économistes et a prouvé financièrement que si on met de l'argent dans la santé mentale, surtout en périnatalité, la société va gagner de l'argent, vu tous les impacts développementaux que ça a sur le bébé et le cerveau en croissance.

Premièrement, la psychiatrie périnatale c'est quoi ? C'est vraiment à l'interface avec la psychiatrie et la pédopsychiatrie. Elle a pour objet l'étude des troubles mentaux survenant chez l'un ou l'autre des parents durant la période périnatale. Je vais vous parler de la définition, de l'épidémiologie, des enjeux de santé publique, les suicides et la dépression du post-partum et les conséquences sur le bébé.

La psychiatrie périnatale c'est vraiment les troubles mentaux survenant chez l'un ou l'autre des parents, l'un ou l'autre, j'insiste, durant la période périnatale ainsi que les spécificités du développement du fœtus, du nouveau-né et du nourrisson dans ce contexte. Il y a beaucoup de discussions, c'est une discipline relativement récente et tout le monde n'est pas d'accord. Quelles sont les pathologies spécifiques à la période périnatale ? Ou à la décompensation périnatale de troubles psychiatriques connus ? Dans notre équipe, on inclut tout ce qui touche à la prise en charge médico-psycho-social en périnatalité. Mais la définition temporelle de la périnatalité elle-même n'est pas claire. C'est 4 semaines d'après le DSM¹⁵. Dans un autre manuel international, c'est 6 semaines. La World Health Organization¹⁶, ça parle de 12 mois. Mais, ce n'est pas encore tout à fait assez. Je suis plutôt d'accord sur les 3 ans, c'est une très bonne idée, en tout cas au niveau psychique, et au niveau de l'enfant n'en parlons pas. De nouveau, est-ce que c'est de la psychiatrie adulte, de la pédopsychiatrie, ou est-ce que c'est une nouvelle spécialité ?

Je vais parler du **bouleversement psychique**. Effectivement, c'est un raz de marée émotionnel, il y a une gestation psychique. Voici cette citation d'un psychiatre qui dit *"l'être en gestation ne s'importe pas seulement dans l'endomètre de la femme, il doit aussi se faire une place, un nid, dans son psychisme, alors même qu'il impose à la femme enceinte une situation hors du commun, proche de la folie, être soi et autrui en même temps"*. Donc, c'est quand même renoncer à une identité antérieure, qui est l'identité de la femme : la femme qui a une vie, et tout d'un coup, ce n'est pas forcément l'épanouissement de se retrouver à la maison avec un bébé, voire pas du tout.

Il y a aussi une identité déjà conceptionnelle. C'est-à-dire que quand on raconte l'histoire d'un enfant, les parents, d'abord, se sont rencontrés et après ils l'ont eu. Donc, la grossesse est dans l'histoire, et tout ça est à l'œuvre dans les pré-parents. On milite dans notre groupe pour commencer la prise en

¹⁵ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

¹⁶ OMS (organisation mondiale de la santé)

charge médico-psychosociale en pré-conceptionnelle. Je pense que c'est très souvent nécessaire, beaucoup plus qu'on ne le croit, peut-être pas par des psychiatres mais par du soutien psychosocial, médico-psychosocial au sens large.

L'accouchement, et ce n'est pas un secret de le dire, c'est très lourd. La femme se trouve dans une position vulnérable, dépendante et que c'est un facteur de déclenchement de stress post-traumatique, chez 4,7% des mères, et 1,2% des pères. Parfois, le personnel médical nous dit que c'est un accouchement atroce et la mère se réveille comme une fleur, toute contente. Et parfois, c'est complètement l'opposé. Donc, on est dans une période, dès le préconceptionnel, dès la PMA, de réactivation de vécu archaïque, et très souvent de traumatismes développementaux dont on n'a pas conscience. Ça, c'est la partie enfant, c'est très important.

Il y a la **réactivation chez le parent de tout ce qu'il a vécu dans sa petite enfance** dont il n'a pas de souvenirs conscients. On sait que le cerveau limbique, qui s'occupe des émotions, de la peur, le cerveau sensible, de la sensation, tout ça est totalement mature déjà in utero, les bébés engrangent des choses du vécu. Le placenta protège partiellement contre le stress de la mère, et l'enfant ne se souvient pas de sa vie jusqu'à 2-3 ans et ne sait pas dans quel état était le parent. Le tabou est tellement extrême qu'il est même amnésique. Surtout chez les femmes qui ont vécu un l'horreur, il y a toute une partie qu'elles ne vont plus l'assumer. Elles diront : *"C'était super. Oui l'accouchement est un peu dur mais après c'est tellement génial"*. Or, elles ne se rappellent plus de cette période, ou pas bien, ou elles ne veulent pas se rappeler. Il y a mille positions défensives. C'est-à-dire qu'il n'y a pas de mots là-dessus, parce qu'il n'y a pas eu de mots qui ont été conscientisés, le cerveau cortical n'était pas prêt à intégrer ça, mais les sensations et les émotions sont réactivées. C'est pour ça que parfois il y a de très drôles de réactions totalement imprévisibles, des gens qui ne comprennent pas ce qui leur arrive, père ou mère. Puis après il y a effectivement la génération suivante qui va subir le même genre de choses, si ce n'est pas travaillé.

Je voulais revenir sur le péché originel, parce qu'on est quand même dans une société judéo-chrétienne. Tout revient dans l'histoire inconsciente, même de nos sociétés, au péché originel. C'est cette inconscience d'Eve qui a été tellement stupide de se laisser séduire par le serpent, de ne pas avoir compris, de ne pas avoir été aussi forte, pieuse et saine, et d'avoir croqué cette pomme. Le Créateur lui a dit : *"J'aggraverai tes labeurs et ta grossesse ; tu enfanteras dans la douleur."* C'est écrit dans la Genèse, donc c'est écrit dans notre inconscient collectif. *"Tu enfanteras dans la douleur"* sous-entend que celle qui a commis la faute doit l'expier. Or, c'est bien l'accouchement physiologique, mais jusqu'à certaines limites et je récupère beaucoup de femmes qui sont traumatisées par la douleur qu'elles ont ressentie, et la terreur qu'elles ont eue. Il y a peut-être encore ça dans l'inconscient, où l'expiation donne une mère courage (on est une mère mieux que les autres quand on a accouché sans péridurale). Maintenant, nous sommes beaucoup de femmes en médecine, mais c'est quand même relativement récent. La médecine a été créée par les hommes, tout a été pensé selon le standard des hommes. La douleur est donc minimisée. Si le médecin à la base ne donne pas de légitimité à cette douleur, alors les femmes non plus, et la société entière ne la donne pas et... il n'y a pas de problème.

Maintenant, je vais évoquer dans la psychiatrie périnatale, le **post-partum**. Je suis formée en approche attachementiste en psychothérapie, et il y a cette idée : père, mère, la trinité c'est génial, l'enfant va se développer. C'est vrai qu'il faut un lien précoce et important avec une figure d'attachement, ça ne

doit pas être forcément le père et la mère. Le problème serait l'idée de l'abandon et le bébé peut avoir plein d'autres attachements. Parce que c'est toujours la même chose, la périnatalité, si la mère est bien, le bébé sera bien, point barre. Et donc on collabore ensemble, toustes.

Une étude menée en 2022 en Belgique dit que 62% des femmes ont éprouvé des difficultés psychiques dans les semaines qui ont suivi leur accouchement. C'est deux tiers des femmes qui ont besoin à minima d'un petit soutien médico psychosocial. La sage-femme à domicile, c'est très important mais ce n'est pas encore assez.

La périnatal mental illness est la complication la plus fréquente de la grossesse. C'est souvent mal diagnostiqué, mal traité, il y a beaucoup de comorbidités, c'est sous-estimé en général, surtout la dépression anténatale. 50% des dépressions du postpartum commencent en anténatale, ce sont des dépressions périnatales. On pense, dans nos équipes, que c'est plutôt 20% maintenant en Belgique.

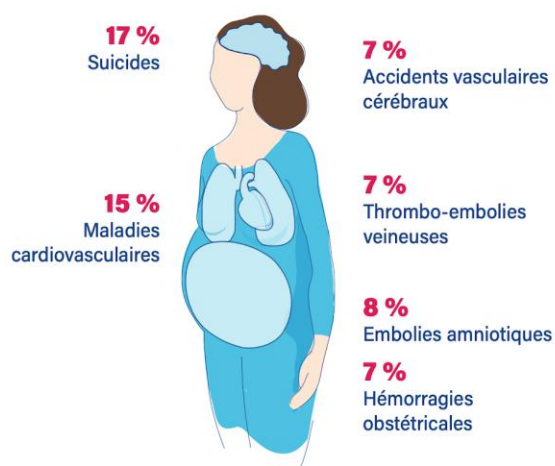
Il n'y a pas de santé sans la santé périnatale, c'est-à-dire que le bébé ne peut pas bien se développer avec des parents affectés et qui ne sont pas bien. Le cerveau du bébé est extrêmement sensible à cette période, donc ça dépend de la rapidité des soins. Il faut commencer tout de suite, dès la maternité, suivre ces gens qui ne vont pas bien et les empêcher de sombrer. C'est déjà une imprégnation du cerveau. Je les vois déjà abîmés à 6 semaines, même parfois à la naissance. Ce sont des bébés qui n'ouvrent pas les yeux pendant une semaine, des bébés qui sont dans leur monde, qui ne veulent pas rentrer en contact, ils mangent et c'est tout. Il y en a même parfois qui ne mangent pas pendant 24 heures.

Le problème est que les gens ne sont pas formés. Quand on est formé, on ne peut plus ne pas le voir. On voit ces bébés qui souffrent, on le voit très vite, vraiment dès la maternité. Évidemment, c'est des cas un peu plus compliqués, ils restent un peu plus longtemps, parce qu'on est inquiet·e. Et souvent, ils se dégradent tout de suite, parce qu'il y a des mères dans des états improbables.

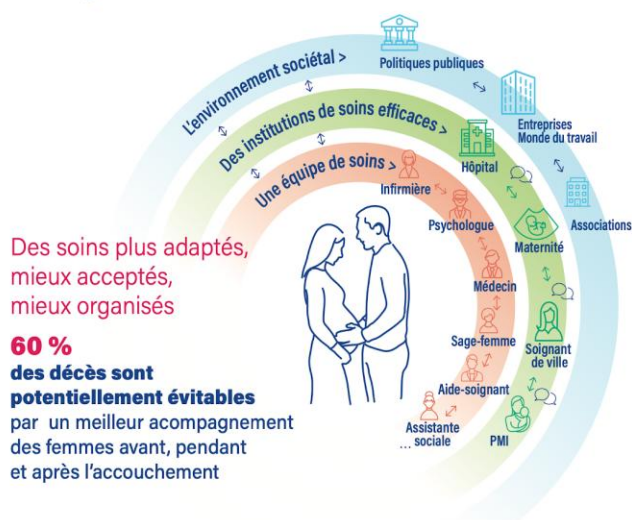
Les barrières au repérage sont notamment la stigmatisation, 70% des personnes cachent ou minimisent leurs symptômes. Il faut vraiment faire une sensibilisation car le diagnostic psychiatrique, c'est toujours un diagnostic d'exclusion. La prévalence des idées suicidaires est de 8% pendant la grossesse, et il y a 17% de suicides, de la conception jusqu'à un an après l'accouchement. C'est ce que j'avais trouvé en France, mais les données anglaises avaient l'air encore bien plus récentes.

Principales causes des décès maternels

(de la conception jusqu'à 1 an après l'accouchement)



Mieux prévenir les décès maternels : l'affaire de tous



Ces chiffres parlent :

- le risque de développer un épisode psychotique est 14 fois plus élevé, 35 fois plus élevé dans les 30 jours de postpartum,
- L'hospitalisation pour un épisode de dépression majeure est 5 fois plus élevée que toutes les autres périodes de la vie d'une femme,
- le risque d'hospitalisation dans la première année postpartum est multiplié par 70, on parle psychiatriquement, ou parfois c'est en somatique mais pour des raisons psychiques,
- la récurrence de bipolarité psychose,
- la récurrence de dépression du postpartum – Je regarde notre journaliste ici qui avait bien fait de mettre tout de son côté pour que ça ne se répète pas, parce que c'est un des facteurs de risque de l'avoir déjà eu.

C'est un enjeu de santé publique majeur. En effet, il y a des conséquences sur le père, la mère et l'enfant. Il y a plus de complications psychiatriques dans les milieux natals donc il y a plus de prématurité, par exemple, chez les gens qui sont psychiquement atteints ou qui ne vont pas bien. Dans les suicides ce qui est important, c'est que c'est parfois accompagné d'infanticide. On oublie de le dire mais ça existe, ça exacerbe aussi les conflits. Retenez juste que les troubles psychiatriques augmentent la mortalité maternelle, grosso modo pas que psychiquement, pas que par les suicides, aussi somatiquement.

La **suicidalité périnatale**, puisque c'est un enjeu majeur de santé publique, est liée à la sévérité de la dépression, à la schizophrénie et aux troubles de la personnalité, c'est des gens souvent borderline. Ils fonctionnent, ils ont des boulots, ils ne sont pas fous. Le PTSD est souvent réactivé au moment de la périnatalité. Puis il y a les drogues, les traumatismes, le manque de sommeil, effectivement, en moindre risque pour la suicidalité, mais ce sont là aussi, les troubles de l'adaptation, etc.

Les facteurs de risque généraux sont :

- des antécédents psys
- un âge jeune,
- personne nullipare,
- être célibataire,
- les conflits,
- la violence domestique,
- l'isolement,
- les mauvaises conditions socio-économiques,
- la discrimination,
- le refus de paternité.

Les facteurs de risque plutôt périnataux sont :

- la dépression périnatale antérieure,
- la grossesse non désirée, ça c'est un gros gros facteur,
- la césarienne sous AG, ce sont des hypothèses, je ne sais pas si ça sera confirmé,
- la mortinatalité, bien sûr ça précipite la suicidalité,
- la maladie du nourrisson,

et dans de moindres mesures mais quand même présentes, l'abus dans l'enfance, le niveau d'éducation, le HIV.

Voici une analyse de santé publique en France : il y a eu 35 suicides sur 262 décès, donc 13%. C'était à 68% de primipares. Il y avait des antécédents psychos connus dans 33%. En fait, il y en avait dans 60% des cas, mais les connus dans 30%. Les moyens utilisés, si ça vous intéresse : pendaison – c'est radical, précipitation, défenestration, et les armes, c'est le moins fréquent. 91% de ces suicides sont évitables selon la littérature.

Qu'est-ce qui se passe ? Le défaut de dépistage, le trouble n'est pas toujours connu des soignant-es. Il faut pouvoir dépister à chaque consultation. L'EPDS, brièvement, c'est l'échelle de dépression du postpartum peut être faite déjà en anténatale. C'est une échelle très facile qui se passe en auto-évaluation, qu'on devrait faire en screening systématique et certainement en postpartum. Il faudrait l'associer à l'échelle Adverse childhood experiences, puisqu'on sait que c'est très corrélé aussi à des transmissions transgénérationnelles catastrophiques. Ces deux échelles déterminent l'état d'anxiété et de dépression – c'est très facile à faire passer et ça monitore aussi l'état, et puis les événements adverses de l'enfant, ce sont les traumatismes infantiles qui ont vraiment une influence sur la santé psychique et physique des parents et donc aussi sur leurs descendant-es. Qu'est-ce que ça recouvre ? D'abord, la psychiatrie périnatale : dépression, anxiété. Il y a aussi le syndrome de Münchhausen dedans, pour soi-même ou par procuration, les addictions, les borderlines, les troubles des conduites alimentaires, les troubles du stress post-traumatique, le déni de grossesse, les TOC.

Je ne vais peut-être pas vous parler de la **dépression périnatale**. Je voudrais juste vous montrer les conséquences sur la vie.

Tout d'abord pour les pères, pas les coparent-es car je crois que ce n'est pas encore étudié, on parle de dépression paternelle seulement depuis 1971. Les chiffres varient entre 2-19% et 3-12%. Il y en a plus en anténatale qu'en post partum, et les causes sont multiples probablement comme chez les femmes. La périnatalité est un facteur de risque aussi pour les pères. Il vit aussi des changements hormonaux et cérébraux durant cette période, souvent liés pour lui à la complication de la grossesse, la santé de l'enfant et l'accès à la parentalité. Les antécédents sont vraiment déterminants et le problème est que les pères – c'est un impensé sociétal – au fond, n'ont pas le droit d'être tristes, de pleurer. Et donc, comment font-ils ? Il faut bien qu'ils l'expriment quelque part. C'est souvent là qu'ils commencent parfois à frapper leurs femmes, parce qu'ils ne savent plus réguler leurs émotions, ils sont à bout, ils vont boire ou se droguer, ils vont fuir dans le boulot, ils ne vont pas être là. Ils vont aussi avoir, parfois, des symptômes somatiques, c'est plus facile à exprimer que sa tristesse.

La dernière chose que je vais aborder, c'est les **conséquences, ces fameux mille premiers jours de vie**. Il y a ce qu'on appelle le stress toxique précoce ou la programmation foetale, si on se place d'un côté psychiatrique ou pédopsychiatrique, mais c'est la même chose. C'est via l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et donc, le cortisol de la mère détruit le cerveau de l'enfant. Heureusement, on a un placenta qui protège avec une enzyme sympa qui détruit le cortisol. Mais, quand le stress est trop fort, trop toxique, ça passe quand même et le cerveau de l'enfant est réellement altéré. C'est macroscopique, il y a moins de cellules, il y a moins de connectivité, le cerveau est totalement altéré. En plus, via l'épigénétique, tout ça se transmet aux générations, c'est prouvé maintenant, ça se transmet aux générations futures, au bébé dans le ventre, aux cellules germinales des bébés dans le ventre. Pourquoi ne donne-t-on pas plus de moyens pour les femmes enceintes ? Car le stress toxique précoce, on parle de ça avant la naissance, c'est dans une période où justement, la croissance cérébrale

est maximale, donc l'empreinte est maximale aussi. Évidemment, l'avantage de tout ça, c'est que l'action serait maximale aussi si on mettait totalement les moyens pour agir sur le cerveau des bébés via le bien-être de leurs parents, parce que c'est le meilleur biais, et via la société, les soutiens, les co-attachements, des alloparents.

Pour être un bon *caregiver*, un bon parent, il faut être bien, avoir les moyens d'être bon. Si on doit gérer des milliards de choses, ce n'est pas possible, comme notre société nous le montre trop. Si les parents sont insécures, c'est quand même une grosse proportion de la population, ou désorganisés, et bien c'est une catastrophe et ça génère de nouveau des troubles attachementaux etc. Les conséquences sont à vie.

Une dernière chose : le **dépistage** devrait être systématique. Il faudrait toujours poser ces questions, l'EPDS. Et la régulation émotionnelle est un vrai problème et parfois il faut traiter, même médicamenteux, c'est mieux que rien du tout, le stress est plus toxique que le traitement.

Il faut surtout, socialement, déconstruire le mythe de la maternité enchantée, sensibiliser la population, former les prestataires de soins, intensifier et allonger les soins, et inclure les pères, les coparent-es.

Questions / Réponses

Remarque de la salle : Je suis sage-femme indépendante, et j'avais quand même envie de parler du travail des sage-femmes aussi en post-partum puisqu'on a la possibilité de passer à domicile dans les premiers jours qui suivent la naissance et le retour à la maison et dans la première année d'ailleurs, avec un quota de prestation évidemment limité. Il m'arrive parfois de passer une heure à reparler du vécu de l'accouchement avec une femme, quelques jours après la naissance. Je pense qu'on a une place quand même particulière parce qu'on va au domicile des gens, qu'on peut être parfois en première ligne pour dépister les fragilités, les difficultés naissantes.

Julie Belhomme : Oui, vous avez tout à fait raison et c'est essentiel évidemment ! Nous essayons d'organiser ça de façon systématique dans l'hôpital où je travaille, justement pour qu'elles puissent rentrer à la maison, peut-être pas déchargées, mais en tout cas avec un débriefing, une seconde discussion qui a déjà eu lieu. Je suis tout à fait d'accord avec vous. Lorsque je parle d'augmenter le nombre de consultations postnatales, ça va de pair et en synergie avec toutes les visites postpartum par les sages-femmes qui sont possibles.

Laurence Weets : Je voulais juste ajouter que mais je travaille avec une équipe, Natus, où nous sommes des psychiatres, psychologues, AS, mais aussi gynécologues, pédiatres et on a trois sages-femmes qui coordonnent justement la maternité, l'avant, l'après. C'est vraiment la ressource de première ligne la plus importante, en effet, vous avez tout à fait raison.

Remarque de la salle : J'ai vu passer une directive de l'INAMI sur ce qui s'appelle "les mille premiers jours" et je m'attendais à en entendre parler ici.

Laurence Weets : Alors, j'ai parlé brièvement des mille premiers jours. Ça vient de l'Angleterre, ça s'est propagé en France et enfin, chez nous. Les mille premiers jours sont de la conception jusqu'à environ les deux ans, deux ans et demi de l'enfant. Moi, je plaide pour que les mille premiers jours commencent avant la conception. Avant, les mille premiers jours c'était de la naissance, donc c'est déjà beaucoup

mieux. C'est ce fameux parcours où le cerveau du bébé est vraiment très fragile et où on a besoin d'une bonne santé psychique parentale pour que le cerveau du bébé se développe et devienne un adulte heureux, bien et sûr. Mais ce n'est pas du tout ce qui se passe pour le moment, enfin il y a 60% de gens qui souffrent, qui ne se sentent pas bien, qui ont des difficultés psychiques à propos de cette naissance. Il y a un parcours "femmes enceintes vulnérables" qui récemment a eu un nouveau code INAMI. On doit remplir la grille Born in Belgium et s'il y a deux vulnérabilités, ce qui est vraiment très fréquent, il y a un quota de 700 euros par grossesse. Ça peut paraître énorme, mais ce n'est pas assez dans ces cas-là. Ces dames demandent un soin vraiment très intensif au niveau somato-psychique, c'est vraiment aussi dans cette période où le corps et l'esprit sont très mêlés.

Remarque de la salle : Je voulais ajouter, c'est que les personnes qui ne vont pas bien, il faut qu'elles acceptent qu'elles n'aillent pas bien pour demander de l'aide. Je suis médecin généraliste et je vois souvent dans ma patientelle, des jeunes mamans en train de craquer. Mais quand je leur dis *"appelez votre sage-femme à la maison, il y a un psychologue qui peut passer"*, souvent elles me disent *"je n'ai pas le courage, je ne sais pas prendre ma douche, je ne peux pas sortir avec mon enfant, plus celui de deux ans, je ne sais pas où les mettre"*. On revient sur les sage-femmes qui passent à domicile, mais il faudrait qu'elles passent à domicile d'office, pas seulement s'il y a un problème.

Laurence Weets : Je pense aussi qu'elles devraient être là d'office, mais je ne suis pas sûre qu'on a les finances pour le faire.

Je voulais revenir sur le dépistage. Il y a la grille des vulnérabilités, il y a celle de Born in Belgium, mais il y en a des plus adaptées, plus flexibles, plus étendues. Maintenant qu'il y a cette grille, nous sommes obligées de la remplir pour avoir de l'argent, donc tout le monde va le faire. Quand j'étais encore à Saint-Pierre, on avait fait une étude en faisant passer un questionnaire, et lorsqu'on stimule les gens, qu'on répète que c'est important, ils le complètent beaucoup plus. Et, au cours des consultations, on peut toujours refaire ce dépistage, et à un moment, elles disent des choses, grâce au lien de confiance qui s'établit.

Yannick Manigart : Peut-on parler de Born in Belgium ?.

Julie Belhomme : Dans le cadre de ce plan dont tu parles, "Vulnérabilité", qui va être implémenté maintenant dans tous les hôpitaux, mais qui tarde un petit peu à démarrer, il y a un code que l'INAMI a créé pour aider au screening, au dépistage des patientes vulnérables. Malheureusement, ce code nous impose d'utiliser un outil qui s'appelle Born in Belgium, qui a été conçu pour le dépistage des vulnérabilités, qui est une plateforme online et qui consiste en 15 questions à poser aux patientes, le plus précocement possible, afin de savoir si elles sont vulnérables ou non. Je ne vous cache pas que j'ai eu beaucoup de réticences par rapport à l'outil même, parce que ce n'est quand même pas très facile de dire *"Est-ce que tu te drogues ? Est-ce que ton mari te bat ? Est-ce que tu as été abusée dans l'enfance ?"* Tout ça, la première fois qu'on les voit, en 15 questions.

Laurence Weets : Je pense que ce qui est très bien avec cet outil, même si on peut critiquer, c'est que ça ajoute un tiers. C'est-à-dire qu'avant, c'était perçu comme intrusif de la part de ce-soignant-e en face. Maintenant, on peut dire *"Vous savez, c'est la plateforme Born in Belgium, on doit poser ces questions pour voir si vous rentrez dans le critère, alors on a un autre suivi."* Si les gens ont ce vécu, ils vont se sentir heurtés, ils vont réfléchir, ils vont parfois répondre tout à fait faux au premier, puis petit

à petit, ça leur autorise peut-être implicitement à dire quelque chose. Mais je suis d'accord que ce n'est pas facile.

Julie Belhomme : Ce qui me semble complètement incohérent dans les systèmes de soins actuels, c'est qu'on entoure autant la grossesse, et puis qu'on largue totalement les femmes en post-partum. On parle du quatrième trimestre de la grossesse, en fin de grossesse, on voit les patientes quasi toutes les semaines, et puis tout d'un coup, comme par magie, une visite serait suffisante sur toute cette période-là. Pour préciser ma pensée, je suis pour un maillage autour des patientes aussi serré dans le post-partum que ce qu'il a été en antepartum, avec un suivi conjoint des actrices de première ligne, que sont les gynécologues, les sages-femmes et les médecins généralistes. Mais je suis tout aussi ennuyée que vous, Madame, quand ça ne va pas. Et je crois qu'on a assez démontré que c'était souvent le cas, de coordonner des soins autour de cette patiente, parce qu'à part appeler une sage-femme de première ligne et demander à notre psy d'équipe, de voir notre patiente, qui elle-même ou lui-même est débordé-e parce que la société actuelle leur donne beaucoup de travail, ça reste compliqué. Donc, multiplions les occasions de le faire.

Remarque de la salle : Brièvement, est-ce que vous pourriez expliquer comment on gère le fait que c'est quand même extrêmement stressant et culpabilisant de se dire qu'en tant que femme enceinte, c'est particulier de vivre une grossesse, qu'on peut refiler du stress au bébé qu'on est en train de porter. Comment est-ce que vous aidez les femmes à gérer ça ?

Ma deuxième question, c'est comment on accompagne les enfants ? Comment on désamorce ce vécu traumatique du postpartum ?

Laurence Weets : L'idée n'est pas de culpabiliser les parents. L'idée, c'est de les conscientiser et de les aider à dépasser ça. Évidemment, ils doivent passer par une prise de conscience d'eux-mêmes. Alors, quand ça ne marche pas, on fait autrement. On n'intervient pas vite. Dans la perspective de l'attachement, on ne sépare pas, a priori les parents. Sauf vraiment en cas extrêmement grave. Ou sinon, on rajoute du soutien. Mais ce soutien supplémentaire, ce n'est pas encore assez du tout, il faut vraiment un soutien permanent à la maison, tous les jours quasi, pour ces gens-là. Parce qu'il faut des expériences correctrices. S'ils n'ont pas reçu, c'est très difficile de savoir comment s'occuper d'un bébé, surtout du premier. Ça, c'est le champ que je développe. Mais il y a moyen et l'idée, vraiment, n'est pas de les culpabiliser.

Remarque de la salle : J'ai trois petits commentaires. On a cité les sages-femmes, les médecins généralistes. Et je voulais juste nommer quelqu'un qu'on n'a pas cité. Et, même si elles sont moins accessibles, ce sont les doulas, qui ont quand même un rôle important en postpartum.

Ensuite, par rapport à l'outil Born in Belgium, personnellement, je n'ai pas encore réussi à le mettre dans ma pratique de médecin généraliste. Je fais beaucoup de suivis de grossesse. Mais je trouve que c'est administrativement un peu lourd.

Et alors, juste par rapport à l'accouchement sans péridurale, on peut aussi accoucher sans douleur. Et Frédéric Leboyer en parlait bien depuis les années 70. Il y a des livres autour de ça. Je voulais dire que les femmes qui accouchaient sans péridurale n'étaient pas toutes masos.

Remarque de la salle : On a sous les yeux, vous ne le voyez pas c'est derrière vous, le titre du colloque : le postpartum, un impensé médical. A vous écouter, on voit que cet impensé, vous l'avez fortement pensé, travaillé et pratiqué dans votre activité. Je voulais savoir s'il y avait des lieux entre vous – je sais

que les médecins font souvent des congrès – ou des lieux où vous pouvez échanger sur vos pratiques, d'un point de vue santé mentale, d'un point de vue gynécologique, du point de vue aussi des sages-femmes, etc. Est-ce que, par exemple, des gens des plannings pourraient aussi participer ? Donc, est-ce que vous avez des lieux entre professionnel·les pour justement partager vos observations, vos analyses, vos pratiques et justement construire ce pensé médicale sur le postpartum ?

Julie Belhomme : La réponse est oui. C'était le thème du colloque du GOLF, du groupement gynécologue obstétricien de langue française de l'année passée, le postpartum. Maintenant, il faut bien dire que le postpartum est un parent pauvre de l'obstétrique. Donc, quand on m'a invitée pour en parler, je trouvais vraiment que c'était un impensé médical et c'est en faisant la présentation que je me suis dit, non, pas tant que ça. Donc, ça rejoint tout à fait ce que vous dites. Il y a des lieux, oui, et nous, à Saint-Pierre, on travaille ensemble avec les sages-femmes. Donc, ces lieux sont toujours pluridisciplinaires, mais je pense qu'il y a un effort à faire, centré sur le postpartum.

Laurence Weets : Oui, c'est vrai que c'est aussi des lieux pluridisciplinaires à l'hôpital, où on débriefe. Il y a des réseaux périnataux qui sont en train de se mettre en place. C'est encore assez récent. Là, par exemple, il y avait la première réunion, la semaine passée, d'un nouveau réseau qui est à l'initiative des Flamands, qui va réunir toutes les structures qui s'occupent de périnatalité. C'est une très bonne idée, parce qu'en fait, c'est assez disparate, et c'est assez récent. Nous, on s'y est inscrit·e. Je pense que l'idée c'est de propager ça le plus possible. Au sein de notre réseau, on essaie d'être pluridisciplinaires. En effet, on dit toujours dans nos équipes, on travaille aussi en deuxième ligne, parce que les premières lignes, elles n'ont pas de débriefs beaucoup de l'impact, ce qu'on appelle le trauma vicariant, ou en tout cas la fatigue compassionnelle, de tout ce qu'elles reçoivent de très difficile des patient·es en cette période-là. Mais je suis la seule pédopsychiatre d'Erasmus qui peut faire ce que je fais. Je suis toute seule, il n'y a pas de soutien autour de moi pour commenter sur le bébé. Il y a des gens qui s'occupent en neurodéveloppement, mais ils ne peuvent pas venir travailler avec moi, parce qu'ils sont d'une autre convention, même s'ils voudraient. Il n'y a pas de moyens. Et encore, on nous a dit qu'on voulait couper un petit peu plus maintenant. Donc, les 1000 premiers jours...

3. Le post-partum, un impensé social ?

3.1. La dépression du postpartum : une question de justice sociale et de genre

Delphine Ancel

Co-directrice marketing, Solidaris

Je suis très heureuse de vous présenter les résultats de cette analyse qu'on a faite avec Solidaris en 2023. Ça date un peu, je me suis replongée sur ce sujet fondamental, vous n'êtes pas à convaincre, qui met en lumière une fois de plus effectivement les inégalités de genre et les inégalités sociales.

Les questions de santé mentale sont au cœur des préoccupations chez Solidaris. À l'heure où on veut de plus en plus, et à n'importe quel prix s'attaquer aux personnes fragilisées, malades, il est plus qu'essentiel de rappeler que ces situations ne sont pas toujours, même rarement les conséquences de choix individuels, mais surtout les conséquences de choix collectifs. Et que, c'est avant tout des choix politiques.

Pour approcher cette problématique du postpartum, je vous présenterai les deux outils en peu de temps, donc ça va être très rapide. On a combiné deux approches complémentaires pour pouvoir mettre des données derrière cette problématique. Donc mon intervention sera surtout une mise en bouche par rapport à cette analyse. J'espère que ça vous donnera envie d'aller voir plus en détails, en tout cas, pour ceux qui aiment les chiffres, parce que je ne vous cache pas, c'est beaucoup, beaucoup de chiffres.

Alors, la première partie des approches qu'on a utilisées, c'est de partir des données dont on dispose sur nos affilié·es en matière de prescription d'antidépresseurs. On a approché la question de la dépression postpartum par ce biais-là, la prescription d'antidépresseurs. Nous savons très bien que c'est une approche qui n'est pas parfaite, puisque la consommation d'antidépresseurs ne concerne évidemment pas que la dépression postpartum et que la dépression postpartum peut se soigner par d'autres biais que la consommation d'antidépresseurs mais, c'était une façon d'approcher en tout cas la santé mentale des jeunes parents, et la dégradation de leur santé mentale suite à l'arrivée d'un enfant.

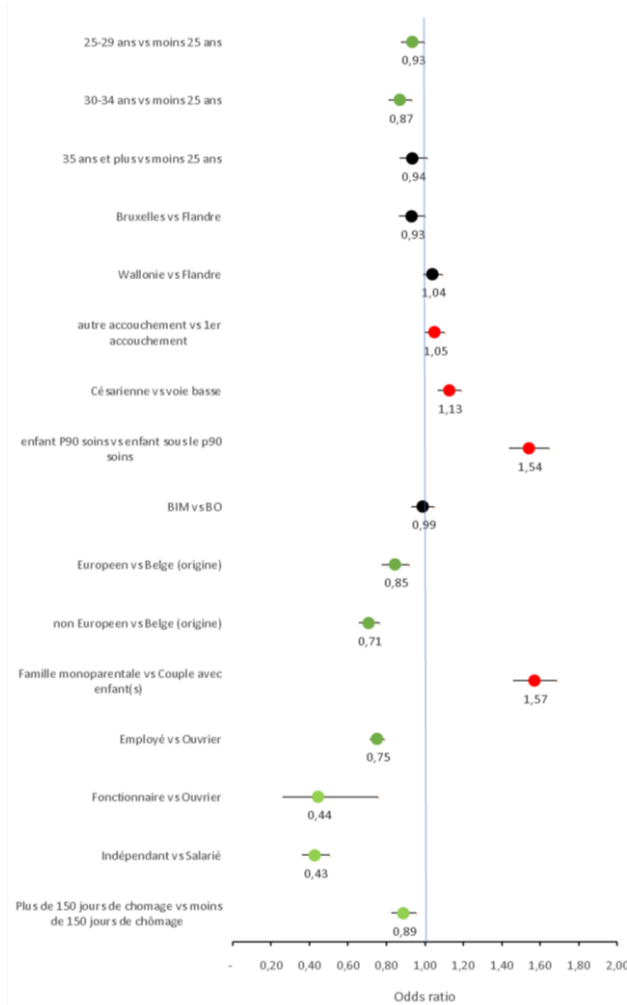
Donc la première partie, c'est une étude qui a été menée par mes collègues du pôle études et politiques de santé. Je n'ai pas mis le slide sur la méthodologie, parce que je pense qu'elle prendrait déjà cinq minutes.

		Jeunes parents sans antidépresseurs 3 ans avant la grossesse	Population sans antidépresseurs 4 ans avant l'année X
Femmes	Population	183.557	5.674.482
	Nombre d'affiliés avec antidépresseurs après l'accouchement / année x	8.557	163.205
	%	4,7%	2,9%
Hommes	Population	114.465	7.403.516
	Nombre d'affiliés avec antidépresseurs après l'accouchement / année x	3.053	153.086
	%	2,7%	2,1%

Il faut vous dire que l'analyse s'est faite sur une période de 2012 à 2020, ce qui explique que vous voyez que la population de jeunes parents est à 183 000. C'est parce que nous avons combiné plusieurs années pour avoir un échantillon très important. Ce sont nos affilié-es, pour la partie étude que je vous présente. On a regardé, après l'accouchement, l'introduction d'un antidépresseur chez les jeunes mamans et chez les jeunes papas, en vérifiant que ces personnes-là n'avaient pas eu d'antidépresseurs dans les trois années qui précèdent la grossesse. On a aussi regardé chez les parents qui avaient déjà eu des antidépresseurs. Et là, on est sur des chiffres encore plus hauts. Mais donc, quand on fait cet exercice-là, on voit que 4,7 % des jeunes mamans se sont vues prescrire un antidépresseur après la grossesse, contre 2,7 % des hommes. Déjà, il y a clairement davantage de mamans qui vont se voir prescrire des antidépresseurs que des papas. Et, on le compare aussi à la population totale, quel a été le taux d'introduction d'un antidépresseur chez des personnes qui n'avaient pas non plus pris de traitement dans les quatre dernières années, pour que ce soit plus ou moins comparable aux parents. Et vous voyez que comparativement, on est à 2,9 % pour les femmes et 2,1 % pour les hommes. Donc, chez les jeunes parents, il y a une fragilité qui est exacerbée par rapport à la population totale. Ce taux d'introduction d'antidépresseurs étant presque deux fois plus élevé pour les femmes, c'est un peu moins marqué chez les hommes. C'était donc une façon d'accrocher la question de l'impact que l'arrivée d'un enfant peut avoir sur la santé mentale des parents.

	Odds Ratio Estimates		
	Point Estimate	95% Wald Confidence Limits	
25-29 ans vs moins 25 ans	0,93	0,87 0,999	
30-34 ans vs moins 25 ans	0,87	0,81 0,93 *	
35 ans et plus vs moins 25 ans	0,94	0,87 1,01	
Bruxelles vs Flandre	0,93	0,87 1,00	
Wallonie vs Flandre	1,04	0,99 1,09	
autre accouchement vs 1er accouchement	1,05	1,001 1,10	
Césarienne vs voie basse	1,13	1,07 1,19 *	
enfant P90 soins vs enfant sous le p90 soins	1,54	1,44 1,65 *	
BIM vs BO	0,99	0,93 1,05	
Européen vs Belge (origine)	0,85	0,78 0,92 *	
non Européen vs Belge (origine)	0,71	0,66 0,77 *	
Famille monoparentale vs Couple avec enfant(s)	1,57	1,46 1,69 *	
Employé vs Ouvrier	0,75	0,71 0,79 *	
Fonctionnaire vs Ouvrier	0,44	0,26 0,76 *	
Indépendant vs Salarié	0,43	0,36 0,50 *	
Plus de 150 jours de chômage vs moins de 150 jours de chômage	0,89	0,83 0,95 *	

Alors là, c'est encore pire en termes de chiffres. Évidemment, on a toute une série de données sur nos affilié-es, leur âge, d'où iels viennent, puisqu'on avait Bruxelles, Wallonie, Flandre pour la partie en tout cas études. On avait également des éléments sur leur accouchement. Est-ce que c'était une césarienne ou une voie basse ? La santé de l'enfant, symbolisée là aussi, je vous passe les détails, mais en gros, on a comparé les enfants qui ont eu particulièrement des problèmes de santé après la naissance par rapport à ceux qui n'en avaient pas du tout. Et, également des choses sur le statut familial, la monoparentalité ou le statut de travailleur-se.



On met tout ça dans un modèle statistique et on regarde si ces variables-là peuvent expliquer davantage le taux d'introduction d'un antidépresseur après la grossesse. Ce qu'il faut regarder principalement, c'est les chiffres en vert et en rouge, sur le petit graphique.

Quand c'est en rouge et à droite, ça veut dire que la donnée va particulièrement expliquer négativement le taux d'introduction de l'antidépresseur. Et quand c'est à gauche, en vert, ça veut dire que c'est des facteurs qui protègent. Ce qu'il faut retenir, c'est que les grossesses chez les mamans, et aussi les papas – ici, c'est les chiffres des mamans – mais dans l'analyse, on a également fait sur les pères et les résultats sont sensiblement les mêmes. Chez les très jeunes parents, moins de 25 ans, on voit qu'il y a une surreprésentation des personnes qui vont avoir une prescription pour antidépresseur. Donc, la jeunesse d'âge des parents va avoir un impact sur la dégradation de la santé mentale. On voit également que le fait que l'enfant ait une mauvaise santé dans les mois qui ont suivi la naissance, va particulièrement augmenter le risque de crise d'antidépresseur chez la maman,

mais également chez le papa. Pas sans lien, peut-être, la façon dont l'accouchement s'est passé, césarienne, voie basse, c'est également un facteur qui peut expliquer. On voit que la monoparentalité a aussi un impact. Si on est face à des mamans monoparentales, il y a plus de risques qu'elles soient sous antidépresseur.

En parallèle de l'étude, on a également fait une enquête auprès des jeunes parents. C'était tous les parents qui avaient eu au moins un enfant au cours de l'année. Ce n'était pas forcément que nos affilié-es. On a eu peu de participation au niveau de Bruxelles, donc on n'a pas analysé les données de Bruxelles. C'est donc la Flandre et la Wallonie. C'est un échantillon de plus de 2500, beaucoup plus les mamans que les papas, sans surprise. C'était un questionnaire qui était administré en ligne pendant l'été 2023, qui durait plus ou moins 16 minutes.

Le point de départ, le point central de cette analyse, c'était l'échelle d'Édimbourg. C'était en trois questions, quelque chose qui nous permettait d'approcher la dépression postpartum. Ce matin, je pense que vous avez eu des éléments très médicaux. C'est un choix méthodologique. Il y a eu une revue de la littérature qui a été faite. À nouveau, ce n'est pas parfait, mais c'est une façon d'approcher la santé mentale. C'était trois questions, avec des échelles de temps qui donnaient un score, il y avait trois scores possibles : potentiellement pas de dépression, un score avec une dépression potentielle et le score de 6 ou plus avec les trois questions, donne une haute probabilité de dépression.

Haute probabilité de dépression (HPD)	Wallonie	Flandre
Mères	53,5%	30,7%
Pères	28,2%	8,9%

En Wallonie, on a plus d'une mère sur deux qui est à haut risque de dépression postpartum. On est à près de 30% pour les pères en Wallonie. Vous voyez que les chiffres en Flandre sont plus bas, mais néanmoins, le différentiel de genre est bien là aussi : 31% des mères flamandes et 9% des pères wallons.

Structure du questionnaire

- 5.1. Les potentiels facteurs de risque : le profil
- 5.2. Facteurs de risque : contexte de la grossesse et de l'accouchement
- 5.3. Facteurs de risque : santé de l'enfant
- 5.4. Facteurs de risque : préparation de l'arrivée de l'enfant
- 5.5. Facteurs de risque : être confronté à certaines situations pendant ou après la grossesse
- 5.6. Facteurs de risque : être confronté au cours de sa vie à certaines situations autour de la grossesse et de l'enfance
- 5.7. Facteurs de risque : complications médicales et difficultés avec le personnel soignant
- 5.8. Facteurs de risque : ressenti de l'accouchement
- 5.9. Facteurs de risque : l'état de santé
- 5.10. Facteurs de risque : au cours de sa vie, avoir été victime de...
- 5.11. Facteurs de risque : au cours de sa vie, avoir été confronté à certaines difficultés
- 5.12. Facteurs de risque : au cours de sa vie, avoir eu un diagnostic
- 5.13. Facteurs de risque : se sentir débordé ou seul
- 5.14. Facteurs de risque : problème pour trouver une solution d'accueil
- 5.15. La prise de médicaments
- 5.16. Des solutions face aux problèmes de santé mentale ?
- 5.17. Diagnostic reçu depuis la naissance de l'enfant
- 5.18. Perception de l'arrivée de l'enfant
- 5.19. Facteurs de risque : la répartition des tâches ménagères
- 5.20. Facteurs de risque : se sentir soutenu-e
- 5.21. Facteur de risque : situation professionnelle
- 5.22. Facteur de risque : situation professionnelle de l'autre parent

C'est une présentation de toutes les questions qu'on a posées dans l'enquête et qu'on a croisées avec ce risque de dépression postpartum. C'est assez large. Sans surprise, tous les facteurs de risque qu'on avait identifiés sont corrélés à la dépression postpartum. Je vous en présenterai deux-trois. Évidemment, on a des éléments de profil sur la maman et la famille. On a tout le contexte de grossesse et d'accouchement, la santé de l'enfant. On a aussi l'état de santé, le fait d'avoir été au cours de sa vie victime de toute une série de difficultés, de harcèlement. Je vais y revenir. Tout ce qui a trait aussi aux problèmes des solutions d'accueil, que ce soit le soutien familial, le soutien par rapport à son employeur. Il y a aussi des éléments sur la répartition des tâches ménagères et quelques questions sur les recommandations des parents eux-mêmes. Je finirai la présentation par ça.

Je ne le présente pas, mais les gens pouvaient nous laisser ce qu'on appelle des verbatims en enquête. Beaucoup de parents, surtout les mamans, étaient très content-es de faire cette enquête et de pouvoir

partager parce qu'ils n'ont pas toujours le sentiment d'avoir été écouté-es dans cette période. Il y a beaucoup de tabous.

Je vais aborder maintenant les facteurs de risque. Là aussi, je pense que ça a été ou ça va être abordé pendant la journée. Cette enquête, c'était aussi un moment où on écoutait les jeunes parents. C'était, je pense, bienvenu pour eux, sans compter ce qu'on en fait après : porter des propositions au niveau collectif.

J'ai choisi de vous présenter deux facteurs de risques :

- **La santé de l'enfant**

Dans l'enquête, on a ce qu'on appelle un tri à plat. La réponse à une question qui est ici "Est-ce que depuis qu'il est né, votre enfant a eu des problèmes de santé ?". Ici, on est en déclaratif. Dans l'étude, avant, c'était basé sur des données de santé dont Solidaris dispose pour ses affilié-es. Ici, c'était du déclaratif sur une échelle de 1 à 4 qui allait d'aucun problème de santé à des gros problèmes de santé. Majoritairement, les enfants qui sont nés n'ont pas eu de problème de santé. Mais on a plus ou moins 4 % de l'échantillon, plus ou moins la même proportion en Flandre et en Wallonie, de parents qui déclarent que leur bébé avait de gros problèmes de santé.

Derrière, on croise le fait que l'enfant n'a pas de problème de santé avec le fait qu'il ait eu des plus ou moins gros problèmes de santé. On regarde cette fameuse haute probabilité de dépression – je vous le rappelle, en Wallonie, c'est plus ou moins une mère sur deux – et on se demande comment l'échantillon se comporte en croisant avec cette variable-là ? La majorité n'a pas eu de problème de santé, donc on retourne sur le 1 sur 2. Mais quand l'enfant a eu des gros problèmes de santé, en tout cas en Wallonie, on monte à 69 % des mamans de ces enfants-là qui ont une haute probabilité de dépression, et seulement 12 % d'ailleurs qui n'ont pas du tout, a priori, de dépression.

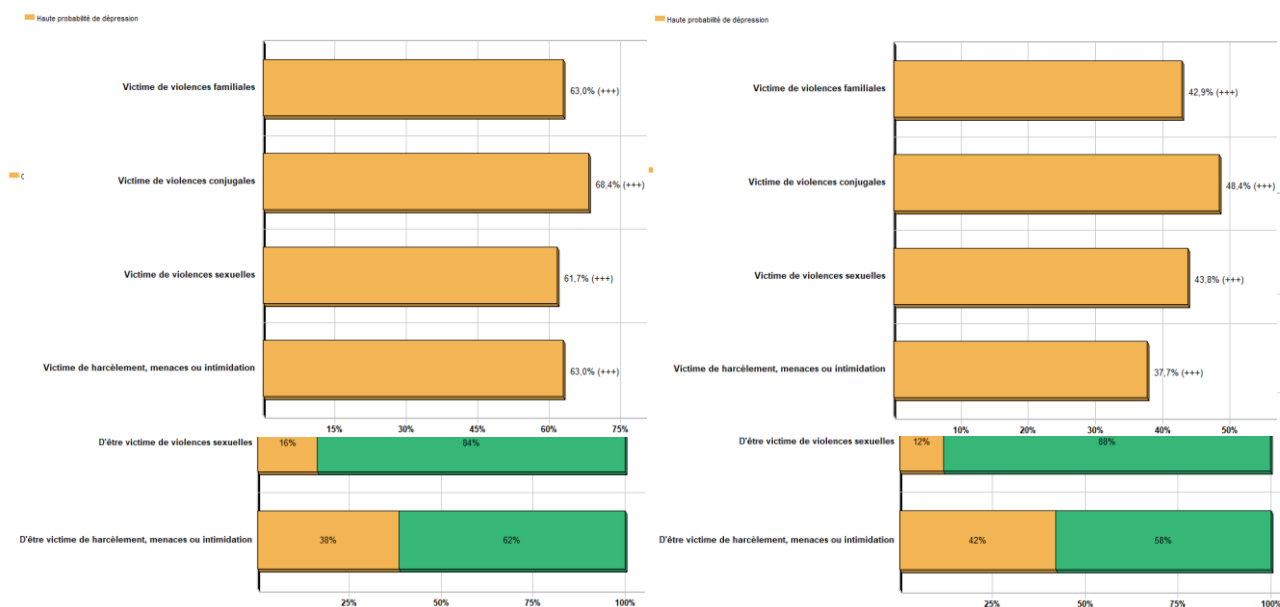
Le chiffre n'est pas tout à fait le même en Flandre, mais la différence est la même. On passe de plus ou moins 30 % à 55 % des mamans flamandes qui ont une haute probabilité de dépression postpartum.

Wallonie				Flandre			
	Potentiellement pas de dépression	Dépression potentielle	Haute probabilité de dépression		Potentiellement pas de dépression	Dépression potentielle	Haute probabilité de dépression
Pas ou peu de problème de santé	14,0%	34,3% (+++)	51,7% (---)	Pas ou peu de problème de santé	25,9%	45,9% (+++)	28,3% (---)
Des (gros) problèmes de santé	11,8%	19,4% (---)	68,8% (+++)	Des (gros) problèmes de santé	22,6%	22,6% (---)	54,8% (+++)

- **Avoir été victime de violences**

À nouveau, ici, vous avez les statistiques des femmes qui ont été confrontées à des violences familiales, conjugales, sexuelles ou de harcèlement et d'intimidation.

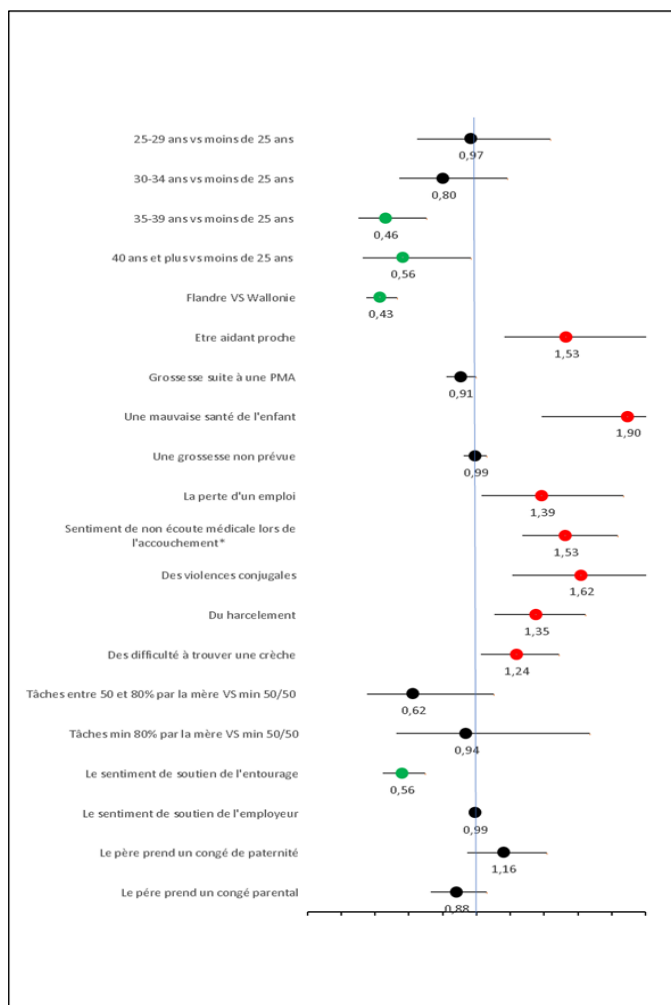
Déjà là, ça nous donne une proportion des jeunes mamans qui ont été concernées par ça, côté wallon à gauche, côté flamand à droite. Et de nouveau, derrière, on regarde pour les femmes qui disent avoir été victimes de ces violences-ci, quel est le pourcentage qui a un risque d'être en haute probabilité de dépression postpartum.



Vous voyez qu'on est à plus de 60 % d'entre elles. Les violences conjugales étant le facteur qui est le plus aggravant puisqu'on est à 68 % de ces femmes-là qui sont à haut risque de dépression postpartum.

Alors, on a fait une analyse statistique qui permet de mettre en évidence quels sont les facteurs les plus déterminants. Ces analyses permettent, comme je vous l'ai dit, de voir tous les facteurs de risque qu'on a identifiés et ils montrent qu'il y a une corrélation. Quand on fait une analyse statistique comme ça, ça nous permet de mesurer ce qui va le plus jouer.

	Point Estimate	95% Wald Confidence Limits	
25-29 ans vs moins de 25 ans	0,97	0,65	1,44
30-34 ans vs moins de 25 ans	0,80	0,54	1,18
35-39 ans vs moins de 25 ans	0,46	0,30	0,70
40 ans et plus vs moins de 25 ans	0,56	0,33	0,97
Flandre VS Wallonie	0,43	0,35	0,53
Etre aidant proche	1,53	1,17	2,01
Grossesse suite à une PMA	0,91	0,82	1,00
Une mauvaise santé de l'enfant	1,90	1,39	2,59
Une grossesse non prévue	0,99	0,93	1,06
La perte d'un emploi	1,39	1,03	1,87
Sentiment de non écoute médicale lors de l'accouchement*	1,53	1,27	1,83
Des violences conjugales	1,62	1,21	2,16
Du harcèlement	1,35	1,11	1,65
Des difficultés à trouver une crèche	1,24	1,03	1,49
Tâches entre 50 et 80% par la mère VS min 50/50	0,62	0,35	1,10
Tâches min 80% par la mère VS min 50/50	0,94	0,53	1,67
Le sentiment de soutien de l'entourage	0,56	0,45	0,69
Le sentiment de soutien de l'employeur	0,99	0,97	1,02
Le père prend un congé de paternité	1,16	0,95	1,42
Le père prend un congé parental	0,88	0,73	1,06



Donc, on retombe de nouveau sur :

- la question de l'âge. Les parents de moins de 25 ans sont beaucoup plus à risque d'être en haute probabilité de dépression postpartum.
- être aidant-e proche. Je n'ai pas montré la stat, mais c'est très élevé quand même. Les personnes qui viennent d'être parents d'un jeune enfant et qui, en même temps, sont aidantes proches à côté, et plus souvent les femmes, c'est un facteur particulièrement aggravant.
- la mauvaise santé de l'enfant,
- avoir perdu son emploi,
- la manière dont s'est passé l'accouchement,
- le sentiment qu'on soit écouté dans son choix de projet de naissance,
- le fait qu'il y ait eu des violences au cours de l'accouchement – Tout ça, c'est des facteurs ultra aggravants.
- la difficulté de trouver une place en crèche,
- et un facteur protecteur, c'est le sentiment de soutien de l'entourage. Et là, je peux vous dire que dans l'enquête aussi, il y avait une assez grosse différence entre la Wallonie et la Flandre sur ce point-là.

Dans l'enquête, on demandait aussi aux parents les recommandations qu'ils avaient. Déjà, toutes les recommandations qu'on avait listées, on posait la question de deux façons. D'abord, est-ce qu'ils étaient d'accord ? Et en fait, ils étaient quasiment d'accord sur toutes les propositions qu'on faisait. Après, on leur demandait quand même un choix. Quelles sont les deux mesures les plus importantes ? Et celles qui recueillaient massivement l'adhésion, c'était : une prolongation du congé de maternité à 21 semaines et un alignement du congé de naissance sur le congé de maternité.

Cette enquête et cette étude ont permis à Solidaris de remettre la question de la dépression postpartum sur la table avec des chiffres concrets. Même si je l'ai dit, les deux approches ne sont pas parfaites et elles ne représentent pas forcément toute la dépression postpartum, mais elles tentent de l'approcher. Ça nous permettait de mettre des chiffres sur ce sujet-là. Elle permet aussi de remonter à quel point c'est une question de genre et de justice sociale. On voit clairement que les mamans sont plus exposées que les papas. Et, il y a toute une série de choses sur le socio-économique

que je n'ai pas présenté, qui ne sortent pas au modèle directement, mais on voit qu'il y a quand même des différences aussi à ce niveau-là. Et évidemment, toutes les femmes qui ont été fragilisées par la question des violences au cours de leur vie, ce sont des facteurs aggravants. Je l'ai déjà dit plusieurs fois, mais le fait d'être très jeune et d'avoir un bébé en mauvaise santé, c'est particulièrement risqué.

Au niveau des leviers d'action, on rappelait à quel point c'est important de soutenir et d'écouter les parents dans ce moment de vie. Et donc, la question d'allonger le congé de maternité et d'aligner le congé de naissance dessus, ça nous semble primordial. La question des places en crèche est fondamentale aussi. Et alors, ce n'est pas la seule explication des différences de chiffres entre la Flandre et la Wallonie, mais en Flandre, il y a un système de *Kraamzorg*, qui semble avoir un impact positif. En tout cas, c'est une des choses qui est différente entre la Wallonie, Bruxelles et la Flandre, donc ça pourrait expliquer des meilleurs résultats sur certains points.

Le trajet de soins en périnatalité, il existe en fédération Wallonie-Bruxelles pour les publics fragilisés, mais on préconise évidemment de développer ce parcours-là pour toutes les grossesses.

Et, en troisième point, il y a toute la question de la sensibilité reproductive et de l'accès aux soins. Alors l'accès aux soins, on en parle beaucoup en ce moment, malheureusement, et je suppose que vous êtes toustes bien au fait, donc je ne vais pas revenir dessus. Evidemment, tout ça est lié. C'est ce que je disais en introduction, ce sont des choix politiques sur lesquels on peut agir.

Le dernier point nous a valu beaucoup de discussions en interne, je ne vous le cache pas, notamment avec nos collègues flamand·es, sur la question des violences. Il y a des choses qui étaient en train, au moment où on faisait l'enquête, de sortir, et donc on insistait sur l'importance d'utiliser ce fameux rapport qui avait été fait sur les violences gynécologiques et obstétricales et de le transformer dans des textes de loi. On voyait bien qu'il y avait plein de lobbies, notamment du côté gynécologues. C'étaient des discussions houleuses.

3.2. Particularité du suivi et du vécu des femmes issues de l'immigration

Rachel Gourdin

Sage-femme, Aquarelle asbl

Je m'appelle Rachel, je suis sage-femme chez Aquarelle. J'ai croisé beaucoup de collègues, donc il y a des choses que vous connaissez déjà très bien d'Aquarelle. Nous existons depuis 25 ans. On travaille à Bruxelles, on est rattaché au CHU Saint-Pierre. Il y a moins de naissances qu'auparavant, donc on a moins de suivis, mais on a entre 450 et 550 femmes qui sont suivies chaque année par deux équivalents temps-plein sage-femme, on travaille beaucoup.

L'idée du suivi à Aquarelle, c'est un suivi global. On va parler du postpartum, mais c'est hyper important d'avoir cette idée que les femmes en situation de précarité, avec de nombreuses vulnérabilités, ou toutes les femmes de manière générale de toute façon, ont besoin d'avoir un suivi idéalement global, de l'anténatal jusqu'au postpartum.

On le sait toustes, on l'a vu ce matin, la naissance d'un enfant, c'est un bouleversement physique, psychique. La migration, parce que là on parle de femmes qui sont en situation de migration, des femmes sans papiers, donc avec une précarité administrative, qui se double d'une précarité matérielle, cette migration-là rend cette situation encore plus délicate. Il y a l'éloignement des siens, il y a des repères culturels qui sont chamboulés, il y a la confrontation avec d'autres modèles, et puis la solitude,

l'isolement, la précarité matérielle et les difficultés administratives. Ça, on va en parler beaucoup, parce que le postpartum à Aquarelle, c'est surtout des papiers, beaucoup de papiers.

Le post partum, c'est une période qui exacerbe des fragilités, mais pour une population vulnérable, c'est encore plus important de l'accompagner, de l'anticiper en anténatale.

Un suivi global, c'est quoi ? On les voit à l'hôpital Saint-Pierre, on fait les prépas à la naissance, l'idéal c'est que ce soit la même sage-femme qui les voit en postpartum, et ça j'insiste vraiment sur cette question-là, pour pouvoir établir évidemment un lien de confiance avec les femmes, et pour qu'on puisse vraiment travailler beaucoup plus confortablement.

Je ne vais pas m'attarder sur la question des statuts administratifs, elles sont globalement toutes en situation irrégulière. Celles qui sont en demande d'asile, techniquement, ne sont pas en situation irrégulière, parce qu'elles sont en demande d'asile, mais la réalité est que cette précarité est quand même très très marquée. Pour nous c'est important de le savoir, parce que souvent elles sont dans des centres d'accueil ces femmes-là, et ça a un intérêt aussi pour le postpartum.

Aquarelle a rencontré 467 femmes en 2024. Il y a des femmes qu'on voit en prénatale, uniquement en prénatale, 165. On ne les voit pas en postnatale. Pourquoi ? Parce que la grande majorité d'entre elles partent en Espagne ou au Portugal pour accoucher, ou alors, beaucoup sont transférées dans un autre centre Fedasil, parce qu'elles sont en demande d'asile, donc elles sont au centre Fedasil du Petit-Château et on les envoie dans un centre en Flandre ou en Wallonie, et hop, il n'y a plus de suivi de grossesse avec nous. Le suivi prénatal et postnatal, c'est 199, donc ça c'est le plus confortable pour tout le monde. Les femmes qu'on voit où on a vraiment le temps de dérouler les choses, de déplier les histoires. Puis, il y a les femmes qu'on rencontre uniquement en postnatal, ça c'est moins confortable.

On va commencer par les **vulnérabilités de chacune des femmes qu'on suit**. On l'a vu, le post partum, c'est compliqué pour la plupart des femmes, on a vraiment bien établi ça. Mais il y a des difficultés qui sont spécifiques à la population Aquarelle. Les difficultés matérielles et dans les plus importantes, c'est les difficultés qui sont relayées par les femmes : les difficultés administratives, la précarité, et la précarité financière. Evidemment, ça semble assez logique avec une population comme ça, mais dans la réalité, c'est tout le temps dans leur tête. C'est tout le temps là. Et donc, il y a une partie qui est énorme déjà depuis leur grossesse, et après en postpartum, qui va être orientée sur : organiser les rendez-vous, récupérer les documents à droite, à gauche, et comment vont-elles manger, où vont-elles dormir. Ces questionnements-là sont quotidiens empêchent de pouvoir se déposer, de pouvoir récupérer après un accouchement et de pouvoir rencontrer son enfant.

Une des grosses difficultés qu'il y a ici chez nous, c'est le **logement**. Alors ça, j'ai l'impression qu'on en parle tout le temps. C'est plus de la moitié des femmes qui ont un problème d'hébergement. Quand je vous dis un problème d'hébergement, c'est-à-dire, là j'avais compté sur l'année dernière, qu'il y a 15 femmes qui sont restées au CHU Saint-Pierre à la maternité, pas parce qu'il y avait de la pathologie, pas parce qu'il y avait un problème d'allaitement, elles sont restées parce qu'elles ne savaient pas où aller. Les centres d'accueil sont saturés, il n'y a pas de place. Donc elles restent à l'hôpital. Ce sont ce qu'on appelle des hospitalisations sociales. Elles restent à l'hôpital parce qu'elles n'ont pas un endroit où elles peuvent partir après avec leur enfant. Et ça, pour toutes celles et ceux qui sont déjà allés dans des centres d'accueil, quand on arrive à trouver une place, on peut essayer de se projeter en se disant, voilà, *"je viens d'accoucher, je suis à J+3, et là je retourne dans un centre samu social, je dois partager ma chambre avec une autre dame, ce sont des lits superposés"*, mais pour toutes les sages-

femmes qui ont déjà fait des postes là-bas, vous devez aller voir la plaie de césarienne ou aller voir ce périnée, vous devez vous recourber parce que vous ne pouvez même pas vous asseoir sous ce lit. Les portes ne ferment pas, donc il y a aussi un problème de sécurité. Et l'alimentation est toujours une source de stress pour toutes les dames qui vivent là-bas, elles n'aiment pas ce qu'on leur sert, c'est servi à des heures fixes, si elles allaitent avec le bébé et qu'elles arrivent plus tard, il n'y a plus à manger, donc elles ont faim. L'hébergement, c'est un énorme souci.

Très souvent, en anténatal, elles arrivent quand même à faire jouer des espèces de réseaux, de solidarité, à être hébergées un peu à droite, à gauche, mais une fois que l'enfant est là, ça ne marche plus. D'où, justement la difficulté de trouver des centres d'accueil, surtout si on ne connaissait pas les dames déjà en anténatal.

Il y a un autre souci aussi qui a déjà été relevé à plusieurs moments ce matin et qui pour moi, ces derniers temps, est vraiment un des principaux problèmes. C'est *l'isolement*. On a beaucoup de femmes seules, la monoparentalité est extrêmement présente dans la population Aquarelle. Dans nos dossiers médicaux, j'écris souvent « *géniteur parti à l'annonce de la grossesse, a changé de numéro de téléphone* ». Beaucoup de femmes sont seules, elles sont 38% chez nous. 38%, c'est énorme. Encore une fois, avec des femmes qui n'ont pas de logement, qui n'ont pas de papiers, qui sont dans des précarités très importantes. Et en plus, c'est les seuls parents de l'enfant. Ce sont des dames qui n'ont pas grandi là où elles vont élever l'enfant, ça crée une difficulté. Vous êtes le seul parent, la seule personne ressource de cet enfant, vous avez des précarités importantes, des vulnérabilités et vous ne connaissez pas le système dans lequel votre enfant va grandir. Tout ça crée une insécurité très, très forte chez les femmes, toutes les dames sont impactées. Mais c'est vrai qu'on se rend compte, nous, sage-femmes, en travaillant avec les dames Aquarelles, que très souvent, il n'y a pas de temps pour la récupération physique, pour la récupération psychique après un accouchement. C'est juste qu'il n'y a pas le temps, il n'y a pas l'espace. Il faut vite s'occuper des papiers, récupérer le certificat de célibat pour la déclaration de naissance, amener l'AMU au CPAS pour le bébé, récupérer les boîtes de lait, aller chercher des vêtements chez Aquarelle. C'est du besoin de matériel, de l'organisation et des rendez-vous qui s'enchaînent les uns après les autres. Il n'y a pas ce temps de "*mon corps, où est-ce que j'en suis?*" Vraiment, ça n'existe pas. Et, c'est assez parlant.

On parlait aussi de la *jeunesse*. Chez Aquarelle, on a quand même beaucoup de dames très, très jeunes. Je crois qu'au niveau bruxellois, les accouchements des femmes de moins de 20 ans, c'est 1,1 et nous, on est à 12, beaucoup de dames roms. C'est un tableau un peu sombre.

Mais il y a des choses quand même hyper bien qui se passent. Et dans ce qui se passe bien – il y a la contraception, mais ça, on en parlera après – c'est le suivi régulier. S'il y a une idée à retenir, c'est que pour avoir un postpartum joyeux, équilibré, le moins chamboulé possible, je pense vraiment qu'il faut avoir un suivi régulier. Ça se travaille en anténatale, c'est vraiment hyper important. On le voit bien, les 199 femmes qu'on a vues en pré, en poste, c'est avec la même soignante. Ça aussi, c'est important. C'est la même sage-femme qui fait les consultations prénatales, qui fait les préparations à la naissance, qui va après à domicile pour faire le poste. C'est ce qu'il y a de plus confortable. Ce n'est pas avec une consultation postnatale de 20 minutes, 30 minutes que la dame va parler de ses craintes, de ses peurs, vous n'aurez pas une vision d'elle. C'est souvent lors des préparations, c'est là où on apprend qu'en fait, ça fait 10 ans qu'elle attend cette grossesse. Bon, l'accueil d'un bébé, ce n'est pas la même chose

que si c'est une grossesse rapprochée, si c'est suite à un viol, qu'elle a trois sœurs à la maison qui ont des enfants et que du coup, elle est hyper bien soutenue. Enfin, tout ça, ça s'apprend au fur et à mesure, il faut ce temps, il faut cet espace-là. Et encore une fois, c'est des consultations, c'est du temps de soignantes avec les femmes.

Parce qu'on sait toutes, après l'arrivée d'un enfant : *“Oui, alors, madame, un implant ? un petit stérilet.... ?”* Elle n'est pas du tout là-dedans, elle pense qu'elle n'aura plus jamais de rapport sexuel, elle dit *“Non, ça, c'est fini.”* On ne lui souhaite pas que ce soit fini. Et donc, il vaut mieux vraiment anticiper cette question en anténatale. En plus, on travaille avec des dames qui n'ont souvent pas été beaucoup à l'école. On a quand même beaucoup de dames qui sont analphabètes, 8,3 sont analphabètes, 17 ont eu une instruction primaire, beaucoup ont une barrière linguistique. Il faut des planches anatomiques, il faut prendre le temps. Ce n'est pas une décision qui se prend à la légère la contraception. Pour beaucoup, c'est la première fois qu'elles en entendent parler, au CHU Saint-Pierre, la première contraception qu'elles ont, c'est la pilule d'allaitement qu'on leur prescrit juste après la sortie de la maternité. Il n'y a pas eu de cours d'EVRAS, il n'y a pas eu de cours de biologie. Il faut vraiment déplier tout ça, avoir ce temps. On en revient toujours à la même idée : avoir cet espace, cet accueil, avec ces femmes qui sont très vulnérables, fragilisées, qui ont eu beaucoup, beaucoup de traumatismes. Vous citiez toutes les **violences faites aux femmes** et on sait que le continuum est quand même assez intense, ce sont beaucoup de dames qui sont parties parce qu'elles subissaient des violences. Elles ont subi des violences sur le trajet, elles ont subi des violences après l'arrivée. Il faut aussi un temps très important pour pouvoir déplier tout ça.

Maintenant, je vais présenter **quelques ressources et pistes** que l'on peut suivre. Vous l'aurez compris, ce qu'il faudrait, c'est vraiment ce suivi global. Je pense que vous êtes toutes militantes de ça, parce que même pour le-a soignant-e, c'est ce qu'il y a de plus confortable.

Chez nous, on se rend compte qu'un suivi de grossesse régulier, de qualité, permet aussi d'ouvrir des portes, notamment d'accès à des droits à des femmes en situation de précarité, droits à l'AMU. On arrive des fois aussi à trouver des solutions en termes administratifs. Donc, il y a des régularisations qui peuvent aussi se faire pendant une grossesse. Ça, c'est vraiment un vrai succès. Les activités en groupe aussi fonctionnent bien. Nous, on fait des prépas. Les prépas, c'est souvent individuel, mais le yoga, la thérapie posturale, la kiné, ça crée un soutien, un maillage qui font que les femmes peuvent échanger et puis partager des expériences.

3.3. Prise en charge du postpartum et pistes d'action pour répondre aux besoins des parents

Céline Cocq

Chargée d'études et d'action politique, La Ligue des Familles

Bonjour, merci de me recevoir cet après-midi. Je tiens à dire que j'ai été passionnée par toutes les interventions précédentes. J'espère être à la hauteur.

J'imagine que la plupart d'entre vous connaissent la Ligue des Familles, une ASBL qui a plus de 100 ans aujourd'hui. Notre mission, notre objet social est de soutenir, d'informer et d'accompagner, les parents dans toutes les grandes étapes de la parentalité. Ça commence de la grossesse jusqu'au fait d'être grand-parent, on couvre un peu tout. Ce qu'on sait peut-être un peu moins, c'est que la Ligue des

Familles à un service d'études et d'action politique, de plaidoyer pour lequel je travaille. Quand on fait des études, l'objectif est d'aller porter des recommandations, des revendications auprès de nos politiques pour améliorer la situation des familles.



Je viens vous présenter une étude que je n'ai pas faite moi-même, puisque je n'étais pas encore arrivée à la Ligue, mais que ma collègue Lola Galer a réalisée en 2022. Je m'y suis plongée avec beaucoup d'attention. Et ce qui est chouette, c'est que ça fait trois ans qu'elle est parue, donc, ça nous donne un peu l'occasion de faire un petit bilan, de voir si les choses ont changé en trois ans ? Vous verrez la réponse à la fin de ma présentation. Suspense...

C'est une étude qui est basée sur des témoignages de mères qui ont été récoltés lors d'entretiens au long cours, et des expertises de scientifiques, de professionnel·les du secteur, plus toute la littérature scientifique disponible.

On va d'abord faire un petit tour des constats, pour savoir comment ça se passe en Belgique. Puis, on va faire un petit tour des bonnes pratiques à l'étranger, parce qu'on aime bien toujours aller un peu s'inspirer. Et on parlera du niveau plus politique du sujet.

Les constats en Belgique sont essentiellement basés sur les témoignages des parents, mais aussi des expert-es du secteur. C'est qu'il y a un vrai manque d'informations. On l'a déjà dit plusieurs fois aujourd'hui, les parents sont mal informés sur le postpartum, sur ce qui les attend. Ça crée l'isolement. Vous voyez, on a toutes dit aujourd'hui l'isolement, il y a un mot à retenir aujourd'hui, c'est celui-là. Mais aussi, la culpabilisation : on a un manque de confiance en soi, on pense qu'on n'est pas une bonne mère, etc. C'est quand même très problématique, ce manque d'informations. Il y a un manque de politique claire et cohérente, c'est-à-dire, qu'il y a beaucoup de politiques qui existent, il y a des choses qui sont mises en place, mais qui sont fragmentaires. Nous sommes en Belgique, ce n'est pas toujours la même chose d'une région à l'autre, il y a beaucoup de disparités, ça crée des inégalités dans les parcours de soins des mères. Depuis dix ans maintenant, et la réforme Maggie De Block, il y a aussi le séjour à la maternité qui s'est raccourci. Les services de soins sont aussi fragmentés. Qu'est-ce que ça crée ? Un vide de soins pendant la période post-natale, avec des conséquences parfois assez dramatiques. Le constat n'est pas très réjouissant.

Par contre, des **bonnes pratiques se passent ailleurs**. Delphine vient d'en parler tout à l'heure, c'est la *kraamzorg*. C'est une profession périnatale à part entière, qui existe aux Pays-Bas et en Flandre. Ce n'est pas tout à fait pareil, parce qu'aux Pays-Bas, en plus de tout le soutien psychosocial, etc, elles ont

aussi une formation médicale. Ce sont des infirmières périnatales. En Belgique, ce n'est pas le cas, il n'y a pas d'aspect vraiment médical. Ce qui est très intéressant, c'est qu'aux Pays-Bas ça fait partie de l'assurance maladie obligatoire, que ça commence en prénatal. On vient de parler de l'importance de commencer ça avant l'accouchement et que c'est vraiment un relais pour les parents. Donc, ça veut dire que ce n'est pas non plus une sage-femme, elle peut prendre d'autres missions en charge : elle peut aller conduire les aînés à l'école, donner du relais sur vos tâches ménagères, faire les soins aux enfants. C'est très complet comme support. Et on voit, là où ça existe, 95% des familles au Pays-Bas par exemple, y ont recours. Parce que c'est compris dans l'assurance maladie, c'est culturellement implanté. Et, ça commence à 6 mois de grossesse jusqu'à 3 mois post-partum. On a droit à un nombre de séances assez conséquent.

Des bonnes pratiques à importer



Aux Pays-Bas (et en Flandre): le métier de **Kraamzorg**



Profession périnatale d'accompagnement pratique et psycho-affectif des jeunes parents.
Fait partie de l'assurance-maladie obligatoire.
Utilisé par 95% des familles.

Au Royaume-Uni: un suivi global centralisé

Suivi par des sage-femmes pendant la grossesse et après l'accouchement.

Informations transmises par la maternité.

Suivi au moins pendant 10 jours + 1 visite du généraliste

+ une visite check up après 6 à 8 semaines.



En Suède: suivi post-natal et centres parentaux

Plateforme centralisée pour l'ensemble des services de soin.

Centres parentaux sur tout le territoire : lieu pour les soins de santé maternels, consultations pédiatriques, activités sociales et locaux pour groupes de soutien (dès la grossesse et jusqu'au 1^{er} anniversaire de l'enfant).



Au Royaume-Uni, ce qui est intéressant, et dont on pourrait s'inspirer, c'est qu'il y a un suivi vraiment globalisé. C'est-à-dire que c'est l'hôpital qui prend contact avec la sage-femme directement et qui transmet toutes les informations utiles aux sage-femmes. Parfois, des hôpitaux le font aussi en Belgique mais ce n'est pas global, centralisé comme là-bas. Ce qui est intéressant c'est que la sage-femme passe au moins pendant 10 jours et plus si nécessaire, il y a aussi une visite à domicile d'un généraliste et après 6 à 8 semaines, il y a de nouveau une visite de check up. On sait que, après 6 à 8 semaines, c'est important aussi de refaire un check-up sur tout ce qui est santé mentale notamment. Et enfin, en Suède, ils ont un truc vraiment hyper intéressant qui s'appelle les centres parentaux. Qu'est-ce que c'est ?

Il a deux fonctions :

- La première, c'est de mettre en réseau les parents, donc quand vous tombez enceinte, vous et votre conjoint, co-parent-e, vous êtes intégré-es à un groupe de parents qui sont aussi en train de vivre une grossesse en même temps que vous, ce sont plus ou moins 10 autres couples ou familles monoparentales en même temps, pour échanger, partager le vécu, comme on l'a dit, déposer, décharger, dire ce qui ne va pas, ce qui va bien, etc.

- La deuxième est que dans ces centres, il y a aussi tout l'aspect médical : la consultation gynéco, les consultations sage-femme, post et prénatale. Il y a aussi des activités sociales et des garderies. Une fois que les enfants sont un tout petit peu plus grand, on peut aller faire une activité et participer aussi à son groupe de paroles après l'accouchement. C'est vraiment très intéressant. On sait bien qu'on court partout quand on est jeune parent et d'avoir tout regroupé en un seul lieu, c'est vraiment intéressant. Et surtout, le côté partage de vécu.

Vous allez voir que dans l'étude qu'on a menée, au travers de tous les témoignages, on a essayé d'identifier les gros besoins vraiment exprimés par les parents, donc pères et mères, et co-parent·es. La première chose est très liée aussi au travail de Renée Greusard, c'est une plus grande visibilité du postpartum, avoir des représentations culturelles, y compris dans la pop culture, les films, etc. Les accouchements ne durent pas dix minutes et quand on vient d'accoucher, on n'est pas toute pimpante le lendemain. Donc, les représentations culturelles, c'est important, le visibiliser, le normaliser sans tabou.

Nous avons besoin d'une meilleure information, ça revient à ce qu'on a dit au début. Les parents se sentent complètement jetés dans l'inconnu, largués. Bon, il y a des degrés variables en fonction des parents, mais de manière globale, ça revient chez presque tous et toutes.

Il faut aussi du soutien et de l'aide concrète à domicile après l'accouchement. Chez les mères, ça peut aussi prendre la forme de "mon conjoint était à la maison". Parce que l'aide concrète à domicile, c'est aussi parfois parce que le père ou le·a coparent·e ne prend pas de congés de paternité ou de naissance. C'est un aspect qui ressort vraiment fort.

Et alors, nous devons aussi avoir une politique claire, cohérente et globale de soutien au postpartum. Ça revient aussi chez les parents qui politisent eux-mêmes l'enjeu en disant "on doit chercher les infos par nous-mêmes", "il y a l'ONE qui nous dit un truc, mon médecin me dit un deuxième truc, ma sage-femme un troisième, je ne sais plus à quelle fréquence je dois faire les choses, qui, que, quoi".

Maintenant, les **pistes d'action concrètes** pour y répondre sont diverses.

La première chose, que la Ligue des familles défend depuis longtemps – on milite activement pour ça – c'est évidemment allonger les congés de naissance. En priorité, le congé de paternité et de naissance du/de la coparent·e, parce que sinon la mère se retrouve seule après quelques semaines à peine, à devoir s'occuper d'un bébé et de soi-même. Nous militons aussi beaucoup pour le rendre en partie obligatoire. Je viens de terminer tout un travail qu'on va bientôt sortir, qui montre que, dans tous les pays qu'on encense pour leur politique parentale, notamment les pays du Nord, ils font eux-mêmes le constat que la seule et unique chose qui fait changer les mentalités et qui fait en sorte que les pères s'impliquent, c'est qu'il y ait un quota obligatoire de congé. Sinon, les pères, quand on parle de couple hétéro en tout cas, restent dans l'inconscient collectif et le leur aussi, ceux qui doivent fournir, c'est les « *breadwinners* », ceux qui apportent le revenu, et les mères restent les « *caregivers* », celles qui donnent le soin. Et, tant qu'il n'y a pas de quota, ça ne bouge pas. Enfin, en général, les politiques ne sont pas favorables parce qu'ils disent qu'il ne faut pas obliger les gens, surtout aujourd'hui, on est dans des politiques très libérales. Et donc, il ne faut surtout pas obliger les gens à faire quelque chose. Si on veut, à un moment, changer les choses, il faudra bien passer par là. C'est comme les quotas dans les CA. Je ne sais pas si vous avez vu, l'Institut pour l'Égalité des sexes et des femmes vient de sortir des chiffres comme quoi les quotas pour avoir des femmes dans les conseils d'administration sont efficaces. Ils ont étudié ça maintenant depuis la mesure. C'est la même chose pour les congés de naissance.

La deuxième chose, ce serait de mieux former les professionnel·les sur les spécificités du post-partum, de mettre en place un suivi global et multidisciplinaire. On en a parlé, donc, un suivi global, prénatal et postnatal, qui implique aussi un suivi santé mentale. On remarque qu'il y a quand même énormément de professionnel·les de la santé qui sont en contact avec des femmes enceintes ou potentiellement bientôt en post-partum, il n'y a pas que les gynécos, les sage-femmes, il y a plein de professionnel·les. Et on trouve que n'importe quel·le professionnel·le de la santé devrait être sensibilisé·e, même si on sait que c'est difficile de former tout le monde vu les emplois du temps.

Le suivi à domicile, donc la *kraamzorg*, qu'on aimerait vraiment bien généraliser à toute la Belgique.

Et alors, systématiser le dépistage de la dépression post-partum. On a beaucoup parlé aujourd'hui de 20%. Je peux vous donner un chiffre qui vient de sortir, j'étais lundi au Parlement européen, il y a un collectif qui s'appelle Make Mothers Matter, un collectif européen, qui vient de faire un truc qu'il appelle "l'état de la maternité en Europe". Ils ont fait une enquête sur 10 000 mères dans l'Union Européenne, sur 12 pays, et la Belgique, on est championne du taux de dépression post-partum et du burn-out parental chez les mères. On est le premier pays sur les 12 étudiés. C'est du déclaratif, mais il y a quand même 900 répondantes en Belgique, je crois. Et donc, il monte à 27% le taux de dépression post-partum.

Et la dernière chose, c'est sur le modèle suédois, c'est de mettre les parents en réseau. Parce qu'on aura beau avoir les soignant·es les mieux formé·es du monde, le partage d'expérience, c'est quelque chose de capital. On se disait qu'il existait déjà des locaux ONE dans à peu près toutes les localités-régions, et que ça pourrait aussi être une piste pour créer ce genre de centres parentaux.

Je vais terminer juste par vous dire que le congé de maternité, on a l'impression que c'est un droit qui est acquis, qui est inattaquable, qui ne va pas disparaître. Or, c'est un droit qui est vraiment attaqué non-stop, et de plus en plus, aujourd'hui.

Les choses ont-elles évolué depuis notre étude de 2022 ? Non ! À part quelques remboursements sage-femme, il y a des codes INAMI qui ont évolué pour les sages-femmes, avec des soins mieux remboursés. Il y a ce projet 1000 jours, mais avec toutes les limites qu'il peut avoir, comme Mme Belhomme l'a dit tout à l'heure.

Voici trois exemples très concrets au niveau politique :

Il n'y a pas moins d'une semaine, j'ai rédigé un avis pour la Chambre, parce que l'Open VLD – qui n'est pas dans la majorité, donc ça ne passera probablement pas – voudrait instaurer la possibilité pour les mères de céder une partie de leur repos de maternité à leurs conjoints ou conjointes. Donc, on s'est quand même concertées avec toutes les associations qui ont été consultées, on est évidemment unanimes pour avoir remis un avis négatif sur la question. Les entités consultées sont : le Délégué Général aux droits de l'enfant, l'Institut pour l'Égalité des femmes et des hommes Soralia, Vie Féminine, etc. Le MR a déposé exactement la même proposition il y a trois ans, pour information. C'est des propositions qui ressortent très régulièrement, pour permettre aux femmes d'aller retravailler plus vite, plus tôt, et de renourrir notre beau système, notre belle machine capitaliste, avant la fin du congé de maternité, avant les quinze semaines.

Alors, vous l'avez peut-être entendu dans la presse aussi, il y a une semaine ou deux, Jan Jambon, ministre des Pensions, avait tenté, ni vu ni connu, de faire en sorte que le congé de maternité ne soit plus une période assimilable, quand on comptabilise votre pension, pour les carrières à longue durée, les carrières de longue durée uniquement, mais quand même. Donc, là, il y a Gezinsbond, qui est notre

équivalent néerlandophone, et Vrouwenraad, le conseil des femmes néerlandophones, qui sont montés au créneau, et donc ils ont rétro-pédalé, parce que quand même, c'était un tollé, mais ils ont essayé.

Et, la Ligue des Familles va sortir dans les semaines qui viennent, une étude sur les congés familiaux, le système de congés, donc on parle des congés de naissance, mais aussi des congés parentaux. Parce que l'accord Arizona de début janvier, de début 2025, stipule que les congés parentaux vont être réformés, que ça va devenir ce qu'il appelle un crédit familial, qui ne sera non plus un droit individuel des parents, mais qui sera lié aux enfants. Chaque enfant aura une espèce de, iels appellent ça "le sac à dos", dans lequel les parents devront piocher leurs congés. Alors, il y a un flou total autour de ce "sac à dos", de ce qu'il y aura dedans, combien ça sera rémunéré, que vont faire les parents séparés. Donc, nous, on a fait une analyse qu'on va sortir très bientôt pour anticiper les mesures. Ce n'est pas sûr qu'iels vont s'y atteler tout de suite, mais c'est quand même déjà dans l'accord. Il faut être très vigilant-e par rapport à ça.

Vous voyez que rien n'est acquis. Le postpartum, c'est vraiment une période qui nécessite pour les parents d'avoir du temps, d'avoir des ressources à disposition, qu'elles soient financières ou autres. Et donc, il est important aussi de rester vigilant-e aux politiques qui vont attaquer ce droit.

Faut-il continuer à être vigilant-e et ne jamais baisser la garde ? Oui !

Et, dernière chose, une petite contribution de la Ligue des familles aussi à la visibilisation du postpartum, c'est une expo que certain-es d'entre vous ont peut-être déjà vue, qui est passée à Liège récemment et qui va être bientôt, à partir du 1er octobre à Chimay et qui sera ensuite en mars à Charleroi, en avril à Namur et en octobre donc 2026 à Herstal. Moi, je l'ai vue, j'ai été bouleversée par cette expo parce que je trouve que la Ligue des familles, nos collègues qui se sont occupé-es de ça, ont réussi à concilier l'intime et le politique, le fameux slogan féministe. C'est vraiment basé sur des témoignages hyper intimes de parents, il y a des photos aussi, vous verrez, magnifiques de mères en postpartum. C'est très dans le partage d'expériences dont on parlait et en même temps, ça parle de tous les enjeux collectifs, sociétaux et la scénographie est très chouette. Je vous encourage vraiment, si vous en avez la possibilité, à y aller, puisqu'elle passera dans pas mal de villes, en Wallonie et à Bruxelles.

Questions / Réponses

Remarque de la salle : Ma question est pour Mme Cocq, merci pour cet exposé hyper intéressant et dynamique. Il y a une chose qui me questionne à la suite de ce matin, c'est cette prolongation du congé de maternité jusqu'à 21 semaines. Je rejoins un peu les dires de Renée ce matin, j'adore mon travail, et je n'avais pas super envie de passer six mois avec mes bébés, même si je les aime beaucoup. Pourquoi ne pas ouvrir ça aux coparent-es, c'est-à-dire que, pourquoi est-ce que les familles ne pourraient pas décider de qui reste auprès de l'enfant, ce qui, à mon sens, serait une évolution sociétale. Parce qu'on ne se leurre pas, bien sûr que la plupart des choix des couples sera probablement que ce soit la maman qui reste, mais ne fût-ce qu'ouvrir la question, je trouve que ça déplace le centre de gravité de la réflexion.

Céline Cocq : La première chose, c'est que la Ligue des Familles, avant de plaider pour l'allongement à 21 semaines, on plaide pour l'alignement du congé de naissance du/de la coparent-e sur le congé de maternité, c'est notre priorité, donc 15 semaines pour le-a coparent-e. Parce qu'effectivement, si c'est

pour avoir des semaines en plus mais être quand même toute seule à la maison, on ne voit pas trop l'intérêt.

La deuxième chose, comme je l'ai dit, c'est qu'il y ait une partie obligatoire, justement pour impliquer le·a coparent·e et que la mère puisse plus facilement aussi reprendre sa vie. Par rapport à la question de laisser aux femmes la possibilité d'aller plus tôt, je peux dire que je me suis retrouvée dans l'intervention de Renée ce matin, parce que je l'ai moi-même verbalisé exactement de la même manière, je suis quelqu'un d'hyper sociable et qui aime être stimulée intellectuellement, sauf que quand on a un bébé, les deux s'arrêtent. Les premiers mois, on ne sort plus et on a le "*areuh areuh*" ce n'est pas très stimulant. Et donc, je me suis aussi demandée si j'aurais aimé retourner plus tôt au travail. C'est compliqué comme question parce que, à la Ligue des familles, on est féministes, on ne veut pas assigner les femmes à la maison, au contraire, néanmoins, quand on se pose la question de : est-ce qu'on peut céder une partie de son congé maternité à son·sa conjoint·e, on est vraiment contre, parce qu'on s'est dit que finalement, les réglementations, c'est fait avant tout pour protéger les plus vulnérables. On a fait un sondage donc on va sortir les résultats très prochainement, les femmes qui aimeraient pouvoir faire ça sont extrêmement minoritaires finalement. En tout cas, notre panel qui est quand même fait par un institut de sondage, c'est représentatif, les femmes qui n'utilisent pas leurs 14 ou 15 semaines de congé maternité, c'est 1,5%.

Remarque de la salle : Mais je me suis mal faite comprendre, le 15 semaines pour moi il est nécessaire. C'est plutôt, le 15-21, est-ce que là on ne peut pas laisser l'opportunité aux familles de choisir lequel des deux parents ?

Céline Cocq : Oui, ça on pourrait, tout à fait. Je voudrais juste terminer, parce que je ne veux pas monopoliser, mais en Espagne, depuis 2021, les deux parents ont 16 semaines, ça vient de passer à 19 cet été. Les deux parents ont 16 semaines, s'ils ne les prennent pas, c'est perdu. C'est 6 semaines obligatoires, après la naissance, et puis iels peuvent se répartir, prendre chacun·e leur tour s'ils veulent, mais iels ont la même chose, et c'est rémunéré 100%. Et donc, iels ont observé qu'en à peine 4 ans, socialement, ça avait fait une évolution dingue dans la société, parce que les pères prennent quasi la majorité des semaines auxquels ils ont droit. Ils ne prennent pas uniquement les 6 semaines obligatoires. Déjà c'est payé à 100%, donc ça change quand même la donne. Mais pour un·e employeuse, maintenant, c'est admis que père ou mère, quand on a un enfant, on n'est pas là, on part pendant quelques mois du travail et puis c'est tout.

Nous on aimerait dans l'idéal 21 semaines pour les deux parents, mais step by step.

Yannick Manigart : J'ai une question pour Delphine Ancel. Alors, tu as déjà donné quelques petits éléments de réponse, mais la différence entre la Wallonie et la Flandre, tu dirais quoi, à part le *Kraamzorg* ?

Delphine Ancel : D'un point de vue économique, on sait qu'il y a des différences quand même, et notamment quand on met Bruxelles. Nous, on fait des enquêtes qui concernent aussi la Flandre. On ne met, des fois, pas les chiffres pour ne pas appuyer sur cet aspect-là, parce qu'on sait que, d'office, il y a des différences économiques. On n'avait pas d'autres éléments que le *Kraamzorg* qui jouait quand même fortement, il nous semblait.

Remarque de la salle : Je suis sage-femme, et je me suis aussi reconnue dans le postpartum de Renée. Quand j'ai repris le boulot, j'étais sage-femme à temps plein, après j'ai pris un congé parental pour être 4/5ème pour pouvoir être près de mes enfants, alors est-ce que l'allongement du congé de maternité ne pourrait pas être un aménagement de temps de travail, une reprise en douceur du travail à mi-temps?

Céline Cocq : J'imagine oui, c'est une des mesures qu'on a mis aussi dans notre mémorandum, une des mesures possibles. Nous, ce qu'on aimerait bien, c'est que le congé soit minimum maintenu à 15 semaines, et qu'on puisse éventuellement reprendre à mi-temps. C'est déjà possible aujourd'hui, mais après les 9 semaines obligatoires. Donc, si tu veux, aujourd'hui tu peux prendre tes 9 semaines obligatoires, et les 2 dernières semaines, par contre, tu peux les fragmenter à mi-temps, un jour par-ci, un jour par-là, c'est possible, mais tu rabotes sur tes semaines complètes. Mais ce serait une piste de conciliation.

Remarque de la salle : Comment est financé le *kraamzorg* en Flandre ?

Céline Cocq : C'est régional, donc c'est la VGC, la communauté flamande, qui a décidé de mettre du budget là-dedans. De manière globale, quand on dit toujours, "il n'y a pas d'argent", en fait, il y a de l'argent, c'est juste de choisir où on le met. C'est des choix politiques. Et donc, peut-être qu'ils avaient eu l'étude dont Laurence Weets a parlé tout à l'heure, qui dit qu'investir dans la périnatalité, au final, ça rapporte ou ça coûte moins, mais c'est vraiment un choix politique de la communauté flamande qui, en effet, est plus riche que les francophones.

Remarque de la salle : Je suis sage-femme, je suis parfois confrontée, au niveau du postpartum, à des papas ou même des mamans qui sont indépendantes et qui ne bénéficient pas des congés ou qui ne les prennent pas pour des raisons de perte de clientèle ou de cycle. Donc, je ne sais pas s'il y a des dédommagements, s'il y a des accompagnements qui sont possibles pour eux.

Céline Cocq : Je vous invite tous et toutes à lire l'étude qu'on sort dans deux semaines, qui va vraiment parler de tout ça. Les indépendantes, pour parler des mères, ont droit à douze semaines. C'est trois semaines de moins que les non-indépendantes, ce qui est complètement absurde, parce que je ne vois pas pourquoi, en tant qu'indépendante, on aurait besoin de moins de temps. Et les pères ont droit aussi à vingt jours, comme les salariés, seulement ils ont une indemnité de leur caisse d'allocations indépendantes, donc INASTI, mais ça s'élève à cent euros par jour. Vous imaginez bien que quand vous êtes indépendant-es, vous avez votre société ou n'importe, c'est très peu. La plupart ne prennent pas tous leurs congés, en effet, parce qu'au niveau financier, c'est très compliqué. La seule bonne nouvelle en tenant cet accord d'Arizona, c'est que, comme c'est un gouvernement libéral qui pousse les indépendant-es, iels voudraient aligner tout le monde, c'est-à-dire, quels que soient les statuts professionnels. Notre grosse crainte, c'est qu'iels alignent vers le bas. C'est ce qu'on ne voudrait pas. Mais iels vont uniformiser et harmoniser, ce qui est logique parce que les contraintes d'un parent sont les mêmes quand on est indépendant-e ou salarié-e.

Remarque de la salle : Merci beaucoup pour l'exposé qui a été super. Un grand problème, et vous l'avez pointé à moitié, c'est le financement. Parce que les congés parentaux existent, mais il y a peu de gens qui en profitent, parce que la plupart des gens ne savent pas prendre leurs congés. Ou alors, ils

prennent un 4-5e et ils font un peu la ceinture, mais il y a beaucoup de familles qui ne sont pas capables de s'offrir les congés parentaux qui existent actuellement. C'est impossible.

Céline Cocq : Tout à fait, c'est rémunéré environ 900 euros plus ou moins. Un peu plus que quand on est monoparental, là, c'est 1500 euros je pense. Mais, c'est complètement insuffisant. Peu de familles peuvent se le permettre. Alors, c'est un dispositif qui est hyper fort employé par les parents. Il y a 38% des congés parentaux qui sont pris par des hommes, c'est de plus en plus. C'est souvent l'homme qui gagne le plus, donc il peut, entre guillemets, moins se permettre, puisque ça fait une plus grosse perte de revenus dans le ménage. Néanmoins, quand on regarde les congés parentaux à temps plein et à mi-temps, c'est 82% et 78% des femmes. Donc, les pères prennent surtout les 1-10e et les 1-5e. C'est aussi une demande qu'on fait à la Ligue des Familles, revaloriser les congés. Et c'est une priorité des parents. Dans le sondage qu'on va sortir, ça revient tout le temps : rémunération, rémunération, rémunération. Et on a posé aussi la question aux parents en ces termes : est-ce que vous seriez prêt-es à ce que les congés parentaux soient plus courts mais mieux rémunérés ? Et la plupart disent oui, parce qu'au moins, on pourrait les prendre. Alors que là, parfois, on ne peut pas les prendre du tout. Donc c'est crucial, c'est sûr.

Rachel Gourdin : Là, on parle de congés de parentalité pour les parents, pour la mère et pour le père. Pour les gens qui sont en situation de précarité, il y en a beaucoup qui travaillent au noir. Et donc, ce sont des femmes, très régulièrement, qui vont arrêter leur allaitement pour pouvoir retourner vite travailler, parce qu'elles n'ont pas le choix. Parfois elles ont d'autres enfants, le loyer à payer, quand il y a la chance d'avoir un loyer à payer, donc, toute une partie de la population plus vulnérable doit retourner extrêmement vite au travail, n'a pas les allocations familiales, n'a pas les primes de naissance, parce qu'il faut être en ordre pour les obtenir. Et donc, c'est aussi visibiliser toutes ces personnes, toutes ces femmes qui retournent très rapidement au travail. Et puis en plus, ce sont des boulots généralement très physiques, c'est les gardes d'enfants, c'est le ménage, pour les messieurs, c'est de la manutention, le bâtiment. Et donc, ces personnes-là aussi existent avec des enfants qu'il faut faire garder un peu à droite, à gauche, de manière très informelle.

Remarque de la salle : C'est pour Mme Gourdin. Vous avez dit que dans vos suivis qui s'arrêtent au moment de la naissance, à peu près, il y a une bonne partie qui partait en Espagne et au Portugal, pourquoi ?

Rachel Gourdin : C'est vrai que pour moi, ça me semble logique. En plus, ça ne va plus vraiment fonctionner très longtemps. On a beaucoup de dames qui sont d'Amérique du Sud et qui, pendant très longtemps, ça a pu fonctionner, font jouer le droit du sol. Vous savez qu'en Belgique, il n'y a pas le droit du sol, le droit du sang, un bébé né de parents étrangers ne peut pas obtenir la nationalité belge si un des deux parents n'est pas belge. Et, il s'avère qu'il y a des accords qui ont existé pendant très longtemps avec l'Espagne. Ça tend à s'effondrer mais toutes nos mamans brésiliennes, par exemple, faisaient ça. C'est-à-dire qu'on faisait un suivi de grossesse à Saint-Pierre jusqu'à ce qu'elles puissent prendre l'avion, donc jusqu'à 34 semaines. On imprimait tout le dossier médical et elles allaient s'installer. Il fallait vraiment qu'elles aient juste une petite fenêtre parce que ça coûte très cher. Il faut s'installer là-bas, payer un loyer, laisser les autres enfants ici à Bruxelles. Avant, c'était très rapide, c'est-à-dire qu'elles accouchaient et en deux semaines, trois semaines, c'était réglé, elles obtenaient les papiers pour l'enfant. Maintenant, c'est plusieurs mois. Donc, elles y réfléchissent plusieurs fois. Ce

n'est pas aussi simple, mais c'est souvent des dames qui sont là depuis des années, avec une situation qui est toujours irrégulière. Et à un moment donné, il faut trouver quelque chose. Donc, elles se disent qu'il y a peut-être un moment où on peut régulariser la situation de l'enfant et après, en revenant en Belgique, faire un regroupement familial avec l'enfant. Voilà pourquoi elles partent.

Remarque de la salle : C'était une question également pour vous, Rachel, sur les femmes en grande précarité, vulnérabilité. Déjà, je voulais souligner la qualité du travail d'Aquarelle qu'on connaît depuis des années, c'est remarquable ce que vous faites. Vous avez parlé de ces femmes issues de la migration et donc sans papiers très souvent. On sait que vous travaillez très bien et que vous avez le soutien de l'Hôpital Saint-Pierre au niveau médical, c'est essentiel. Est-ce que vous travaillez avec l'ONE qui, en théorie, est censée accueillir de manière inconditionnelle et universelle toute personne, papiers ou pas papiers, pour aussi un suivi médical, pour aussi un suivi pré et post-natal. Donc ça, c'est la première chose. Et la deuxième chose, souvent, on est au cumul de beaucoup de discriminations pour ces femmes qui sont en grande précarité. Je voulais vous entendre peut-être sur la question du post-partum et de la violence puisqu'on sait que la grossesse, on sait que la post-grossesse augmente le taux des violences intrafamiliales et alors, justement, comment ces questions de suivi post-partum par les professionnels se fait dans des situations où il y a de la violence ou un risque de violence sur les femmes, voire, et on sait que ça existe, sur les enfants.

Rachel Gourdin : Alors, par rapport à l'ONE, on travaille de manière très rapprochée, on a de très bons rapports. S'il y a des PEP's¹⁷ ici, merci pour votre travail. On travaille beaucoup avec les consultations, il y a l'ONE à Saint-Pierre, qui fait tout un screening. Ensuite, on travaille beaucoup avec les consultations de quartier, il y a des ONE qui font de la consultation postnatale, qui font du suivi de grossesse. Je pense à la chaussée de Gand, par exemple, qui travaille très bien. Et, on voit juste les dames en post-partum à la maison. Et après, elles ont pris le dossier avant et elles récupèrent le dossier après. Sinon, nous, ce qu'on fait, c'est qu'à la fin d'un suivi à domicile, on appelle systématiquement la consultation de quartier pour faire un relais avec la PEP's, être sûr qu'il y a vraiment un suivi. Il faut un maillage autour des dames, il faut qu'elles aient des points d'appui à n'importe quel endroit. Il faut qu'elles se disent "Ok, j'ai ça, c'est là où je peux aller. Ok, c'est ça, c'est là où je dois aller". Il faut qu'elles sachent. "Température, je vais voir le médecin. Je dois faire un vaccin, je vais à l'ONE". C'est la première chose, avoir beaucoup de ressources. L'ONE est un bon appui.

Par rapport aux violences, je ne sais pas si on est les dépiste aussi bien qu'on devrait, parce qu'il y a tellement de traumatismes, tellement de choses. Comme je disais déjà, il y a beaucoup de pères qui ne sont pas là, il y a beaucoup de femmes seules et c'est vrai qu'il y a, en anténatal, beaucoup de femmes qu'on rencontre en consultation, qui disent qu'il y a une espèce de passage à l'acte de violence. Par exemple, ce sont des femmes qui se retrouvent dehors suite à une explosion de violence. Les hommes violents, c'est quelque chose que j'ai appris avec mon travail à Aquarelle, mettent aussi des femmes dehors. Ils leur tapent dessus, puis après, ils les mettent dehors en plus. Et donc, ça arrive très fréquemment qu'on ait des femmes qui soient expulsées de leur propre logement qui n'est pas à leur nom. Là, c'est encore une fois aller au centre d'accueil, trouver une place en samu social, ou alors faire une demande d'asile pour trouver une place en centre fait d'asile. C'est plus rarement en postnatale qu'en anténatale, de ce que je vois en tout cas.

¹⁷ Partenaires Enfants-Parents

4. Vie sexuelle et affective en post-partum

4.1. La contraception en postpartum

Charlotte de Gélas

Gynécologue-obstétricienne, cheffe de clinique adjointe obstétrique, CHU Saint-Pierre

Bonjour, nous allons parler de contraception. J'ai la chance de faire quelque chose d'un peu plus pratico-pratique, les contours sont peut-être un peu moins flous.

Je crois que cette journée vous a probablement convaincu de pourquoi il faut parler de contraception en postpartum. Nous allons voir comment en parler, parler des spécificités médicales du postpartum, notamment l'allaitement et le risque de thrombose. Et, on va passer en revue toutes les contraceptions et leurs spécificités par rapport à cette douce période.

Le postpartum est un moment important, surtout pendant le suivi de grossesse, les patientes vont être en contact avec des professionnel·les de la santé, ce qui n'est parfois pas le cas pour les femmes jeunes en bonne santé. Aussi parce que pour la contraception, l'OMS va préconiser un espace intergénérisque de 24 mois. Un espace intergénérisque c'est entre le moment de l'accouchement et le fait de retomber enceinte. On sait que des grossesses très rapprochées vont augmenter le taux d'accouchement prématuré, les petits poids de naissance, les morts foetales in utéro, les morts néonatales, et ce n'est pas encore dit, en tout cas dans les derniers papiers que je lisais, mais ça ne parle pas de la mortalité maternelle et de la dépression du postpartum, mais je crois qu'il suffirait de rajouter une petite phrase. On sait qu'il y a aussi un grand enjeu par rapport aux grossesses non désirées qui vont suivre un accouchement, qu'une grossesse sur trois qui va survenir dans la vie après une grossesse va faire la demande d'une IVG. Et donc, le post partum étant un moment où on est quand même assez fatigué·e, en convalescence psychique, physique, et centré·e principalement sur les soins de nos bébés, le mieux c'est la période prénatale pour en parler, pour bien baliser les choses. On rejoint le fait d'essayer de tout faire bien avant.

Comment parler de contraception ? C'est un principe général, ce n'est pas que pour le postpartum. Le choix de la contraception, c'est le choix de la patiente après des informations éclairées et personnalisées. C'est important de parler de toutes les méthodes de contraception sans jugement, même si la patiente avait l'habitude d'utiliser une méthode en particulier, elle a le droit de changer évidemment, de parler des méthodes dites féminines comme dites masculines. Comme les spécificités sont surtout liées au corps de la femme, dans les différentes contraceptions qu'on va aborder, je ne vais parler que des contraceptions féminines, mais n'oublions pas les autres. Chaque contraception doit être citée, et il faut amener la balance risque-bénéfice de chacune par rapport à une grossesse forcément. Parler de façon optimale de la spécificité propre de chaque contraception, à savoir les bénéfices non-contraceptifs, les profils de saignement, le coût, l'efficacité, donc évidemment parler de la supériorité des LARC, Long-Acting Reversible Contraception¹⁸, et des risques liés notamment à la thrombose, est-ce que c'est compatible ou pas avec l'allaitement, et de certaines pathologies de la grossesse, est-ce que c'est ok de donner une pilule, etc.

¹⁸ Contraceptifs de longue durée réversibles

Pour faciliter la discussion, on encourage fortement le fait d'utiliser des supports visuels et d'utiliser la langue maternelle. Ce n'est pas toujours évident. Vous connaissez peut-être zanzu.be, qui est écrit en 14 langues. Personnellement, j'utilise souvent moncontraceptif.be.

Quand on parle de contraception, c'est tout un programme. Il faut tenir compte de l'histoire médicale, de la prise de médicaments, de l'histoire sexuelle, culturelle, des préférences personnelles, des croyances, des limitations économiques, rappeler, évidemment, que les seules méthodes qui protègent les IST sont les méthodes barrières. Il faut privilégier la discussion avec la patiente seule, parce qu'à la fois on a envie de vous inclure, les mecs, mais à la fois, ce n'est pas toujours évident de savoir à quel point il existe de la violence, et notamment cette coercition reproductive qui fait que le partenaire peut intervenir dans la décision ou la prise d'une contraception pour une patiente. Et puis, parce que ce serait simple si ce n'était que ça, c'est aussi l'opportunité d'aborder plein d'autres sujets : les violences intrafamiliales, les MGF, le bien-être mental, les problèmes d'ordre sexuel, les comportements à risque sexuel, le support social et financier, la santé globale. Bref, on a besoin de temps et de formation. Dans le parcours d'une grossesse, on va avoir différents contacts avec différentes personnes du secteur périnatalité et donc l'idéal c'est que chacun, chacune du secteur de périnatalité, vous ayez les connaissances suffisantes pour informer toutes ces patientes et les couples globalement.

Quand débutait la contraception en postpartum ? Une petite question sur ce sujet : Sans allaitement, à partir de quand peut-on retomber enceinte ? Trois semaines, six semaines, trois mois. Et bien, c'est très variable mais le temps le plus court qu'on a pu observer, c'est entre 25 et 27 jours en postpartum. On conseille donc globalement de débiter la contraception à partir de 21 jours postpartum.

Le besoin rapide après l'accouchement d'une contraception est souvent sous-estimé. 65 à 90% des femmes reviennent à la consultation du postpartum seulement, on aurait peut-être dû dire le chiffre à l'envers, et environ la moitié des couples ont repris les rapports sexuels à six semaines postpartum. Probablement, pas toujours de manière très consentie. Alors, la contraception, au plus tôt, au mieux.

Je vais vous parler des **maladies thrombo-emboliques**, de l'allaitement et de quelques pathologies gravidiques.

- **Les thromboses et les embolies**

Juste un petit rappel de ce que c'est au cas où : la formation d'un caillot de sang dans un vaisseau sanguin, c'est ce qu'on va appeler un thrombus, donc une thrombose. Ça va bloquer partiellement ou totalement la circulation sanguine, ça peut être partout dans la circulation. Les plus courants sont au niveau des membres inférieurs, les veines du membre inférieur, et à ce moment-là, parfois un petit bout de ce caillot peut repartir dans la circulation et aller "s'emboliser", notamment sur le trajet dans les poumons. C'est ce qu'on appelle l'embolie pulmonaire. Un autre qui peut arriver aussi, c'est les AVC cérébraux ischémiques, où il y a un petit caillot qui va boucher une veine du cerveau.

Alors, pour parler de quelle contraception est à risque de thrombose, on utilise toujours une classification, qui est adoptée par toutes les sociétés scientifiques. C'est souvent basé sur le risque de thrombose principalement :

- catégorie 1, quand il n'y a aucune restriction de cette contraception par rapport à une situation,

- catégorie 2, quand il y a certaines restrictions, mais que globalement les bénéfices dépassent encore largement les risques,
- catégorie 3, c'est autorisé, mais les risques commencent à dépasser les bénéfices,
- catégorie 4, c'est un risque qui est considéré comme inacceptable.

Je vais vous faire part des **recommandations** de l'Angleterre, de l'OMS et des États-Unis. En Belgique et en France, on suit aussi ces recommandations-là. Et ils ne sont pas tous d'accord sur tout, mais je vais essayer d'expliquer et d'être la plus claire possible.

Durant le post-partum, il y a clairement un risque de thrombo-embolie, parce qu'au niveau hormonal, il y a un climat prothrombogène. Déjà pendant la grossesse, il y a une augmentation des facteurs de coagulation, une baisse de la protéine S et des inhibitions de la fibrinolyse, donc le fait d'aller casser ces petits caillots. On sait aussi que ce climat prothrombogène est favorisé par la contraception hormonale œstrogénoprogestative, ou dites combinée, ou CHC. Elles augmentent aussi plein de facteurs coagulants.

C'est très important de parler de risque relatif et de risque absolu. C'est quoi la différence ? Le risque relatif, c'est quand on dit c'est 4 fois plus, et le risque absolu c'est quand on donne les chiffres, c'est 1 sur 10 000, 1 sur 1 million. Ça donne des chiffres quand même beaucoup plus précis, parce que parfois les risques relatifs sont un peu plus sensationnels. Donc, qu'est ce que ça donne ? L'incidence des maladies thrombo-emboliques veineuses pendant la grossesse, c'est 5 à 10 fois plus élevé que l'incidence de ces maladies chez des femmes appariées du même âge. La grossesse augmente beaucoup plus le risque de thrombose qu'une pilule œstrogénoprogestative. Et en postpartum, c'est encore plus, c'est 10 à 15 fois supérieur à celui observé pendant la grossesse. Et ce risque de thrombose, il est surtout augmenté dans les 72 premières heures, puis ça va encore diminuer un petit peu à 6 semaines, à 3 mois. Et, à priori, à 3 mois, ça revient plus ou moins à la normale.

Une pilule combinée, ça peut augmenter le risque de thrombose entre 3 et 9 fois, ça dépend un petit peu du type d'œstrogène et de progestatif, surtout le type d'œstrogène. Donc globalement, on prend une contraception pour éviter une grossesse, et une grossesse est plus risquée au niveau thrombo-embolique qu'une contraception. C'est vrai que les hormones ne sont pas très à la mode.

Quelles sont les recommandations en postpartum pour la contraception hormonale combinée ? Il ne paraît pas raisonnable de prescrire ce type de contraception en postpartum, pas avant 6 semaines, ça tout le monde est d'accord, c'est ce que vous pouvez retenir. Et puis, il y en a des plus téméraires, l'Angleterre et les États-Unis, qui déclarent qu'on peut éventuellement, après 3 semaines postpartum, s'il n'y a zéro facteur de risque – le facteur de risque étant un accouchement par césarienne, immobilité, la transfusion à l'accouchement, BMI supérieur à 30, hémorragie de la délivrance, le tabac, la pré-éclampsie, qui est donc une maladie liée à la grossesse où on a de l'hypertension et il y a protéines dans les urines. Par contre, pour la contraception uniquement progestative, comme c'est globalement l'œstrogène qui est responsable du risque, il n'y a pas de risque de thrombose lié à ça, et donc on peut commencer directement. Et ça, ils sont aussi plutôt tous d'accord.

● **L'allaitement maternel**

C'est la chute de progestérone en postpartum qui va initier la production de bébés, et il y a eu des études qui essaient de savoir si l'apport d'hormones exogènes pourrait avoir un impact sur la lactogénèse. La majorité des études montrent qu'il n'y a aucune influence sur la lactation ou sur la

croissance du bébé. Pour la contraception progestative, il y a un peu plus d'études, mais aussi les quelques études qu'il y a sont plutôt rassurantes par rapport aux oestrogènes progestatifs.

Cependant, par principe de précaution et parce qu'il y a encore beaucoup de personnes spécialisées dans l'allaitement qui ont l'impression que ça diminue encore la lactation, il y a encore un principe de grande prudence. Par ailleurs, l'OMS et les autres disent des choses très différentes. L'OMS va conseiller d'éviter les contraceptions oestrogénoprogestatives avant les 6 mois postpartum, et les autres disent qu'il n'y a pas vraiment de restrictions, et donc pour la contraception combinée, on pourrait commencer 6 semaines ou à 3 semaines en fonction du profil à risque de thrombose.

Pourquoi cette grande différence ? C'est simple, l'OMS donne des recommandations pour le monde entier, et parfois on oublie chez nous que dans certains pays, ne pas allaiter son bébé, c'est l'exposer à de l'eau non potable qui augmente hyper fort la mortalité infantile avec des pathologies infectieuses, pulmonaires, des diarrhées, etc. Donc là-bas, ne pas allaiter son bébé au moins les 6 premiers mois avant la diversification alimentaire a, évidemment, un enjeu complètement différent de ce qu'on peut connaître chez nous.

La majorité du temps, on va aussi trouver un compromis tout à fait ok pour les patientes, pour éviter la contraception hormonale combinée pendant un allaitement des 6 premiers mois. Toujours lié, évidemment, à une discussion avec la patiente des avantages et des risques, de ce qu'elle se sent ok d'essayer comme contraception, et de ce qu'elle se sent ok de prendre comme risque pour son allaitement, même si la majorité du temps, on n'a pas trouvé que ça diminuait.

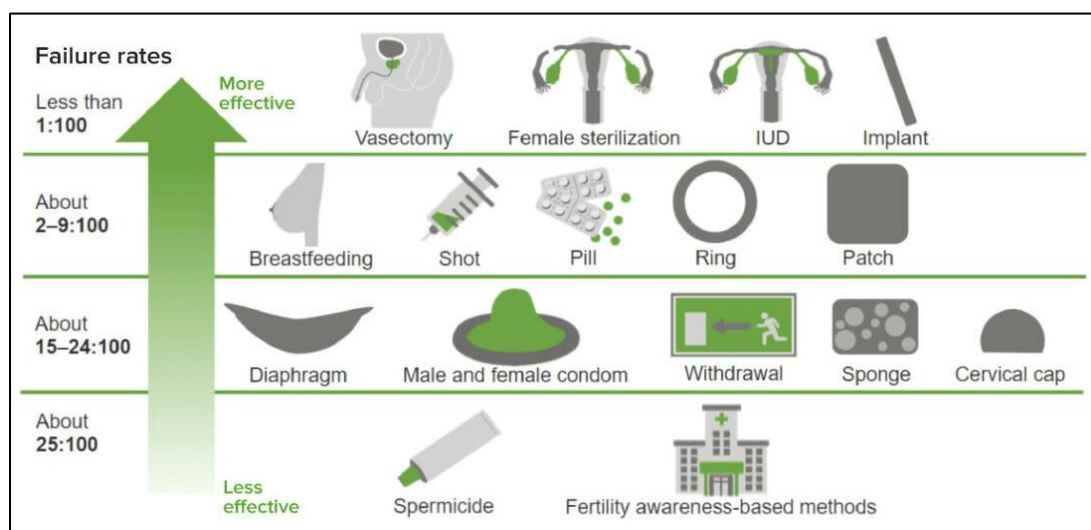
Pour certaines situations un petit peu plus précises, où l'enjeu de l'allaitement est différent, comme pour les enfants prématurés, en cas de grossesse gémellaire, d'antécédents, d'insuffisance de lactation, de projets de tir allaitement, ce projet ambitieux de nourrir son enfant avec son propre lait, mais uniquement en tirant avec un tire-lait, comme ça stimule moins bien la lactation, pourrait encore augmenter le taux d'insuffisance de lactation. Pour toutes ces situations un peu plus spécifiques, il n'y a pas d'étude, donc, principe de précaution.

Pour les patientes qui ont des histoires d'hypertension pendant la grossesse, de cholestase gravidique ou de diabète gestationnel, a priori, il n'y a rien qui est contre-indiqué, même la contraception hormonale combinée n'est pas contre-indiquée. Évidemment, il faut contrôler que cette hypertension ne persiste pas, et dans ce cas-là, je vous réfère à tout ce que vous savez sur la contraception, sur les contradictions hors postpartum.

Alors, voyons maintenant **les différentes méthodes contraceptives dites féminines** – même si vous avez remarqué qu'il y a la vasectomie dessus.

Je vais les présenter par l'indice de peur le plus élevé vers l'indice de peur le plus faible.

D'abord, je vais vous parler des spécificités des stérilisations féminines en postpartum. Il y a différentes manières de faire, soit on ferme les trompes avec des clips, soit on fait des ligatures avec des fils, soit on retire totalement les trompes. C'est quelque chose qu'on fait de plus en plus, parce qu'on sait que le cancer ovarien, qui reste un cancer assez peu fréquent, mais qui se dépiste très mal et qui est souvent diagnostiqué à des stades où il est parfois encore compliqué de guérir, provient généralement des cellules des trompes. Donc, quitte à ne plus utiliser ces trompes, pourquoi ne pas les enlever, surtout que chirurgicalement, ce n'est pas beaucoup plus compliqué techniquement. C'est pour ça qu'on en parle de plus en plus.



Aussi, on peut agir soit en postpartum immédiat, soit de manière différée. En postpartum immédiat, pendant la césarienne, si la patiente a demandé une ligature des trompes, c'est très facile parce qu'on est déjà dans le ventre, donc on sort le bébé, on referme l'utérus, sinon ça saigne, et puis on va chercher les trompes. Et là, on peut pratiquer soit la ligature, juste couper les trompes, soit la salpingectomie totale qu'on pratique depuis un petit temps. On n'en parle pas beaucoup dans la littérature, mais ça n'augmente pas de manière significative les saignements et le temps opératoire, donc c'est plutôt quelque chose qu'on a l'air de privilégier. Maintenant, il reste à savoir avec le recul, s'il y a vraiment un impact sur la réduction du cancer ovarien.

J'ai trouvé qu'il était plutôt recommandé d'éviter les clips, parce que les trompes peuvent encore être un petit peu démaciées, et donc, peut-être qu'on ne les ferme pas assez, et que ces petits coquins de spermatozoïdes peuvent encore rencontrer un ovule plus tard. C'est plutôt à éviter.

Ensuite, quelque chose qu'on a pratiqué, puis moins pratiqué, et qu'on recommence un petit peu, c'est de faire durant le séjour à la maternité, après un accouchement par le bas, ce qu'on appelle une mini-laparotomie. Parce qu'au J+1, J+2, l'utérus va encore être plutôt à la hauteur de l'ombilic, on le sent d'ailleurs très bien en postpartum, on sent cette petite boule dure qu'est l'utérus, donc on peut faire une incision de quelques centimètres en dessous de l'ombilic, on tombe sur le dôme de l'utérus, on va un peu sur le côté, et on va piocher les trompes. C'est facile, c'est le seul truc chirurgical que je sais faire. C'est plutôt une expérience de ligature des trompes. J'ai retrouvé quand même un papier, sur une expérience d'une équipe aux Etats-Unis, qui pratiquent des salpingectomies totales après voie basse, et elle avait l'air de dire que ce n'était pas très compliqué à faire, qu'il n'y avait pas beaucoup plus de saignements, qu'il n'y avait pas un temps opératoire qui était significativement plus élevé, mais donc on peut se poser la question, est-ce qu'on va vraiment réduire le cancer de l'ovaire? On a peut être besoin d'études, et de plus de recul.

Donc, tout ça a l'air hyper pratique, venons à l'hôpital, prenons la décision, coupons nos trompes, et on est tranquilles. Cependant, un tiers à la moitié des patientes qui demandent une ligature des trompes ne l'obtiennent pas, surtout si elles ont un BMI élevé. Par césarienne, ça ne pose pas tant de problèmes, mais si on ne sent pas l'utérus, en fonction du panicule adipeux au niveau abdominal, c'est compliqué d'aller trouver les trompes, c'est techniquement parfois difficile en fonction du BMI. Si on accouche un week-end, que c'est l'équipe de garde qui est sur place et qu'il n'y a pas d'autre staff, c'est

compliqué d'accéder à la demande des patientes. Et, il y a plus souvent de réussite quand on a un accouchement par césarienne, parce qu'il ne faut pas organiser au J+1, J+2, cette petite intervention. Cependant, on sait que si on reporte cette ligature alors qu'elle a été demandée, presque la moitié des patientes vont obtenir une grossesse non désirée dans l'année, parce que probablement qu'elles ont plein d'autres échecs de contraception. C'est un chiffre qui m'a assez motivée à essayer de remettre la méthode de Madlener à la mode.

Quand on a une patiente qui demande une stérilisation, c'est hyper important de lui reparler des LARC¹⁹, c'est les stérilets et l'implant, enfin le dispositif intra-utérin, on préfère à ce terme de stérilet qui évoque une stérilisation, ce qui n'est pas le cas. Elles sont quasiment toutes aussi efficaces et peuvent avoir des avantages non contraceptifs, donc c'est très important d'en avoir parlé. Si ce n'est pas possible au moment de l'accouchement, alors que la patiente continue à souhaiter une stérilisation, on peut programmer des rendez-vous en laparoscopie à partir de 6 semaines postpartum, où là on peut faire soit les clips, soit couper la trompe, soit retirer la trompe. Techniquement, c'est aussi possible de faire une hystérectomie, mais peu de patientes le demandent évidemment. Sauf que, à 6 semaines postpartum, vous avez compris, il y a souvent plein de trucs à faire. Refaire une chirurgie, même si c'est en un jour, c'est quand même moins efficace que quand on est à la maternité. Donc il est nécessaire d'essayer d'organiser un trajet de soins dans chaque centre, pour essayer de baliser les choses, ça se prépare en anténatale.

Je ne vous ai pas encore parlé du **taux de regret**. Ce taux de regret semble quand même plus important si on a eu recours à cette stérilisation en postpartum, surtout en postpartum immédiat. Ça nécessite un consentement écrit. Les équipes en Grande-Bretagne ont arbitrairement décidé d'un délai de deux semaines. Donc, la patiente doit avoir écrit son consentement deux semaines avant. N'hésitez pas, en tant que personne de planning qui suit des grossesses, éventuellement, de nous adresser à l'hôpital, les patientes, bien avant, pour avoir un avis, avoir des informations. Parce que probablement que si on les rencontre déjà avant dans l'équipe, on aura plus tendance à leur accorder.

Parlons maintenant de l'implant. C'est idéal pour les patientes qu'on risque de ne pas revoir, parce qu'elles peuvent se poser directement à la maternité. Le désavantage, c'est celui que vous connaissez, le profil de saignement incertain. Et toujours aussi cette question de la prise de poids, même si on n'a pas pu mettre ça en évidence dans la littérature. Nous, on les place pour 5 ans, parce qu'il y a de la littérature suffisamment bonne pour dire de faire ça. Par rapport au poids, en tout cas, il y a zéro étude qui montre qu'il faut le retirer avant 3 ans, donc à voir entre 3 et 5 ans pour les BMI supérieurs à 30, et il n'y a quasiment aucune donnée pour les BMI supérieurs à 40.

Ensuite, nous avons :

- les dispositifs intra-utérins en cuivre et à la progestérone

Il y a deux timings possibles. Soit les placer 10 minutes après l'accouchement, ou endéans les 48 heures après l'accouchement. L'avantage, c'est qu'il y a une meilleure adhérence donc les patientes qui voulaient un DIU en post-partum l'auront plus facilement, parce qu'elles ne doivent pas revenir en consultation. On peut éventuellement profiter de l'anesthésie de la péridurale, si elle existe, enfin si elle est placée. Le désavantage, c'est qu'il y a un taux d'expulsion assez important, jusqu'à 40%, surtout

¹⁹ Contraception réversible à action prolongée

après la voie basse. Il peut y avoir aussi un peu plus de malposition, donc ça ne va pas spécialement intervenir sur l'efficacité, mais ça aura plus d'impact sur les douleurs et les saignements, et augmentera les demandes de retrait. Souvent, l'utérus va involuer donc il faut revoir la patiente après pour couper les fils qui sont trop bas. La contre-indication de faire ce placement immédiat, c'est l'infection de la grossesse, la chorioamniotite, ou l'endométrite, après l'hémorragie de la délivrance, et la poche des eaux rompue de manière prolongée, par rapport aux risques d'infection aussi. Au niveau sécurité, le fait de le placer directement est assez identique à un placement différé pour le risque de complication donc il n'y a pas spécialement plus de perforations, d'infections, et de problèmes d'hémorragie. Il existe ce fameux stérilet, pour ne pas citer une marque non plus, *Genefix*, qui pourrait être une solution en postpartum immédiat, vu que le problème, c'est le taux d'expulsion. C'est ce stérilet qui va aller s'implanter au niveau du muscle utérin, et qu'on peut placer par césarienne aussi. Iels en ont fait un, spécifiquement. On n'a pas beaucoup d'expérience par rapport à ça, surtout parce que le frein principal c'est qu'on n'y pense pas assez, le prix du stérilet est plus cher, c'est l'équivalent d'un stérilet au cuivre. Le classique, par voie basse, c'est 159 euros, et pour ceux qu'on peut placer par césarienne, parce que le dispositif est un petit peu plus différent, c'est 159 euros pour celui qui dure 3 ans, et 269 euros pour celui qui coûte 10 ans, même s'il peut avoir des remboursements via la mutuelle. La durée, ça, ce n'est pas lié au postpartum, mais pour rappeler qu'un cuivre 380, on peut le garder 10 à 12 ans. Il y a certaines études qui montrent qu'après 30 ans, on pourrait le garder jusqu'à la ménopause. Le Mirena, après 40 ans, vous pouvez le garder jusqu'à la ménopause.

- la méthode MAMA, méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée

Cette méthode va avoir un indice de Pearl de quasiment 94 ou 95 %, donc plus efficace que les pilules. Elle fait parfois un petit peu peur aux soignant-es, j'ai l'impression, plus aux gynéco qu'aux sages-femmes. Mais il faut bien la connaître, je pense qu'il est important d'en parler aux patientes, parce que les patientes, évidemment, sont au courant de ce qui se passe autour d'elles, mais parfois reçoivent des informations pas tout à fait complètes. Donc, la méthode est efficace si on respecte la fameuse règle des 3-6. Un enfant doit avoir moins de 6 mois, pas de pause de plus de 4 heures la journée et 6 heures la nuit, et minimum 6 tétées par 24 heures, ce qui, pour un allaitement exclusif, est de la bonne blague. On a de la marge. Et, évidemment, il faut toujours être en aménorrhée. Donc, une fois que ces fameuses lochies sont terminées, si on a un saignement qui survient, ça peut être des règles. Et qu'est-ce qui vient avant les règles ? L'ovulation. Donc, forcément, il y a un petit risque de grossesse. Le mécanisme d'action, c'est que la prolactine qui est produite pour la lactogénèse va bloquer l'ovulation. Il faut parfois un petit peu faire attention par rapport au tire-allaitement, comme je vous disais que c'est moins efficace que la succion de l'enfant.

- La contraception hormonale combinée

Vous le savez, l'avantage, c'est un meilleur contrôle des saignements. L'inconvénient, c'est qu'il augmente le risque de thrombose et de risque artériel, comme de l'hypertension, etc, et il faut prendre des précautions par rapport à l'allaitement. Il faut privilégier les deuxième générations par rapport aux troisième et quatrième générations, pour les risques de thrombose. Il y a peut-être moins d'impact au niveau thromboembolique si c'est des oestrogènes naturels, mais ça, on a encore besoin en clinique d'avoir des études qui le montrent. Un petit rappel : le patch et l'anneau, c'est équivalent à une troisième génération. L'anneau, on peut le garder cinq semaines. Le patch, il faut faire attention par rapport au poids de la patiente, parce qu'une petite étude montre qu'il y a peut-être une moindre efficacité à partir de 90 kg.

- la pilule progestative

Je trouve que les termes minipilules et pilules d'allaitement, ce sont toujours des termes qui peuvent porter à confusion. Minipilules, ça donne l'impression que ça fonctionne moins bien, ce qui est faux. Les pilules d'allaitement, ça donne l'impression que le jour où on arrête l'allaitement, il faut arrêter, puis prendre rendez-vous, puis un délai et la contraception se transforme en consultation prénatale, ou de demande d'IVG. Donc là, c'est une pilule en continu. Le souci, c'est le contrôle potentiellement des saignements. Il y a aussi cette fameuse pilule à base de drospirénone, où on peut avoir des règles, 24+4, mais elle est un peu plus chère.

- les progestatifs injectables

Elles sont en intramusculaire ou en sous-cutané, vont agir pendant 3 mois, c'est souvent une méthode "pont" intéressante en postpartum. On en fait pas mal à la maternité, le temps qu'elles réfléchissent, qu'elles aient le temps de revenir en consultation, si elles reviennent. À un moment donné, il y avait un lien avec la dépression du postpartum, mais qui n'a pas été prouvé, voire exclu. Je crois qu'on a compris qu'il y a plein d'autres facteurs de dépression du postpartum qu'une contraception. Il semble y avoir un tout petit peu plus de risques de thrombose, donc la majorité des instances scientifiques disent d'éviter pendant les 72 premières heures, mais ça reste une contraception de type 2. Donc les avantages dépassent les récits.

Les autres méthodes sont

- le préservatif interne et externe, vous pouvez y aller directement
- les méthodes péricœitaines, le diaphragme, pas avant six semaines, on dit, par rapport à l'involution utérine et peut-être au périnée qui est moins musclé et qui pourrait moins correspondre par rapport à la taille, il faut peut-être changer de diaphragme
- les méthodes dites naturelles. Mais prudence avec les cycles, quand ils vont reprendre – déjà on ne sait jamais très bien quand ils vont reprendre, mais souvent ils reprennent avec pas la même régularité qu'en pré-grossesse. Et puis si vous allaitez avec la progestérone et toutes les autres hormones, le sujet de la température est tout à fait faussé, donc c'est pas une méthode qui est recommandée dans le postpartum tant que vous n'avez pas un retour de cycle régulier.
- les contraceptions d'urgence : y pensait à partir de 21 jours postpartum, vous les connaissez, il y a le lévonorgestrel, l'acétate d'ulipristal et le DIU cuivre. Alors j'ai retrouvé plein de choses par rapport à l'allaitement maternel, mais le CRAT²⁰ dit que c'est d'accord pour tout. Il y a surtout un doute par rapport à l'acétate d'ulipristal, j'ai trouvé que parfois il fallait tirer son lait et le jeter pendant une semaine, ou un jour.

Par rapport aux **IVG, médicamenteuses et chirurgicales**, il n'y a pas besoin de suspendre non plus l'allaitement avec la prise de misoprostol et de mifégyne. Par rapport aux anesthésies générales non plus, il n'y a pas de restrictions. On entend encore beaucoup que par principe de précaution en salle d'opération, on ne sait pas trop alors on dit "tire ton lait 48 heures", mais je n'ai rien trouvé sur ça. Donc, on peut proposer de reprendre allaitement dès que la mère est parfaitement réveillée, et en mesure de s'occuper de son enfant, si elles ont envie, j'ai envie de dire.

²⁰ Centre de Référence des Agents Tératogènes

Je voulais encore vous partager un projet qu'on a à la maternité au CHU Saint-Pierre. Clairement, c'est porté par les sages-femmes, moi je fais partie de l'équipe, mais c'est les sages-femmes qui font tout. Tous les jours, pendant deux heures, pour les infos de sortie des patientes, on fait cette séance d'information en groupe, ça fonctionne plutôt bien. On essaye d'intégrer le-la co-parent-e, mais on essaye au jour le jour de faire un groupe un peu cohérent en fonction de la langue. Alors si on a la chance d'avoir notre médiateurice interculturel-le, c'est encore mieux évidemment. Et on aborde deux thèmes : le suivi en ambulatoire, c'est-à-dire qui appeler pour la mère et l'enfant si ça ne va pas, et la contraception. L'idée c'est que le-la soignant-e, la sage-femme qui anime cette session, iel ne dise pas grand chose finalement, mais qu'iel fasse circuler la parole entre les patientes. Les patientes qui participent généralement adorent ça. Elles adorent raconter leur expérience. Il y a parfois des petits numéros qui s'échangent aussi. On parle d'essayer de lutter contre l'isolement. Dommage qu'il n'y ait pas des sessions en groupe qui continuent.

Et je me suis dit que pourquoi pas dans les plannings, je ne sais pas à quel point c'est envisageable, de faire effectivement ces sessions. Je sais qu'il y a des séances infos sur la contraception masculine, mais pourquoi ne pas faire cette même idée pour faire circuler la parole et l'expérience par rapport à la contraception.

Pour conclure, parler de toutes les méthodes sans jugement, ça prend du temps. Où est-ce qu'on trouve ce temps ? Je n'ai pas toute la solution, mais en multipliant les contacts, en en parlant le plus tôt pendant la grossesse, en formant toutes les acteurices périnataux-périnatales, en utilisant la contraception hormonale combinée à priori à partir de 6 semaines par rapport à l'allaitement, maximum 6 mois. Pourquoi ne pas penser davantage aux implants et aux DIU en postpartum immédiat, à la maternité. C'est parce qu'on en a parlé avant, mais il y a des bons dossiers qui circulent entre l'extra-hospitalier et l'hospitalier. Et aussi, revoir les patientes en postpartum. La contraception, ça peut être aussi une bonne excuse, parfois, pour les revoir une deuxième fois, une troisième fois. On parle un peu d'autre chose, mais de toute façon, on n'a pas le temps de tout faire.²¹

²¹ 1. Bigelow CA, Bryant AS. Short interpregnancy intervals: an evidence based guide for clinicians. *Obstet Gynecol Surv* 2015;70:458 464.

2. Lakha F, Glasier A. Unintended pregnancy and use of emergency contraception among a large cohort of women attending for antenatal care or abortion in Scotland. *Lancet* 2006;368:1782 1787.

3. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women : a systematic review Jackson E, Glasier *Obstet Gynecol* . 2011;117(3):

4. Decision Analysis Model of 1 Year Effectiveness of Intended Postplacental Compared With Intended Delayed Postpartum Intrauterine Device Insertion. Sonalkar S, Hunter T, Gurney EP, McAllister A, Schreiber CA *Obstet Gynecol* . 2018;132(5):

5. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. Byrd JE, Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA *J Fam Pract* . 1998;47(4):

6. Lopez LM, Bernholc A, Hubacher D, et al. Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;6:CD003036.

7. Cohen R, Sheeder J, Arango N, et al. Twelve month contraceptive continuation and repeat pregnancy among young mothers choosing postdelivery contraceptive implants or postplacental intrauterine devices . *Contraception* 2016;93:178 183.

8. *Nature and Science* 2019;17(4) <http://www.sciencepub.net/nature> 139 Intra Caesarean Fixation of Frameless Copper IUD (GyneFix CS 300) Mohammed E. Azzam¹ , Dirk Wildemeersch² , Mohammed

H. Mustafa¹ , Eslam M. El Kady¹ ¹ Department of Obstetrics and Gynecology , Faculty of Medicine , Ain Shams University ² Reproductive Health Consultant Intrauterine Devices and Systems Gynecological Outpatient Clinic

4.2. Sexualité postpartum : équilibre, compromis et patience

Sophie Galler

Psychologue, psychothérapeute et sexologue

Bonjour, nous allons parler de sexualité postpartum. “Équilibre, compromis et patience”, je pense que ce sont trois mots auxquels on va devoir penser quand on va rencontrer tous ces couples et ces familles, si on a l'occasion avec eux de parler de sexualité.

La parentalité, tout le monde le sait, on l'a bien vu encore aujourd'hui, c'est un vrai tsunami. J'aime bien le mot tsunami parce que dans le tsunami, il y a quelque chose de l'ordre du calme avant et puis à un moment donné, très rapidement, c'est la vague. Il ne reste plus rien de ce qui était avant.

Je vais essayer d'être concrète et de donner des petites métaphores, des tips pour que vous puissiez les utiliser avec vos patient·es et ne pas être trop psy et vous perdre.

L'image du tsunami, elle parle beaucoup aux patient·es parce qu'ils ont beaucoup de mal au niveau du couple et surtout de la sexualité de se rendre compte à quel point ce qu'on a connu, qui était sécurisant et qui a amené la plupart des cas à un bébé voulu et désiré dans un couple qui s'aime, n'existe pratiquement plus, en tout cas dans l'état. Et ça les désarçonne énormément. Un déséquilibre va arriver très rapidement. C'est ce qu'on appelle en psychologie des fuites. C'est que, si on part sur la logique d'une primipare, elle était fille, elle va devenir mère et cette mutation entre jeune femme, mère est compliquée, mais c'est pareil pour les papas ou le-la coparent·e. La question de l'intimité, elle a dû avoir lieu puisque si on est là aujourd'hui, c'est parce que les gens ont fait l'amour quand même au départ. Et donc, cette intimité qui a existé et qui a donné des petits bébés, elle est très fortement questionnée après. Et pourtant, on se rend compte que les gens ne sont pas seuls. Il y a une diminution de la perte du désir sexuel chez l'un·e des partenaires ou souvent les deux, une difficulté au niveau de l'excitation sexuelle ou de l'atteinte de l'orgasme. Je ne vais pas faire trop long au niveau de la sexualité normale, mais l'excitation ce n'est pas la même chose que la tête d'orgasme. Le plaisir, c'est la même chose que l'excitation, mais je n'ai pas le temps de tout décortiquer, il y a vraiment des différences. Certaines personnes vont vous expliquer qu'il y a des choses qui marchent quand même, qu'elles ont des ressentis physiques ou qu'elles n'ont pas de problème à la tête d'orgasme mais elles n'ont pas envie. Ou c'est l'inverse, elles ont envie d'un rapprochement sexuel mais il est mécaniquement compliqué, surtout si elles ont des dyspareunies ou n'arrivent pas à avoir du plaisir et atteindre l'orgasme.

9. [https://www.fsrh.org/standards and guidance/documents/contraception after pregnancy guideline january 2017/](https://www.fsrh.org/standards%20and%20guidance/documents/contraception%20after%20pregnancy%20guideline%20january%202017/)

10. Mornar S, Chan L N, Mistretta S, et al. Pharmacokinetics of the etonogestrel contraceptive implant in obese women . Am J Obstet Gynecol 2012;207:110.e1 6.

11. Contraception: Postpartum counseling and methods . Sarita Sonalkar , MD, MPHSheila K Mody , MD, MPH . Uptodate , Sep 2024.

12. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf?sequence=9

13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11315372/pdf/rr7304a1.pdf>

La difficulté liée au plaisir sexuel et à l'excitation sexuelle est l'émergence souvent d'**émotions négatives** par rapport à la sexualité comme la honte, la culpabilité, le dégoût, l'anxiété, la colère. La sexualité à la base, c'est un jeu. On est là pour s'amuser et ça devient compliqué, pénible, angoissant. Il y a des inquiétudes quant au fameux moment de reprise des rapports sexuels et du coup de la contraception. Ces inquiétudes sont présentes chez les deux partenaires :

- Beaucoup de douleurs physiques et d'impacts liés à l'image corporelle, et aussi, un grand écart de désir évidemment entre les deux partenaires.
- Préoccupation sexuelle commune et préoccupations personnelles différentes. La femme va pouvoir dire "j'ai peur d'avoir mal" et il ne faut pas oublier qu'il y a des messieurs qui nous disent "j'ai peur de lui faire mal". Lui aussi est souvent – parce que je suis quand même positive – orienté vers le bien-être de sa compagne et donc il y a des préoccupations finalement chez les deux. Il ne faut pas être dans le stéréotype que les femmes n'ont pas envie, ont mal et voudraient qu'on leur foute la paix, même si c'est quand même une période dans laquelle c'est ce genre de conditions qu'on a, et que les mecs n'attendent qu'une chose sans préoccupation vis-à-vis des femmes. Je crois que c'est un stéréotype que je ne vois pas ou peu, en tout cas au niveau clinique.
- Vraie détresse par rapport au changement lié à la sexualité. 89% des mères et 82% des pères évoquent au moins un problème sexuel postpartum, ce qui veut dire à peu près tout le monde. 6 mois après, 36% des mères et 46% des pères sont insatisfait-es. C'est un impact possible sur la relation parent-enfant, sur la santé socio-émotionnelle du bébé, sur le développement ultérieur de l'enfant. Pourquoi je raconte ça ? Parce qu'on l'avait vu dans l'exposé de la pédopsychiatre, à un moment donné, la sexualité fait partie des piliers du couple. Et quand ça ne va pas bien, le couple ne va pas bien, on a des conflits, ce qu'on appelle des conjugopathies, d'un point de vue psy, qui amènent des anxiétés, des mal-être, de la dépression, et qui vont avoir un impact sur la famille, le bébé et les autres enfants.

En général, il y a :

- une baisse de fréquence du désir pendant la grossesse de l'enfant postpartum, avec un revenu progressif, c'est la bonne nouvelle, ça reviendra, il faut vraiment le dire aux gens. Pour le moment, on n'est pas dans ce moment, mais ça reviendra. Parce que parfois, les femmes et les couples sont dépités en disant, on ne va pas rester comme ça. Non. La plupart du temps, ça revient, mais de façon progressive.
- une absence de relations sexuelles pendant les deux mois entourant la naissance, mais vous voyez que dans l'exposé précédent, il y a quand même beaucoup de grossesses qui arrivent. C'est plutôt une statistique. Dans les deux mois, on va dire qu'il y a une sexualité qui est plus ou moins active.
- une variabilité interpersonnelle. Les gens vont peut-être vous dire, on a repris la sexualité, mais j'ai moins de plaisir, c'est moins fréquent, etc.
- un manque de données sur les papas, et la sexualité postpartum des pères. On n'a aucune donnée non plus sur la sexualité, ce qu'on appelle non coïtale. Moi, je vais l'appeler pénétrative, c'est un peu dommage car ça veut dire que les gens continuent à faire des études en pensant que faire l'amour, c'est pénétrer quelqu'un. On n'a pas beaucoup d'études non plus sur le ressenti sexuel. Ça veut dire qu'il y a des rapports sexuels, mais est-ce qu'ils sont

qualitatifs ? On va être dans les chiffres. Les sexologues vous diront “la fréquence, on s'en fout, est-ce que c'est bien ?” plus que, “combien de fois tu l'as fait?”

- un accent qui est mis presque uniquement sur la fréquence des relations avec pénétration. Vous allez voir que la fréquence et la pénétration postpartum, on n'y est pas trop. Il y a moyen de faire autrement.

À propos de la **sexualité postpartum**, toutes les réactions physiologiques génitales sont ralenties en intensité et en durée jusqu'à environ trois mois. Ça, c'est physiologique. Le corps a été occupé à faire autre chose, il faut que les choses se remettent en place. À partir de sept semaines en moyenne, il y a une sexualité qui redémarre. À six semaines, on n'a qu'un 30 % des femmes qui ont de la dyspareunie et ça diminue à douze semaines – la dyspareunie, c'est les douleurs vaginales. 53 % vont rapporter un problème avec la pénétration et à quatre mois, on a une majorité des femmes qui rapportent de l'inconfort physique, une insatisfaction au niveau de leur apparence et de leur fatigue. Et, la bonne nouvelle, l'orgasme est inchangé, voire amélioré. Il y a de l'espoir qu'après, ce soit peut-être mieux.

Il y a des séquelles, évidemment, de l'accouchement. On sait qu'il n'y a pas de lien au niveau de la qualité de la vie sexuelle liée au type d'accouchement, par contre, on sait que s'il y a une épisiotomie, le risque de dyspareunie est un peu plus élevé. Au niveau de l'allaitement, les sexologues n'aiment pas la prolactine du tout, parce que la prolactine et le taux d'oestrogènes qui est bas vont amener une baisse du désir sexuel et de la sécheresse vaginale. Il y a moins d'activité sexuelle quand il y a l'allaitement. C'est assez évident, on est tellement occupé sur le pont avec son bébé qu'il y a aussi cette notion de disponibilité au corporel et psychique. Enfin, il y a moins de satisfaction sexuelle associée à la dyspareunie, mais pas au fait d'atteindre l'orgasme.

- L'hypothèse hormonale :

C'est la prolactine. L'autre hypothèse, c'est tout ce que le pédopsychiatre a raconté tout à l'heure : la dépression du postpartum. C'est immense, plus l'anxiété de performance et toutes les maladies mentales préconception. On oublie de le dire, mais il y a des femmes qui ont des problèmes de santé mentale et qui tombent enceintes, leur santé mentale va les suivre. Parfois, on a déjà des gens qui avaient des problèmes de santé mentale et qui doivent en priorité gérer la santé physique et la santé mentale, bien avant de gérer la santé sexuelle. Personne n'est mort de ne pas s'être envoyé en l'air, mais par contre, si vous êtes déprimé-es ou avec des envies suicidaires, il y a des priorités à mettre en place.

Toutes les pathologies psychiatriques, psychologiques postpartum sont à prendre en considération avant de travailler la sexualité. Ça paraît évident, mais il y a beaucoup de femmes qui viennent me consulter en me disant “je n'ai pas repris mes rapports sexuels, j'ai peur que mon mari s'en aille”. C'est la grosse crainte. Elles sont complètement déprimées, voire avec une anxiété maternelle massive, des insomnies, parfois des gros problèmes, au niveau de l'axe hypothalamus surrénalien, des mauvaises bios, je dirais ça comme ça, et complètement épuisées. C'est important quand vous allez les rencontrer, d'évaluer le timing de la sexualité : c'est quoi la priorité ?

- L'hypothèse physiologique :

C'est tous les changements de la grossesse, l'accouchement et le postpartum, la tonicité musculaire de la zone du périnée et du ressenti, les lésions et les séquelles via l'épisiotomie, le vécu corporel et symbolique qui est complètement chamboulé. C'est-à-dire que vous allez utiliser votre corps d'une certaine manière pour concevoir le bébé et vous allez, en tant que maman, être dans toute autre chose avec le même corps. Et puis on vous demande parfois, dans le même moment psychique, de passer d'un corps qui maternel, qui allaite, qui soutient à un corps qui va être dans la sexualité, le lâcher prise. Dans la même journée, c'est compliqué. Et ça il faut pouvoir bien leur expliquer qu'effectivement elles se sentent parfois vides. Vous connaissez peut-être cette sensation du ventre vide quand on vient d'accoucher, elles ne se sentent pas à l'aise, on sait bien qu'on n'aime pas super bien notre corps quand on vient d'accoucher. Au niveau du sexe, de la vulve, parfois on ne se sent pas aussi à l'aise, de se montrer devant son partenaire. Et donc, ces modifications corporelles ont un réel impact dans le fait de se lâcher, de se déposer et de se détendre dans un rapport sexuel. Et évidemment on en parle énormément, mais c'est très important en dehors même des problèmes postpartum, la fatigue aide quand même à des motifs de consultations sexuelles. Les gens sont crevés. Et c'est vrai, je l'ai appris au cours, mais mon prof a dit "Dormez, vous ferez l'amour après". Et, je pense qu'il faut pouvoir récupérer aussi une certaine forme, et ne pas en plus rajouter cette charge sexuelle.

- L'hypothèse des rôles sociaux :

On va être un peu plus psy, c'est qu'au niveau de parfois certaines patientes, vous avez la bonne et la mauvaise mère, dans la tradition occidentale les rôles féminins et la sexualité. Il y a quelque chose encore qui est fréquent, c'est que les femmes ont une sexualité active : vous êtes une jeune femme, vous rencontrez votre compagnon, votre compagne, là, ce n'est pas un problème d'avoir une sexualité. Et puis, dès lors que vous devenez mère, ça devient un problème, comme si être mère ne va pas avec le fait d'avoir une vie sexuelle, comme si il y avait quelque chose comme "la sainte vierge" dans la tête des gens, comme des femmes qui me disent "Non mais moi je faisais ça avant, maintenant que je suis mère, je ne peux pas me retrouver à faire un truc pareil, ça ne va pas du tout". Ce n'est pas rare que d'être mère et d'être une femme sexuée active, créative même parfois, ça ne va pas ensemble dans la tête des patientes. J'ai beaucoup de patientes qui parlent quand même de honte, de culpabilité, etc. Le changement de statut de devenir mère.

Et la multiplication des rôles, cet épuisement émotionnel et l'anxiété de performance, là on peut rajouter aussi la charge mentale. L'anxiété de performance, c'est à cause des réseaux sociaux qui nous disent et qui vous montrent que la nana vient à coucher, elle a mis un jean taille 36 et elle va à Bali avec son mari et ses enfants, et qu'en plus ils ont l'air d'être super amoureuxse. Il y a des études qui montrent vraiment que de regarder les réseaux sociaux sur certains thèmes, vous rend dépressif-ve. J'ai l'exemple d'une dame médecin qui avait deux enfants, qui était en temps plein, une anesthésiste, débordée, fatiguée, une bio catastrophique au niveau de l'hypophyse, des hormones, elle était complètement épuisée. Elle me dit qu'elle se sent super mal parce qu'elle pense qu'elle n'est pas une bonne maman, parce que pour le baptême de son bébé d'un an, elle n'a pas fait de piñata. Je dis "pourquoi faire ?". Parce que sur Pinterest et sur je ne sais pas quel autre réseau, les fêtes babyshower et autres, ça a l'air d'être des mariages. Et comme elle est crevée et qu'elle travaille à temps plein et qu'elle fait les gardes avec ses deux enfants, elle a fait une tarte au riz. Et elle se sentait très mal. C'est vrai que ça vous fait sourire, ça me fait sourire, mais au moment où cette dame me raconte ça, il y a une vraie détresse, c'était un décalage par rapport à ce qui est censé être fait. La phrase des gens c'est "pourquoi les autres, ils y arrivent ?". "Mais moi, je ne sais pas s'ils y arrivent". "Oui, mais j'ai vu sur les réseaux, mes copines...". Vos copines, elles ne vous ont pas dit. C'est tout. Elles sont aussi au fond de

leur salle de bain en train de pleurer, mais elles ne vous l'ont pas dit. C'est vraiment quelque chose qu'il faut essayer de transmettre aux patientes, c'est que ce qu'elles ont, ce qu'on appelle le postpartum imaginaire, la grossesse imaginaire. Et puis il y a la grossesse réelle. Si vous avez un trop gros gap entre les deux, là vous avez des risques effectivement d'être vraiment mal.

- L'hypothèse de l'homéostasie du couple :

Elle changerait. Vous connaissez tous le principe de l'homéostasie dans une cellule, vous avez une cellule, elle fonctionne, vous changez quoi que ce soit dans la cellule, elle doit se réadapter. C'est un principe de psychologie systémique qui veut dire que chaque fois que vous allez amener un élément extérieur, en l'occurrence ici un enfant, toute la cellule familiale va devoir changer. Et pour les primipares, il faut savoir qu'iels savent faire couple, iels ne savent pas encore faire famille. Comment on va être des parents ? On ne savait pas avant. On a aussi plein d'idées de quels parents on va être. Ça demande beaucoup d'énergie psychique de se demander comment je vais être un bon parent, comment est-ce que je ne vais pas reproduire ce que ma mère a fait, je ne vais surtout pas faire comme mon père. C'est inconscient, mais psychiquement, ça mobilise beaucoup d'énergie.

Et, il y a aussi comment je regarde l'autre qui devient père. On peut être très amoureuse du monsieur, et puis il devient papa, et vous vous dites, mais qu'est-ce qu'il fait ? Il est nul comme papa. Ou inversement, comme mari, bof bof, mais comme père, il est top.

Alors, il y a évidemment du coup toute cette crise de couple et les attentes qui ne vont pas se rencontrer chez les un-es et les autres. Et évidemment, la grossesse est un haut moment de danger pour les femmes en termes de violence conjugale. Ça change trop vite, trop fort, les attentes ne sont plus respectées. Et derrière ça, il y a une immense frustration chez tout le monde.

- L'hypothèse intrapsychique :

Au niveau psychique, pour la maman surtout, quand vous venez d'avoir un bébé, il y a une notion en psychologie qui s'appelle la préoccupation maternelle primaire et on va toutes y passer. C'est que vous allez être obsédée par votre bébé. Obsédée. C'est pour ça que vous arrivez à ne pas dormir quatre jours sans être complètement dans le seau, alors que, hors grossesse, ce n'est pas possible. Il y a tous les hormones, mais surtout vous êtes obsédée par votre bébé, ça permet la survie du bébé. C'est un vieux truc qui date de l'époque des cavernes. Il y a toutes les études autour de l'évolution au niveau du cortex préfrontal qui expliquent comment on peut être aussi vigilante quand on a un bébé. Et ça permet sa survie. Mais ça, c'est aussi lié au fait d'être en fusion avec son bébé, cette fusion qu'on fait souvent en peau à peau, on dort avec son bébé, on est collé tout le temps, etc. Finalement, la maman est comblée de contacts. Il y a beaucoup de femmes quand même qui vont me dire "Attendez, je l'allaiterai 24h, il est collé à moi, je dors avec, je ne peux même pas aller faire pipi, je me lave, je n'ai pas d'espace personnel, il faudrait que le soir, il y ait un autre, un grand poilu qui me colle. Non, je n'en ai pas envie." C'est important de pouvoir leur dire. Je leur dis parfois "Essayez d'expliquer à votre mari que ce n'est pas que vous ne l'aimez plus, que vous n'avez pas envie d'être proche de lui, c'est que vous voulez qu'on ne vous touche pas." Et ça, elles disent "C'est vrai, c'est ça que je n'ai pas envie, qu'on me colle." Parce qu'il y a cet envahissement du bébé qui est absolument indispensable et qui occupe beaucoup la tête de la maman.

Et puis, il y a des craintes aussi, conscientes ou inconscientes, évidemment, de retomber enceinte par rapport à tous ces rapports sexuels, surtout si vous avez eu des grossesses surprises avant. La reprise de la sexualité, parfois, vient réveiller des traumatismes. Il y a des expériences passées pas toujours

positives. Aujourd'hui, avec les podcasts, les réseaux, on en parle partout. J'en ai un avis un peu controversé. C'est super parce qu'on délie un peu les langues sur cette maternité, ce postpartum comme la meilleure période de votre vie et en même temps, il faut faire attention à ce qu'on lit. Il y a des choses dedans qui ne sont pas justes, donc si vous conseillez des choses à vos patient-es, d'abord, vous les écoutez avant et vous les lisez. Je trouve quand même que c'est important de savoir ce qu'on transmet aux gens parce que comme soignant-e, n'oubliez jamais que le transfert est immense. C'est-à-dire que tout ce que vous dites, iels vous écoutent. Mais ça veut dire que si vous dites des conneries ou si vous dites des choses qui ne sont pas positives pour elleux, ça peut avoir un effet.

Voyons maintenant les **pistes de réflexion**. L'activité sexuelle pré-grossesse est souvent un prédicteur de son niveau en grossesse en postpartum. Qu'est-ce que ça veut dire ? Si c'était nul avant, ce sera nul après. Il n'y a pas de raison que la grossesse fasse qu'on s'éclate soudainement. Alors, c'est extrêmement important, en sexo en générale, d'évaluer ce qu'il se passait en tout cas à un moment donné, avant ou après le problème, par rapport au postpartum. Quels étaient les scénarios sexuels que vous aviez ? Comment vous vous y preniez ? Qu'est-ce qui était bien, qu'est-ce qui n'était pas bien ? Si les femmes vous disent "on a eu un enfant, forcément, on a eu notre rapport sexuel, mais ma qualité de vie sexuelle, ma satisfaction sexuelle, elle était à 2 sur 10" et se tracassent, après avoir eu un bébé, que c'est à 2 sur 10, finalement, c'est quelque chose qui existait. Donc, il faudra bien savoir qu'on va devoir repartir d'où on a commencé. Il faut parfois pouvoir rappeler aux gens que ce n'est pas uniquement le postpartum, la grossesse ou autre qui a altéré la qualité de vie sexuelle, ce n'était peut-être pas génial avant. Mais c'est important parce que les gens ne vont pas vous le dire comme ça. Il faut ouvrir le dialogue, discuter avec les gens de leur histoire de vie sexuelle.

Est-ce qu'il y a un intérêt pour les femmes de parler de sexualité ? Mon cabinet est rempli, donc, oui, je peux vous dire que les femmes ont vraiment envie de parler de sexualité. De plus en plus, elles se sentent autorisées à le faire. Je rappelle quand même que le clitoris ne fait partie des manuels de médecine que depuis 2017, ce qui est quand même un peu particulier. Mais ça veut dire que ça évolue et qu'on se pose plus de questions, que les femmes se sentent plus investies dans leur vie sexuelle. Elles subissent un peu moins. Elles cherchent aussi à avoir du plaisir. Il y a 29% qui en ont parlé avec leur médecin dont la moitié de leur initiative. 34% se sentent gênées d'en parler, mais 76% parmi celles qui n'en ont pas parlé pensent qu'il faudrait en parler. Beaucoup se disent qu'il faudrait quand même en parler.



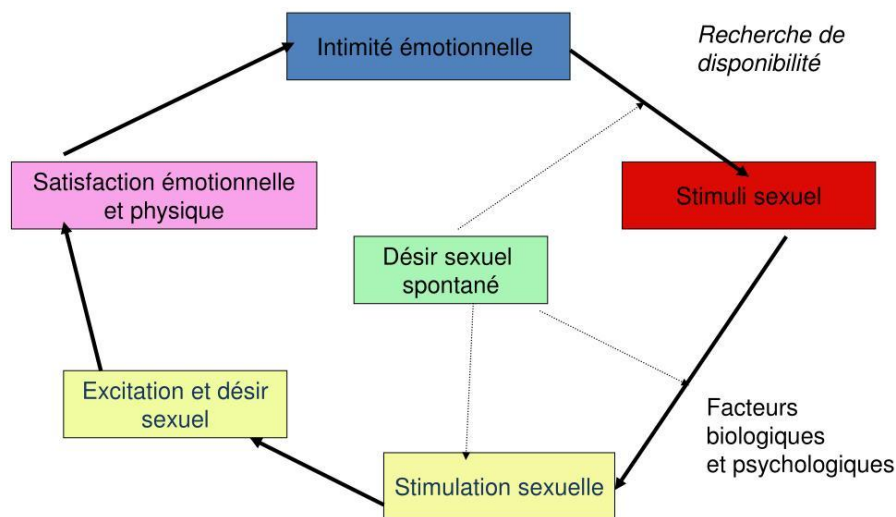
Quelles sont **nos représentations de la sexualité et des rôles de la sexualité pendant la grossesse et le postpartum**?

Ca vaut la peine d'aller creuser nos propres représentations de la sexualité en général, de l'homme et de la femme et de la sexualité postpartum. Nous-mêmes, d'abord, en tant que soignant·es, il faut faire attention de bien communiquer les choses que vous pouvez valider. Les principes de précaution : si on ne sait pas, on se tait, ou on dit "je demanderai à quelqu'un d'autre".

La reprise des rapports sexuellement non coïtaux avant les coïtaux, ça concerne quoi? Ça sera plutôt pénétratif. Un message qui peut être partagé aux patient·es, c'est que la pénétration n'est peut-être pas voulue pour le moment. Quelqu'un·e vous dit qu'il·elle a des douleurs, on fait autre chose. La reprise des rapports pénétratifs peut venir bien après ce que beaucoup de gens oublient, qui sont, les jeux sexuels, la tendresse. Personnellement, je ne dis pas les préliminaires, je n'aime pas ce mot, ça voudrait dire que c'est l'entrée avant le plat de résistance et que le plus important c'est la pénétration. Alors qu'il y a toute l'érotisation du jeu sexuel. On rappelle que tout votre corps est un organe sexuel et le plus gros organe sexuel, c'est votre cerveau. Tout le monde peut imaginer des scénarios pour pouvoir quand même avoir de l'intimité, des rapprochements dans les couples, mais qui ne passent pas uniquement par la logique de la pénétration intravaginale. C'est quelque chose que vous pouvez vraiment balancer à tout le monde parce que beaucoup se sentent libéré·es quand on leur dit qu'ils peuvent faire autre chose. La pénétration, c'est comme si vous alliez dans une ludothèque et que vous ne voulez que jouer à un jeu. Vous vous dites "Non, non, attendez, il y a plein de jeux. Je ne veux que celui-là. Alors s'il n'y a pas ce jeu-là, je ne joue pas." J'amène beaucoup ce sujet pour les hommes, ouvrir le champ des pratiques sexuelles. Parce que s'il y a dyspareunie, vaginisme ou autre, et si chez les hommes, il y a un trouble de l'érection, il y a plein d'autres pratiques. Je travaille aussi en neurologie au CHU, je m'occupe que des mecs et en ce moment, je travaille sur les troubles de l'érection puisque c'est devant des prostatectomies radicales, sans conservation des bandelettes, donc clairement, il n'y aura pas d'érection. C'est parfois des patients très jeunes. Et toute la rééducation sexuelle, qu'elle soit

homme ou femme, c'est de se dire "Ok, peut-être la pénétration va être compliquée, mais ce n'est pas pour ça qu'on n'a plus d'intimité." La sexualité et l'intimité, ce n'est pas la même chose. La tendresse, ce n'est pas la même chose. L'érotisme, ce n'est pas la même chose. Ce sont vraiment des notions qui peuvent vous aider pour discuter et ouvrir le dialogue autour de la sexualité.

Modèle de la réponse sexuelle féminine basé sur l'intimité: nuances sur désir et excitation



Adapted from Basson R. *Obstet Gynecol.* 2001;98:350-353.

La sexualité féminine se construit. Après 30 ans, il y a une meilleure réponse sexuelle, il y a un désir plus génital, plus assumé. La satisfaction sexuelle est plus élevée chez les femmes un peu plus âgées.

Et les hommes, que veulent-ils vraiment ? Que perçoivent-ils de la situation ? Le cliché de "mon mec veut, moi je ne veux pas" et on va se disputer, c'est évidemment quelque chose qui est très courant. Il faut essayer d'ouvrir cette discussion parce que sinon, on va rester sur quelque chose de clivé où le dialogue ne se met plus en place et on va avoir des problèmes de couple. Les mecs vont quand même vous raconter qu'ils ont des séquelles parfois liées à la grossesse, à l'accouchement, aux changements corporels de leur conjointe. Dites-vous bien que, de pouvoir dire à quelqu'un que vous ne désirez plus votre conjointe comme elle est pour le moment, pour certains qui sont des hommes bien, ce n'est pas possible. C'est très compliqué d'aller dire à votre femme, que vous l'aimez beaucoup mais que vous ne la désirez pas. Vous désirez des choses et puis vous n'allez pas vous le provoquer. C'est comme ça. La sexualité post-partum, ça pose problème aussi aux hommes, ce qu'ils vont surtout rapporter, c'est un sentiment d'abandon et d'exclusion, surtout dans le quatrième trimestre de grossesse, jusqu'à la diversification alimentaire. Ça peut être rediscuté dans le couple. Quand les femmes peuvent expliquer que le manque de contact physique n'a rien à voir avec l'amour ni avec le besoin qu'il soit présent et qu'il ne faut pas confondre amour et sexualité non plus. Ça ne veut pas dire qu'il faut forcer la réponse sexuelle, je ne dis pas ça, bien au contraire mais, il faut considérer que chez les hommes, pour ouvrir le dialogue, c'est considérer le besoin affectif qui peut se cacher derrière une demande sexuelle. Vous connaissez peut-être les besoins, dans le langage de l'amour, il y en a un qui s'appelle la tendresse. La majorité des mecs cochent cette case pour se sentir aimé. Ils ont besoin de contact physique. Ça ne veut pas dire forcément des grands rapports sexuels, le grand 8 tout le temps,

mais ne serait-ce que se toucher, toucher la main, s'endormir les pieds l'un contre l'autre, etc. Il ne faut pas imaginer que le mec qui demande des rapprochements sexuels néglige forcément les limites de sa conjointe. Je ne vais pas vous mentir, j'ai déjà vu des couples où je veux juste lui arracher la tête parce que ce n'est pas bienveillant. Mais sachez que c'est souvent des choses qui existaient avant. Ils avaient déjà une sexualité pas tout à fait consentie. Donc, on reproduit la même chose. Là, je pense que la question, ce n'est pas la sexualité, c'est le consentement dans le couple. Je travaillerais plutôt ça que la mécanique sexuelle.

Que peut-on faire ? Je propose plusieurs pistes :

- Éveiller une empathie dyadique dans le couple en essayant de travailler sur ce qu'on appelle les commissions et les émotions. “Pourquoi tu penses ça ? Pourquoi tu ressens ça ?” Ça permet en thérapie couple d'ouvrir le dialogue en disant “qu'est-ce que je ressens?”, plutôt que de rester figé-e chacun-e d'un côté du ravin et personne ne se parle. Et là, vous allez avoir de plus en plus d'écarts et d'incompréhensions dans le couple. Ça peut augmenter le désir, la satisfaction sexuelle, surtout chez les femmes puisque le désir sexuel féminin est réactif. Elle va réagir à des choses, elle va ressentir du désir. Souvent, quand le couple est en bonne entente conjugale, la sexualité est parfois meilleure.

- Développer ce qu'on appelle le sentiment de cohérence dans le couple. Est-ce que d'abord, en tant que parent, iels sont d'accord sur les mêmes choses ? Est-ce qu'il n'y a pas déjà des problèmes de couple liés à la parentalité, la fatigue, la charge mentale. Si évidemment, le-la coparent-e prend sa part d'activité dans la maison, la chasse mentale, la fatigue, vous avez une meilleure cohérence dans le couple.

- Trouver une nouvelle sexualité, car celle qui a existé avant n'est plus et ça peut être compliqué. Mais, à nouveau, ça ne veut pas dire moins bien, parfois c'est mieux. On apprend, on découvre. La sexualité à 30, 35, 40, 45 ans, c'est 10 fois mieux que ce qu'on a vécu quand on était plus jeune parce qu'on a plus pris le temps, parce qu'on se connaît mieux. Il faut faire attention à la violence du timing. On parle des six semaines avec lesquelles on peut reprendre une sexualité, on parle ici d'une sexualité pénétrative. Si après deux semaines, vous avez envie de faire des câlins, vous pouvez. Il faut vraiment essayer d'ouvrir le dialogue par rapport à ça, surtout sur ce dont vous avez envie. Si vous reprenez votre sexualité dans quatre mois, c'est tout à fait ok. Si vous la reprenez à cinq semaines parce que vous êtes ok avec ça, alors oui. Il faut ouvrir le dialogue avec les gens. On peut renforcer d'abord l'intimité avant la sexualité active, c'est très important que le couple réfléchisse ensemble à ça. Les femmes qui consultent pour des choses comme ça, le mec est présent aux consultations parce qu'on va parler de lui, il va devoir être co-thérapeute ou en tout cas, il est impliqué. Ce serait dommage d'avoir une femme qui réfléchit sa sexualité et lui, il attend, parce qu'il est concerné. Souvent, j'invite le-la conjoint-e ou le-la co-parent-e à venir en consultation. Il ne faut pas banaliser le fait que la sexualité postpartum pose problème dans les couples. J'entends beaucoup de soignant-es dire que ce n'est pas important, je suis tout à fait d'accord qu'il y a des priorités, mais si quelqu'un amène que ça lui pose problème, ça lui pose problème. Ce n'est pas à vous de dire si c'est le bon moment, si c'est pertinent ou pas. Je vous rappelle la notion de priorité, d'urgence médicale, avant la sexualité ou médicale, il y a aussi les urgences psychiatriques, il ne faut pas trop attendre avant de consulter un-e co-thérapeute ou un-e sexologue. On se rend compte que vers 40-50 ans, les gens disent que quand on retrace leur difficulté sexuelle, elles ont commencé à ce moment-là. Donc on retrouvera des gens qui ne sont pas en problématique du postpartum, qui ont 40-50 ans et qui viennent avec des difficultés

sexo-fonctionnelles qui ont commencé au moment du postpartum, c'est-à-dire 20 ans avant. Donc ça veut dire que ça fait 20 ans qu'on aurait pu faire quelque chose peut-être pour elleux.

Questions / Réponses

Remarque de la salle : J'ai une question sur l'action à la contraception. Je n'ai pas du tout entendu parler de la question de la douleur, je pense notamment au dispositif intra-utérin, et ça peut être extrêmement douloureux de poser, de retirer, de reposer, de retirer. De mon expérience et de celle de beaucoup de mes amies, tout ça se fait en général en consultation sans anesthésie, sans rien. Or, on sait que ça existe l'action de micro-anesthésie ou je ne sais plus comment on dit, ces endormissements, pour au moins prendre en compte la question de la douleur. Je trouve qu'il y a une prise en charge maintenant de la douleur quand on est hospitalisé sur des tas d'autres choses. Et j'ai l'impression que sur la question de la contraception et dans la gynécologie en général, l'action de la douleur est assez peu évoquée. J'aurais aimé vous entendre là-dessus.

Charlotte De Gélas : Oui, un stérilet ça peut évidemment faire mal. C'est surtout le passage au niveau du col qui fait mal et qui engendre une contraction de l'utérus. On peut faire des anesthésies locales, mais qui finalement sont assez peu efficaces dans notre expérience et dans la littérature par rapport à ces contractions de l'utérus. Ça ne veut pas dire qu'on ne doit pas chercher d'autres solutions, on est d'accord. Pour ma part, je dis toujours que, ça peut ne pas faire mal comme il peut être impossible de continuer l'examen. Donc, je demande toujours à la patiente de me dire stop, il est important que j'aie ce code-là avec elle parce que je vais regarder son non-verbal, mais elle a le droit aussi de faire des grimaces ou des trucs comme ça. Je me suis parfois sentie moins efficace à faire "ça va, je peux continuer, ça va". Mais donc, on s'arrête effectivement quand l'examen est trop douloureux.

Au niveau des solutions, ce n'est pas toujours très facile donc j'ai l'impression que le fait d'expliquer avant aux patientes ça aide beaucoup, faire une échographie pendant aussi, ça peut aider pour retrouver l'axe pour placer le DU et quand on a des difficultés, c'est le MEOPA qui peut aider, c'est le protoxyde d'azote qu'on utilise beaucoup en pédiatrie et en salle d'accouchement. Nous, on n'en a pas spécialement au planning familial, mais ça nous est déjà arrivé de temps en temps, pour les patientes chez qui ce n'est pas possible, d'aller chercher la bouteille en salle d'accouchement. C'est un petit peu un ensemble où j'ai des patientes pour qui ça va aider de faire de la cohérence cardiaque, de mettre de la musique ou d'avoir quelqu'un-e à côté d'elles. Mais effectivement cette question de la douleur est très préoccupante et il est temps de s'en emparer en tant que gynéco. Au niveau des solutions, en tout cas que moi je connais, l'anesthésie locale ne répond pas si bien que ça.

Yannick Manigart : C'est clair qu'il y a des choses à faire. C'est compliqué car on ne sait jamais avant d'avoir essayé. Parfois, ça peut se passer très bien, d'une manière vraiment non douloureuse, même chez des nullipares, des jeunes femmes, même de 15-16 ans qui n'ont jamais accouché. Avant d'essayer, on ne sait pas très bien si les gens vont avoir mal. Et l'anesthésie locale en elle-même est un geste qui n'est pas très confortable, pas très agréable. Je sais qu'il y a des médecins généralistes et des gynécologues qui font des anesthésies locales, parfois en fonction justement, du vécu précédent. Personnellement, je n'en fais quasi pas parce que je trouve qu'en soi, c'est déjà un geste douloureux et que ce n'est pas facile. On demande parfois que les patientes prennent des antidouleurs avant. Je la fais toujours sous échographie, parce que ça limite le temps, quand je vois que ça bloque un peu, que c'est parfois le passage qui est difficile à trouver, le fait d'avoir une écho nous permet de voir le chemin plutôt que d'essayer. Et puis, on peut appeler les collègues, je le fais régulièrement pour

qu'elles viennent faire l'écho si je ne vois pas bien, et avoir quelqu'un-e près de la patiente. Ce que je fais sans difficulté, ce sont des anesthésies générales pour mettre des dispositifs intra-utérins, si les gens viennent demander. On la met sur notre programme, comme on ne fait que des IVG sous anesthésie générale. C'est la particularité, c'est pour ça que les gens viennent chez nous, c'est des gens souvent qui ont des expériences difficiles sous locale, et pour moi il n'y a aucune raison de ne pas le faire.

Charlotte De Gélas : On n'utilise pas la pince de Pozzi systématiquement.

Yannick Manigart : Oui, on essaie de ne pas utiliser des instruments qui peuvent être douloureux. C'est vrai que cette fameuse pince de Pozzi qu'on met sur le col, on peut très souvent s'en passer. Il y a encore des gens qui la mettent systématiquement. J'ai appris il y a 20 ans en lisant un roman que ce n'était pas indispensable. Ça marche souvent sans la mettre et je pense aussi comme disait Charlotte qu'il y a un truc essentiel, c'est la manière dont on accueille les gens. C'est-à-dire le calme qu'on va avoir, le temps qu'on va leur consacrer, le temps qu'on va mettre. Si la patiente rentre et qu'on dit tout de suite "on va mettre le stérilet, tac, speculum". Il faut montrer qu'on a le temps, qu'on est tranquille, que tout va bien. C'est toutes ces petites choses ensemble qui font que parfois les choses se passent plus facilement, mais ça n'empêche pas que ça puisse rester hyper douloureux. J'ai des patientes qui viennent chez nous pour demander cette anesthésie parce qu'elles ne veulent plus vivre ça mais elles veulent un dispositif intra-utérin. C'est une bonne question mais je suis sûr qu'il y aurait moyen de trouver d'autres manières, peut-être certain-es dans la salle ont d'autres choses à partager.

Remarque de la salle : Bonjour, on a parlé à plusieurs reprises du manque de formation autour de tous les sujets qu'on aborde aujourd'hui. Je me demandais si sur le sujet de la vie sexuelle et affective en postpartum, il y a des choses concrètes qui sont mises en place. Je pose la question pas du tout en tant que professionnelle mais plutôt en tant qu'usagère et par pure curiosité, de savoir si aujourd'hui les jeunes gynéco, les jeunes sexologues sont sensibilisé-es à ces sujets-là, ou pas du tout, ou vous n'en savez rien.

Sophie Galler : Des formations sur la sexualité postpartum pure ça n'existe pas, mais sexo-générale oui, sexo-fonctionnelle aussi, ce sont des sujets abordés dans le cursus universitaire des sexologues. Je vous disais aussi, il y a beaucoup de choses qui sont sur les réseaux, des podcasts, des émissions etc où les gens vont raconter leurs ressentis et parfois justement pour les patient-es, c'est bien d'écouter ce que les autres ont vécu, mais avec grande prudence sur ce qui est dit. Ici à Liège, dans mon cours à Liège au campus Barbou et à la HELMo, j'ai demandé qu'on rajoute des heures sur la sexualité postpartum. Je parlais toute l'année de la psychopathologie périnatale et il y a deux sujets qui n'étaient pas au programme: le déni de grossesse et la sexualité postpartum. Le déni de grossesse, ça fait quelques années que j'ai demandé qu'on ajoute une demi-journée de plus à mes heures pour qu'on puisse en discuter, ce qui n'est quand même pas rare du tout. Et la sexualité postpartum, on a rajouté une demi-journée et une journée entière dans la formation pour les conseiller-es en allaitement. C'est ma pratique mais je ne sais pas sur les autres provinces ou Bruxelles ce qui est fait. A Liège, dans les écoles, voilà ce qu'on a essayé de mettre en place.

Yannick Manigart : Il y a un petit temps, on ne nous apprenait pas toutes ces choses, qu'on découvre en travaillant. Ces mythes et ces légendes sur la grossesse et le postpartum, je les ai découvert-es en

travaillant, en discutant avec ces patientes. Maintenant que je vais chercher ça, je me rends compte de l'importance que ça a. C'est dommage qu'on n'en parle pas, qu'on ne nous l'apprenne pas, on est de nouveau dans cette culpabilité de ces patientes qui, sexuellement n'ont plus ce désir, s'en veulent. Il n'y a rien qui va, elles se sentent coupables de tout, tout le temps. C'est un peu la conclusion du postpartum.

Sophie Galler : Je ne pense pas qu'il faut être sexologue pour parler de sexualité. Il ne faut pas non plus s'emballer et se dire *“comme je ne me sens pas légitime de parler de sexualité je ne vais pas l'aborder”* alors que la notion de qualité de vie sexuelle est reconnue par l'OMS, c'est extrêmement important. Tout le monde le fait, personne n'en parle. Il n'y a pas de raison qu'on ne puisse pas l'aborder, mais le frein au niveau des soignant·es est de ne pas être à l'aise. Je pense qu'iels ne sont pas à l'aise avec leur sexualité, pas à l'aise avec le vocabulaire, pas à l'aise avec les réponses potentielles des patient·es, et n'ont pas beaucoup de connaissances. Dans mon service de gynéco il n'y en a pas un seul qui a fait la formation sur la médecine sexuelle, et en Urologie, il y a deux médecins urologues qui ont fait la formation. Je pense qu'au niveau médical, on ne donne pas beaucoup d'intérêt à la formation. Nous devons réfléchir sur pourquoi les soignant·es ne parlent pas de sexualité. Ça, ce sont mes hypothèses, pourquoi on ne le fait pas. Mais, on n'est pas obligé d'aller dans les détails, d'être sexologue, de savoir faire une sexothérapie, pour pouvoir parler de sexualité. Il faut simplement ouvrir le dialogue avec vos patient·es, comme il ne faut pas être psy pour parler de la santé mentale d'une femme qui vient d'accoucher ou de son bébé, simplement être humain·e, attentif·ve, orienté·e sur le patient et de là vous réferez à des gens. Il est très important de travailler avec ce que j'appelle le carnet d'adresse de la périnatalité. Si vous faites de la périnatalité, il vous faut des contacts gynéco, des AS, des sexologues, des conseiller·es en allaitement, des masseuses, des sage-femmes indépendantes, des pédiatres. Il faut vraiment activer tout le réseau périnatal et pouvoir réorienter si il y a dans ce réseau un sexologue ou un psy périnatal. Vos patient·es n'ont pas besoin d'être soigné·es, iels ont besoin de pouvoir déposer chez vous quelque chose que vous allez réorienter. Je fais l'inverse quand j'ai des patient·es que je suspecte dans des fatigues particulières. Je demande parfois au gynéco ou au médecin traitant une bio pour vérifier l'hypophyse surrénale. Parce qu'il y a quelque chose qui n'est pas logique dans votre fatigue. Si la bio revient négative à tout, ok, mais parfois on trouve des éléments dans les bio qui montrent qu'effectivement certaines fatigues ne sont pas tout à fait logiques. C'est la même chose pour la prescription d'antidépresseurs. J'ai de la chance de travailler à l'hôpital de Verviers avec mon binôme psychiatre depuis des années, je détecte, lui dicte. C'est super parce que c'est comme ça que ça peut fonctionner, mais c'est que vous vous sentiez légitime d'aller dans des sphères où vous n'êtes pas forcément l'expert·e. Je ne suis pas psychiatre, je ne prescris pas de médicaments, je connais bien la pharmacie car j'ai travaillé aux urgences. La dernière fois il y a une dame qui me parlait de quelque chose et je lui dis *“vous allez aller aux urgences”*, en fait elle était en prééclampsie. A force d'être dans le réseau, il y a des choses qui vont vous permettre d'avoir l'intuition. Et la sexualité, c'est un domaine où vous avez, pour moi, toute la légitimité.

Yannick Manigart : Personnellement, je parle beaucoup de sexualité à ma consultation. J'ai deux patientes sur trois qui viennent me déposer – parce qu'on a créé un lien, qu'on se connaît depuis longtemps – le fait qu'elles ont leur vie sexuelle et qu'elles n'ont plus aucun désir et plus aucune libido. Et simplement le fait de leur dire qu'elles ne sont pas seules, que c'est dommage et qu'en fait ça peut se travailler, ça peut se soigner, ça les aide. Et souvent je les réfère. En général, c'est aussi provoqué par le fait que la sexualité, chez la plupart des hommes, particulièrement dans certaines cultures ou

certaines lieux, est essentiellement pénétrative. Donc ces femmes sont là et à un moment elles ont un partenaire qui leur monte dessus, et c'est ça leur sexualité. Trouver de l'envie et de la libido de cette manière, ce n'est pas facile. Je parle beaucoup de ça, je les rassure, en leur disant que ce ne sont pas elles les responsables mais que c'est probablement leur partenaire, que si elles pouvaient amener leur partenaire à une discussion sur le sujet peut-être que les choses s'amélioreraient un petit peu, ça c'est la première chose.

Une autre chose qui est très répandue notamment dans certaines communautés, et sur laquelle je dois les rassurer c'est que ne pas faire l'amour, pour les femmes, ce n'est pas mauvais pour leur santé. J'ai appris ça de deux patientes et donc je le dis aux patientes maintenant, et je les rassure. La plupart des patientes dans certaines communautés pensent, parce qu'on leur dit ça et que les hommes favorisent ce message, que ne pas faire l'amour, c'est mauvais pour leur santé, que ça provoque des cancers et autres maladies. Et donc leur dire "il n'y a pas de soucis, c'est votre choix, vous n'avez pas envie, vous ne faites pas." ça les rassure. Je m'occupe des femmes HIV, elles ont souvent arrêté toute vie sexuelle, parce qu'elles ont eu cette expérience difficile et qu'elles ont peur, elles sont traumatisées, mais c'est des choses qui sont répandues. N'hésitez pas à dire aussi que si elles n'ont pas envie de faire l'amour, ça les regarde c'est très bien et que ce n'est pas dangereux pour elles.

Julie Belhomme : Pendant mes études, j'ai eu un cours qui s'appelait Introduction à la reproduction. On avait un film qui montrait deux personnes du troisième âge avoir un rapport sexuel, je n'ai jamais été aussi gênée de ma vie d'être dans l'auditoire à côté de mes copains et de regarder ça. C'était expérimental et intéressant mais c'est tout. Le cours de gynéco-obstétrique n'a jamais abordé la question de la sexualité, et je ne crois pas que ça ait changé avec les années donc c'est quand même un souci. Je fais passer l'examen final de médecine en tant que gynécologue, et je me suis fait un petit challenge : je mets un schéma de la vulve face à chaque étudiant·e en médecine et je leur demande de me montrer l'anus, le vagin, le méat urinaire et le clitoris, et il y en a encore qui se trompe. Maintenant iels savent que Belhomme demande ça donc iels doivent l'étudier. Je me dis que j'en sauve peut-être quelques-un·es de l'ignorance. Je peux vous dire que les personnes qui se trompent ce sont parfois des hommes, mais aussi des femmes, qui m'ont montré leur anus en pensant que c'était leur vagin. Donc oui, il y a un problème d'éducation et de formation, je pense. Je voulais un peu rebondir sur ce que tu dis Yannick, c'est que je suis effarée de la pauvreté de la sexualité des populations qu'on soigne, on soigne les mêmes. Les plaintes sexuelles que nous avons c'est toujours "moi je ne veux pas et ça pose un problème à monsieur". S'approprier sa sexualité et même y éprouver du plaisir et en avoir envie, c'est presque inexistant dans une large proportion des patient·es que je soigne, et là c'est vrai que parfois je suis découragée du travail qu'il y a à faire dans ces cas-là, et je me sens un peu démunie pour les aider.

Sophie Galler : Ça s'appelle le terrorisme sexuel, si on ne fait pas l'amour ça va être la guerre. C'est horrible, c'est très courant. Bien sûr, c'est plus courant dans certains milieux mais ma clinique me montre parfois que c'est tout milieu confondu. Si je me retrouve face à une situation clinique, où je sens qu'on est dans ce genre de situation, la question primordiale ce n'est pas d'abord le plaisir, mais plutôt le travail psychologique sur l'estime de soi, les limites qu'on met sur le corps, le consentement, comment maintenir un couple en place alors que ce sont des situations et des modes de fonctionnement qui existent depuis des années. Ce qu'on appelle parfois des accords tacites. Monsieur n'a jamais dit "si on ne fait pas l'amour tu vas avoir un problème", c'est un accord tacite, ça se sent, c'est encore pire. Donc les femmes trouvent ce qu'on appelle les moyens d'évitement pour ne pas se

retrouver avec monsieur : elles montent plus tôt, quand monsieur monte elles dorment, comme ça il ne va pas la réveiller. Ça, c'est tout milieu socio-économique confondu. Dans cette situation, on est alors dans des consultations où il faut parler plutôt de la qualité de la vie sexuelle et du consentement. Quand j'ai travaillé au CPVS, la lutte du consentement est beaucoup donnée dans les violences sexuelles extra familiales, mais le consentement conjugal n'est pas encore assez un sujet de discussion. Dans ce contexte, vous amenez des questions de société au niveau du couple et là, je crois qu'on n'est pas à l'endroit d'une logique sexuelle, on est dans une logique de couple : mes règles, mon corps, ma vie, mon couple, qu'est-ce qu'on fait à deux. Il y a des hommes qui découvrent la sexualité. Ils ne savaient pas, ils ont appris dans le porno, ou avec des comparaisons entre copains ou autres, ils ne connaissent pas les organes féminins, le clitoris, le plaisir féminin, la lubrification vaginale, ils ne voient pas ce que c'est. Beaucoup sont ignorants, comme des femmes, sur la sexualité de leur femme. Donc ils deviennent parfois maladroits sans vouloir le faire exprès. Parfois, ça se travaille assez facilement en thérapie, quand vous avez quelqu'un en face qui réfléchit et qui a envie d'être bien avec sa conjointe. N'oubliez pas qu'il y a beaucoup de femmes aussi qui ne connaissent pas leur vagin. Un des exercices qui est important est de leur faire regarder leur vulve dans une glace. C'est un exercice insupportable pour elles, il faut y aller doucement, je ne balance pas ça à la première séance sinon elles ne reviendront pas. Mais, elles ne se connaissent pas si bien non plus. Il y a aussi une méconnaissance qui fait que la qualité de vie sexuelle, on ne peut pas y avoir accès parce qu'on ne connaît pas son corps, on ne se connaît pas. Lorsqu'on demande à des femmes leur mémoire érotique, leur scénario érotique, c'est creux, c'est vide. "Qu'est-ce qui vous excite madame ?" Gros blanc, très souvent. Par contre, elles savent ce qu'elles n'aiment pas. En médecine aujourd'hui il n'y a pas énormément de cours de sexualité et je crois que ça devrait changer.

Remarque de la salle : C'est une réflexion mais d'où l'importance des animations Evras en amont. Justement en animation Evras, on informe les jeunes sur l'anatomie, et on fait ça en amont donc avant qu'ils n'entrent dans la sexualité. On parle du consentement et on aborde la sexualité.

Sophie Galler : Je suis à 100% pour Evras, un milliard de pourcents même. Une chose, je trouve, qui pourrait être ajoutée, sur-ajoutée, c'est qu'on puisse présenter la sexualité parfois aux adolescent·es, par la notion du plaisir. On présente souvent la sexualité par la contraception donc le danger, les MST, les IST etc. Ça évolue et c'est super, c'est vraiment un discours qu'on peut tout de suite poser : être dans la sexualité positive. Avoir une chouette sexualité c'est un cadeau, je dis souvent ça aux gens. Je le dis déjà à mon petit garçon de 10 ans qui me pose plein de questions. Il me dit "regarde regarde j'ai une éruption". Déjà, je ne veux pas voir et ça s'appelle une érection et c'est chouette en fait. C'est vraiment aussi des messages à donner, d'avoir ce qu'on appelle la sexualité positive, d'être dans quelque chose de chouette et qu'il n'y a pas toujours une sexualité qui doit être réparée ou à danger via la contraception, au IST, au viol, etc.

Yannick Manigart : C'est vraiment joli. Je te rejoins sur l'ignorance des hommes et je me suis toujours demandé quelle pouvait être une solution. C'est vraiment le facteur pour moi majeur, bien sûr il y a celle des femmes, mais souvent ils ne savent pas comment faire, ils ne savent pas comment s'y prendre. Je sais bien que c'est leur donner des excuses mais ils n'ont même pas vu leur urologue. On sait bien que l'urologue est un chirurgien. Je me dis toujours à part le porno, quelle est la solution, parce que ça ne va pas s'arranger.

Sophie Galler : Les jeunes, les ados, les nouvelles générations aussi doivent être éveillés à la sexualité positive et au corps des femmes. Il y a une chose qu'il faut bien comprendre, c'est que les mecs connaissent bien leur anatomie parce qu'elle est externe. Le petit garçon, depuis qu'il est tout petit voit son sexe et il tire dessus, c'est rigolo et il le comprend. Une petite fille a un sexe interne, elle n'a pas accès à toute cette anatomie. Le périnée, c'est vous les sages femmes qui allez parfois leur en parler pour la première fois dans une préparation à l'accouchement. C'est aussi une donnée. C'est-à-dire que la sexualité féminine est à la base interne et on ne s'y intéresse pas beaucoup alors que les petits garçons y ont accès. Je pense que ça reste quand même sur l'éducation des adolescent-es pour les nouvelles générations, apprendre à éduquer.

Conclusion

Céline Tixier-Thomas, chargée de mission FLCPF

Vous l'aurez compris, le postpartum est une période spécifique de la vie contraceptive, une période à haut risque de grossesse non planifiée qui méritait toute sa place lors de notre colloque annuel. Le postpartum est aussi un moment particulier de la vie reproductive, un moment de vulnérabilité accrue tant sur le plan psychologique que social, et qui mérite donc toute l'attention de notre société et de nos politiques.

Aujourd'hui, pour des raisons historiques, sociologiques et politiques, la quasi-totalité du post-partum se passe loin, très loin des projecteurs, dans la solitude de la famille nucléaire ou de la monoparentalité. Et le tabou qui entoure la maternité, la parentalité, continue de murer des jeunes parents dans le silence, la honte, la souffrance parfois, même lorsque le travail et la vie sociale reprennent. Se battre pour la liberté des personnes à disposer de leur corps et à choisir la vie reproductive qui leur convient implique de lever ces tabous les uns après les autres.

Comme chaque année, je vous invite à compléter les formulaires d'évaluation et les formulaires Inami pour les médecins, qui se trouvent dans vos fardes qu'on vous a distribué en début de journée.

Je voudrais remercier l'équipe de la Cité Miroir pour leur incroyable collaboration et la mise à disposition de leur centre de conférences. Merci aux équipes de Odette Hanlet Traiteur et de l'ASBL l'Acacia. Merci à Yannick, comme chaque année pour ta modération pleine de bonne humeur et de bienveillance et pour tout le travail de collaboration en amont de ce colloque merci mille fois.

Merci à l'équipe de la FLCPF pour leurs précieux conseils, leur soutien, leur aide sans faille. Et merci aussi aux oratrices de la journée pour leurs superbes interventions, leur engagement sur les sujets présentés aujourd'hui et le temps passé à préparer cette journée avec vous.

Chaque année, nous nous réunissons pour parler des "autres", ces femmes et personnes "lointaines" qui fréquentent les centres de planning, en oubliant parfois que ces thématiques nous concernent toutes et tous.

En effet, le post-partum ce ne sont pas uniquement les personnes que vous accompagnez, c'est vous aussi : hier, il y a 10 ans, 20 ans, 40 ans. C'était vous, c'était votre partenaire, votre mère, votre fille ou des ami.es proches.

Il n'est jamais trop tard pour aller consulter : pour parler d'un accouchement difficile voire traumatique, de rapports sexuels compliqués, d'une cicatrice encore douloureuse, d'un périnée qui ne supporte pas le trampoline.

Jamais trop tard non plus pour en parler autour de vous (si vous en avez envie) : témoigner, informer, c'est aider les autres à être un peu mieux préparées, c'est aussi donner de la valeur à vos savoirs et à vos expériences. Et puis en santé reproductive, vous le savez, raconter, partager des bribes d'intime, c'est toujours éminemment politique.

Encore merci à vous toutes et tous et une belle fin de journée.

Indice des orateurices

Renée Greusard est journaliste indépendante et a travaillé pour différentes rédactions et non des moindres : L'Humanité, Les Inrocks, Libération, Arte, France Inter, Canal+, Le Nouvel Obs et encore bien d'autres. Elle a également écrit plusieurs livres dont Enceinte tout est possible, une enquête féministe drôle et décalée qui déconstruit et analyse les légendes multiples sur la grossesse, mais surtout Choisir d'être mère, tout ce qu'on ne vous a pas dit sur la parentalité.

Julie Belhomme, cheffe de la clinique de la femme enceinte au CHU Saint-Pierre. Elle y travaille depuis 23 ans. Elle a toujours été particulièrement sensibilisée aux questions psychosociales et va nous parler des modifications physiologiques du postpartum, mais aussi du vécu invisible des femmes.

Laurence Weets, PHU senior en pédopsychiatrie au HUB donc l'hôpital universitaire de Bruxelles, où elle travaille en périnatalité au sein de l'équipe NATUS. Elle est également maître d'enseignement à l'université.

Delphine Ancel, co-directrice marketing chez Solidaris. Elle travaille particulièrement dans le domaine des enquêtes, que ce soit à usage interne, pour améliorer le service aux affilié-es ou à travers l'institut Solidaris, avec des enquêtes sociétales, telles que les thermomètres Solidaris ou le baromètre annuel « Confiance et bien-être ». Elle collabore étroitement avec ses collègues du pôle étude et politique santé et ceux du secteur associatif sur des projets de recherche et de plaidoyer en santé publique, avec une attention particulière portée aux enjeux de santé mentale et aux inégalités de genre. C'est dans ce cadre qu'elle a contribué à une étude approfondie sur la dépression du postpartum.

Rachel Gourdin à nous rejoindre. Rachel est sage-femme à Aquarelle. Aquarelle est une ASBL liée au CHU Saint-Pierre, qui propose un accompagnement médico-social à des femmes enceintes ou ayant accouché, issues de l'immigration, n'ayant pas de sécurité sociale et vivant dans une grande précarité.

Céline Cocq. Après 15 ans dans le secteur culturel et les médias, Céline entreprend un master en études de genre pour mieux déployer les valeurs d'équité et d'inclusivité au cœur de ses pratiques. En tant que chargée d'études et d'actions politiques à la Ligue des Familles, elle travaille notamment sur la conciliation des temps en rapport avec des matières comme l'emploi, la sécurité sociale et la santé.

Charlotte de Gélas, gynécologue à Saint-Pierre dans la clinique d'obstétrique où elle est référente pour la maternité, lieu où sont donc hospitalisé-es les patient-es après leur accouchement et parfois réhospitalisé-es en cas de complication du postpartum. Elle est également gynécologue au City-planning, elle fait le lien au niveau contraception entre le planning et la maternité, elle va nous parler de la contraception lors de cette période.

Sophie Galler à me rejoindre. Sophie Galler est psychologue clinicienne, psychothérapeute et sexologue, spécialisée dans la santé des femmes et en périnatalité. Elle a travaillé 20 ans au sein des hôpitaux publics, en service des urgences, gynécologie, à la maternité, en néonatalogie. Elle exerce maintenant dans un cabinet privé.

Elle est également professeure de psychopathologie dans des hautes écoles et sur le thème des violences sexuelles à l'ULB. Elle est aussi experte judiciaire et va nous parler de l'impact du postpartum sur la sexualité.



Edité par la FLCPF/CEDIF, Septembre 2026.

Retranscription : Cyriel Warnier

Relecture : Marisa Fella

Editeur responsable : FLCPF Asbl – 34 rue de la Tulipe – 1050 Bruxelles

© FLCPF Asbl. Tous droits de reproduction réservés

© Tous droits de reproduction réservés.

D/2026/12.700/2

Avec le soutien de :



AVIQ

