

Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines
U.F.R des Sciences de la Santé Paris-Iles-de-France-Ouest
Ecoles de Sages-Femmes Jeanne SENTUBERY
Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy/Saint-Germain-en-Laye

Grossesse et accouchement chez les femmes victimes
d'inceste

Mémoire de fin d'études dirigé par Mme Kramer

Réalisé et soutenu par Magali LEFEBVRE, née le 11 septembre 1986

Promotion 2007-2011

Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines
U.F.R des Sciences de la Santé Paris-Iles-de-France-Ouest
Ecoles de Sages-Femmes Jeanne SENTUBERY
Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy/Saint-Germain-en-Laye

Grossesse et accouchement chez les femmes victimes
d'inceste

Mémoire de fin d'études dirigé par Mme Kramer

Réalisé et soutenu par Magali LEFEBVRE, née le 11 septembre 1986

Promotion 2007-2011

« Pour reproduire ce document, veuillez consulter l'auteur ou la directrice de
l'école »

REMERCIEMENTS :

Je remercie ma directrice de mémoire, Mme KRAMER, pour ses conseils lors de la réalisation de mon projet.

Je remercie Najette SELLAMI, guidante de ce mémoire pour son aide et les précieux conseils apportés à l'élaboration de celui ci.

Je tiens également à remercier Mme AUBRY, présidente de l'association AIVI, pour sa collaboration dans ce projet, ainsi que toutes les victimes d'inceste et membres de l'association qui ont participé à cette étude.

Un grand merci à mes amis, qui m'ont soutenu.

Et enfin une pensée toute particulière à ma famille qui m'a soutenu et encouragé.
Merci d'avoir toujours été là pour moi.

SOMMAIRE :

Glossaire.....	10
Résumé.....	11
Abstract.....	12
Première partie : Introduction	13
1. Description de l'inceste.....	13
1.1 Définition	13
1.2 Différents types d'inceste.....	13
1.3 Les chiffres.....	14
1.4 Législation relative à l'inceste.....	14
2. Les conséquences de l'inceste.....	16
2.1 Le syndrome post-traumatique.....	16
2.2 Les troubles du comportement.....	17
3. Inceste et relation de couple, parentalité, grossesse et accouchement.....	18
3.1 Relation de couple.....	18
3.2 Parentalité.....	19
3.3 Grossesse.....	20
3.4 Accouchement.....	21
Deuxième partie : L'étude.....	22
1. Présentation de l'étude.....	22

1.1 Objectifs.....	22
1.2 Matériel et méthode.....	22
2. Résultats.....	24
2.1 Description de la population d'étude.....	24
2.1.1 Questionnaires.....	24
2.1.2 Age des participantes.....	24
2.1.3 Situation familiale.....	24
2.1.4 Enfants.....	25
2.2 La (les) grossesse(s).....	25
2.2.1 Vécu de l'inceste.....	25
2.2.2 Grossesses non abouties.....	26
2.2.3 Découverte de la grossesse.....	26
2.2.4 Grossesses cachées.....	26
2.2.5 Suivi de grossesse.....	26
2.2.6 Troubles du comportement alimentaire.....	27
2.2.7 Conduites addictives.....	27
2.2.8 Mal être.....	28
2.2.9 Vaginisme.....	28
2.3 L'(les) accouchement(s).....	28
2.3.1 Le terme.....	28

2.3.2 Le lieu.....	29
2.3.3 Le mode.....	29
2.3.4 Poids de naissance.....	30
2.4 Le vécu.....	31
2.4.1 La prise en charge.....	31
2.4.2 Le dialogue.....	32
Troisième partie : la discussion.....	36
1. Caractéristiques de la population d'étude.....	36
2. L'accès à la maternité.....	36
3. Le déroulement de(s) la grossesse(s).....	38
3.1 La négation de la grossesse.....	38
3.2 Le mal être pendant la grossesse.....	38
3.3 Les conduites à risques.....	39
4. Le déroulement de l'accouchement.....	42
4.1 La mise en travail.....	42
4.2 Le mode d'accouchement.....	42
5. La satisfaction des femmes.....	44
5.1 Concernant leur prise en charge.....	44
5.2 Concernant l'abord du sujet de l'inceste.....	45
6. Perspectives proposées.....	47

7. Les limites de l'étude.....	49
Conclusion.....	50
Références bibliographiques.....	52
Annexes.....	54
Annexe I : Extrait du code civil.....	54
Annexe II : Cadre juridique de l'inceste.....	56
Annexe III : Questionnaire.....	58

GLOSSAIRE

AIVI : Association Internationale des Victimes d’Inceste

FC : Fausse couche

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MFIU : Mort Fœtale In Utero

VB : Voie Basse

RESUMÉ

L'inceste est défini comme étant des relations sexuelles entre personnes dont le degré de parenté interdit le mariage. Il touche près de 2 millions de personnes en France.

Selon certaines enquêtes récentes menées auprès des personnes victimes, il semblerait que l'inceste ait un impact sur l'état de santé et la vie quotidienne des victimes. Partant de ce constat, nous avons essayé d'étudier les éventuelles répercussions que pourrait avoir l'inceste pendant la période de la grossesse et de l'accouchement. Ainsi nous avons mené une étude descriptive, à l'aide de questionnaires, envoyés par mail, et destinés aux femmes victimes d'inceste, se sentant concernées par l'accès à la parentalité et appartenant à l'Association Internationale des Victimes d'Inceste (AIVI).

Cette étude nous a permis de constater chez ces femmes, des difficultés d'accès à la maternité, des difficultés d'acceptation de la maternité, avec des grossesses pouvant être niées, cachées, mal suivies. On a également pu mettre en évidence un état de mal être pendant la grossesse; des peurs, des doutes, des réticences, des souffrances psychologiques qui les amènent parfois à adopter des comportements à risques comme des troubles du comportement alimentaire, des conduites addictives ou des excès de violence, pouvant mettre en danger leur vie et celle de leur bébé.

Concernant l'accouchement, il s'agit essentiellement de répercussions psychologiques qui donnent lieu à des peurs, des angoisses, des souffrances notamment par rapport à l'accouchement par voie basse.

Au vu des répercussions que l'inceste pourrait avoir pendant ces périodes de la grossesse et de l'accouchement, et en analysant les témoignages de ces femmes victimes, il serait judicieux de pouvoir dépister ces femmes et de mettre en place une prise en charge adaptée. Le dépistage devra être le plus précoce possible et la prise en charge doit correspondre à leurs volontés, leurs attentes, et leurs apporter aide et accompagnement. Mais pour que ce dépistage et cet accompagnement puissent être mis en place, il faudrait que les personnels de santé qui ont en charge ces patientes pendant cette période puissent être sensibilisés, formés et informés sur ce sujet.

ABSTRACT

Incest is defined as sexual relations between people whose family degrees forbid any marriage. It concerns about 2M. people in France.

According to some recent surveys questioning victims, it would seem that incest could have an effect on victims' health and every day life.

From this report, we tried to study the possible repercussions that incest could cause during pregnancy and delivery times.

So, we held a descriptive enquiry with the help of questionnaires sent by mails to women victims of incest, belonging to the AIVI association, and feeling concerned by parentality access.

This survey allowed us to note difficult motherhood access in these women, difficult motherhood acceptance, with denied, hidden, irregular monitored pregnancies. Bad being conditions could have been obviously observed during pregnancy; fears, doubts, reticences, psychologic pains as well, that sometimes lead them to risky behaviours, as food behaviour troubles, addictive behavior or violence access, endangering their lives and their babies'.

Regarding delivery, it essentially leads to psychologic consequences which bring fears, stress, sufferings, more particularly against natural delivery.

Considering the repercussions that incest could produce during pregnancy and delivery periods, and observing these women victims evidences, it would be wise to detect these women, and set up a suited care.

Detection will have to arise as soon as possible, and ideally placed during the 4th month visit.

This care must correspond with their wills, their hopes and must offer them help and accompaniment.

But, so that these detection and accompaniment could be set up, health staff in charge of these patients during this period, should be made sensitive, formed, informed about this subject.

PREMIÈRE PARTIE : INTRODUCTION

« C'est la parole qui est d'or, le silence est souvent de plomb » Hervé Bazin

Crime incontournable, l'inceste a de tout temps souillé l'histoire des hommes, il s'agit pourtant d'un phénomène dont on parle peu, et qui n'est que très peu abordé par la recherche. Il est ainsi méconnu de la population, fait l'objet d'un grand nombre d'idées reçues mais reste un sujet tabou. La première loi de l'inceste est la loi du silence. Ce silence et cette ignorance profitent pourtant aux agresseurs. Les victimes elles même, peu informées sont désemparées et extrêmement isolées face à ce fléau de santé publique. C'est là tout l'intérêt de l'Association Internationale des Victimes d'Inceste, de rassembler, d'aider, et de porter la parole des survivants de l'inceste qui ont vécu ou vivent encore sous le poids du silence. Ces victimes ont beaucoup à apporter de leurs expériences, leurs ressentis, leurs émotions, pour faire connaître l'inceste et ses conséquences.

Il faut traiter les maux de l'inceste par des mots sur l'inceste...

1. Description de l'inceste:

1.1 Définition :

L'inceste est défini comme étant des relations sexuelles entre personnes dont le degré de parenté interdit le mariage [1] [annexe I]. Ce qui spécifie l'inceste par rapport aux autres abus sexuels, c'est le lien de parenté avec l'abuseur, qui est principalement un lien de sang [2]. Outre la famille de sang, l'inceste concerne aussi la famille élargie, par alliance. Mais ce lien familial est avant tout pour la victime un lien de proximité, d'autorité, de confiance, de dépendance et d'amour [3].

L'inceste peut toucher tout type de famille. De même l'abuseur comme la victime peuvent être aussi bien de sexe masculin que féminin.

1.2 Différents types d'inceste :

Physiquement, l'inceste peut être un viol, défini comme tout acte de pénétration sexuelle (par voie orale, anale ou vaginale), de quelque nature qu'il soit (avec une partie du corps de l'agresseur ou par l'utilisation d'un objet), commis sur la

personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise [4].

L'inceste peut aussi prendre la forme d'une agression sexuelle, consistant à imposer un toucher sur le corps de l'enfant avec son propre corps à des fins de satisfaction sexuelle [5].

L'inceste c'est aussi tout ce qui concerne l'exhibition sexuelle ou « inceste moral » : les actes de faire l'amour devant son enfant, parader nu, tenir des propos à caractère sexuel, visionner des films pornographiques avec son enfant... sont considérés comme relevant de l'inceste. Utiliser son enfant comme confident de ses aventures sexuelles, le photographier nu ou dans des situations érotiques également [3].

L'inceste comprend aussi le « nursing pathologique » : sous couvert d'actes d'hygiène ou de soins, l'agresseur assouvit ses pulsions en pratiquant des toilettes vulvaires trop fréquentes, des décalottages à répétition, des prises de la température inutiles, des lavements...et ce, jusqu'à un âge avancé de l'enfant. C'est une relation extrêmement fusionnelle qui s'instaure dans laquelle l'enfant est un objet sexuel [3].

1.3 Les chiffres :

Il n'existe pas de statistiques françaises relatives à l'inceste, hormis le sondage réalisé par IPSOS, en 2009 pour AIVI (Association Internationale des Victimes de l'Inceste) qui rapporte que 3% des Français se déclarent victimes d'inceste soit près de 2 millions de personnes. 26% des Français connaissent au moins une personne victime d'inceste dans leur entourage. Ce sondage fait essentiellement le point sur la situation des victimes: leur vécu, leur état de santé et l'impact que peut avoir l'inceste sur leurs vies quotidiennes.

1.4 Législation relative à l'inceste:

Le terme d'« inceste » n'était explicitement mentionné, jusqu'en 2010, dans aucun des deux principaux codes (pénal et civil) du droit français, ayant disparu du code pénal après la révolution de 1789. Ce n'est que le 26 janvier 2010 que l'assemblée nationale a adopté définitivement une proposition de loi, déposée le 18 mars 2009, mentionnant l'inceste commis sur les mineurs, qui jusqu'ici ne

constituait pas une infraction spécifique en France et n'était considéré que comme une circonstance aggravante des crimes et délits sexuels.

Ce texte, présenté par la députée Marie-Louise Fort, prévoit l'inscription de la notion d'inceste dans le code pénal et lui confère un cadre juridique [6] [annexe II].

Cependant la loi pose encore et toujours quelques difficultés relatives à l'inceste, notamment celui des délais d'enquêtes, qui laissent certains enfants pendant plusieurs mois en danger dans leurs familles.

Mais le problème majeur concerne le délai de prescription pour engager une procédure pénale [annexe II]. De multiples facteurs enferment la victime dans le silence et la prise de conscience de la réalité des faits ne parvient que tardivement et dans bien des cas, quand la victime est prête à affronter la vérité et à intenter une action en justice, il est trop tard car le crime est prescrit. 45% des victimes se retrouvent dans ce cas. Les victimes mettent en moyenne 16 ans avant de révéler leur agression [8]. La victime ne sera jamais reconnue comme telle et il pourra lui être difficile de se reconstruire [7] [9].

2. Les conséquences de l'inceste :

Il résulte de l'inceste de nombreux traumatismes qui s'expriment cliniquement, principalement sous deux formes :

- L'une dont les violences sont telles, qu'elles peuvent être à l'origine d'un syndrome post traumatique qui s'exprime par tout un cortège de symptômes [10]. 62% des victimes en souffriraient [11].
- L'autre s'installe de manière plus insidieuse ; le tableau clinique est plus complexe et se manifeste davantage par des troubles du comportement [10].

2.1 Le syndrome post traumatique :

2.1.1 Les troubles somatiques :

Le traumatisme est tel qu'il a tendance à s'inscrire dans le corps. Les victimes d'inceste présentent fréquemment des troubles psychosomatiques : malaises, crises d'étouffement, vertiges, arrêts de règles, dermatoses par lésions de grattage, maux de tête, de ventre, arthrite...[2] 85% des victimes disent souffrir de douleurs chroniques [8]. Elles peuvent également présenter des problèmes gastro-intestinaux, des problèmes génitaux, des troubles de l'appétit, des troubles du sommeil (qui touchent 90% des victimes) [8] [12].

2.1.2 Les troubles de la mémoire:

La mémoire réprime les faits traumatisants ; c'est scientifiquement prouvé: la conscience ne se rappelle pas que les bons souvenirs [13]. Mais elle peut aussi oublier les plus désagréables en les réprimant au cours du temps. Il s'agit du déni, qui est un système de protection permettant à la personne traumatisée de survivre aux agressions qu'elle subit. Ce déni peut aller jusqu'à l'amnésie totale des faits. Ces événements peuvent toutefois ressurgir à n'importe quel moment de la vie ; dans les moments émotionnellement forts par exemple. C'est donc un système de protection psychique qui peut nuire à la victime [3]. Les souvenirs des agressions peuvent s'imposer sous forme de cauchemars répétitifs, 86% des victimes s'en

plaignent, de flashes back, d'illusions ou d'hallucinations ; 94% des victimes sont dérangées malgré elles, par des souvenirs liés à l'agression [11] [8].

2.2 Les troubles du comportement :

Les victimes font généralement preuves de difficultés d'adaptation et de sociabilité, elles peuvent avoir un comportement compulsif, des réactions et crises incontrôlées (de pleures, de colère) comme le décrivent 92% d'entre elles. Elles peuvent également présenter une agressivité envers soi même (41% s'automutilent) ou envers les autres [11] [8].

On note un certain repli chez ces personnes, qui affichent une perte de confiance en elle et une incapacité de faire confiance aux autres. Elles peuvent être accablées par des sentiments de culpabilité et de honte et ressentir une dévalorisation de leur propre image, une perte d'estime de soi importante [9].

On retrouve chez certaines victimes des conduites obsessionnelles, des phobies, des troubles alimentaires tel que l'anorexie et la boulimie qui touchent 76% des victimes [11] [8].

Elles peuvent également se confronter à des conduites à risques : fugues, délinquance, errance, marginalité, prostitution, ainsi que les addictions et dépendances (toxicomanie, alcoolisme, tabagisme) [8] [9] [11].

Beaucoup souffre d'anxiété pathologique, de dépression pouvant aller jusqu'aux idées et comportements suicidaires comme en témoignent 86% des victimes [8].

Les victimes peuvent également souffrir de troubles sexuels diverses et variés ; comme une pudeur excessive contraignante pour l'intimité, des problèmes d'impuissance, de frigidité, une sexualité et/ou masturbation compulsive, des désirs ou aversions obsessionnelles, des fantasmes de viol, de domination, de masochisme, un exhibitionnisme ou une intimité exacerbée [9]. De façon plus générale on remarque une confusion entre le sexe, l'amour, l'affection, le pouvoir. Un comportement ambivalent ou conflictuel dans les relations, dont souffrent les partenaires des survivants [2].

3. Inceste et relation de couple, parentalité, grossesse et accouchement:

3.1 Relation de couple :

L'inceste a une influence sur la vie de couple pour 98% des victimes [3].

Les survivants de l'inceste souffrent de divers symptômes, persistant à l'âge adulte, dont une grande détresse psychologique et des difficultés à former et à maintenir des relations intimes satisfaisantes. 23% des victimes ne sont pas du tout satisfaites par leur vie amoureuse [8] [9].

Puisque la confiance des survivants a été trahie en bas âge par une personne censée les protéger, il leur est souvent difficile de s'investir dans une relation de couple harmonieuse, de se sentir digne d'être aimé, mais surtout d'être à même de faire confiance au partenaire amoureux [3].

La relation d'intimité est particulièrement difficile à construire chez les victimes, marquée par la peur de révéler ce secret et la honte qui l'accompagne.

Et enfin sur le plan sexuel, au lieu de considérer son corps comme une source de plaisir, la victime peut le percevoir comme une source de douleur. Elle peut considérer les rapports sexuels comme une façon d'exercer une domination et non pas comme un moyen d'exprimer son amour et les associés aux abus sexuels qu'elle a subit. 77% des victimes sont dans l'incapacité d'avoir un rapport sexuel même si elles le souhaitent [8].

Le rôle du conjoint est alors déterminant, c'est souvent grâce à son regard et à son attitude que la victime peut puiser la force de s'en sortir. Toutefois, le conjoint peut également être l'objet de projection de la part de la victime, et lui rappeler son agresseur, par un mot, une attitude, une réflexion. Souvent inconscientes, ces projections sont à l'origine de difficultés dans le couple qui risquent de provoquer des blocages au moment de devenir parents [3].

Une forte majorité des victimes d'inceste vit difficilement son rapport à l'autre. 40% d'entre elles ne se sont jamais mariées. La fonction parentale en serait aussi affectée pour le quart d'entre elles [9].

Parfois, le traumatisme de l'inceste court-circuite la possibilité de former un couple, et les femmes victimes choisissent inconsciemment ou volontairement de faire un enfant avec un homme qui ne restera pas ou de faire un enfant « sans père ». Un homme pourrait être une éventuelle menace pour elle ou l'enfant qui va naître, alors elle élimine le danger potentiel [3].

3.2 Parentalité :

Pour les victimes d'inceste, envisager la parentalité réveille un tas de questions et de craintes : devenir mère ou non, choisir un père pour le bébé ou le faire seule, comment être de bons parents après le vécu d'un tel traumatisme, reproduire ou non ce que l'on a subi, rompre le lien familial définitivement, le réparer, le construire, le perpétuer ?

64 % des victimes d'inceste ont peur d'être de mauvais parents [8]. Certains se lancent dans l'aventure, sans toujours le décider, et d'autres le refusent catégoriquement.

Certaines victimes s'autodétruisent ; elles ne parviennent pas à prendre soin d'elles. Il leur faut trouver une raison de rester en vie. L'arrivée d'un enfant, attendu ou pas, est dans ce cas là, perçue comme un miracle. La victime se sent utile, devient responsable d'autre chose que d'elle même, et elle n'a plus le choix : elle doit se battre.

La création d'une nouvelle famille, avec un seul but, ne jamais reproduire l'inceste, peut permettre de se laver de celui ci. Construire une nouvelle famille signifie souvent rompre les liens avec une famille dysfonctionnelle, se soigner, se reconstruire [3].

Mais ce n'est pas forcément un choix, pour ces victimes d'inceste, que d'accéder à la parentalité. L'inceste interdit parfois à la victime, d'évoluer vers le statut de « sujet » et elles agissent encore comme « objet », ayant de grandes difficultés à dire non, et se laissant guider par le conditionnement social, religieux, la volonté de faire plaisir aux autres [8].

D'autres victimes, refusent d'accéder à la parentalité. Ce refus, dissimule souvent des peurs profondes. La peur de reproduire, de ne pas être capable, de ne pas être à la hauteur, de ne pas être digne de devenir parents, de ne pas trouver le père idéal pour son enfant, la peur des relations sexuelles, la peur d'être enceinte puis

celle d'accoucher. Parfois le ressenti est plus violent : la victime préfère ne pas donner naissance à un enfant parce que le monde qui l'entoure lui paraît trop horrible, sans repère, trop dangereux, sans avenir [3].

Les victimes qui ne veulent pas avoir d'enfants ne veulent pas non plus transmettre leur histoire, avec la crainte réelle de devenir des parents maltraitants. Des conséquences importantes et des difficultés parfois soudaines apparaissent alors autour de la parentalité pendant la grossesse et l'accouchement [12].

3.3 Grossesse :

La grossesse peut être un moment particulièrement difficile à vivre pour les femmes ayant été victimes d'inceste. La transparence psychique de la grossesse peut entraîner une douloureuse sortie du déni et donc une période de bouleversements et de fragilisation psychologique majeure [12].

Cette sortie du déni, qu'elle ait eu lieu avant ou pendant la période de la grossesse, peut s'accompagner de souvenirs terrifiants, inacceptables et cauchemardesques, il est alors difficile pour la future mère de se concentrer sur l'enfant qui grandit en elle, et de vivre sereinement sa grossesse. Les conséquences de cette sortie du déni peuvent être dramatiques : dépressions, automutilations, constat de stérilité, dénis de grossesses, fausses couches, Interruptions Volontaires de Grossesses, rejet de l'enfant ou du conjoint, rejet de soi, angoisses terrifiantes d'infanticide, de maltraitance ou d'abandon, ménopause précoce ...

On remarque en effet , que certaines femmes victimes, sont amenées à réaliser des IVG ; une IVG n'est jamais anodine, elle est souvent liée à un refus d'accéder à la maternité, à une peur panique, ou la victime se sent dans l'incapacité de devenir mère [3]. Certaines femmes ayant eu des fausses couches répétées ou ayant perdu un enfant pendant la grossesse révèlent parfois un inceste lors d'une psychothérapie [14]. On constate également des grossesses cachées, mal suivies, déclarées tardivement, niées. Bien qu'il soit difficile d'établir, après coup, un lien entre le fait que ces mères aient été victimes d'inceste et les pathologies qu'elles présentaient [3].

Il est parfois tellement inconcevable d'accepter la maternité que les victimes ne rationalisent pas les changements de leur corps du début de la grossesse. La

grossesse peut être reconnue tardivement, voir juste au moment de la naissance, tant ce bébé est nié dans leur corps [10] [15].

Une fois la grossesse reconnue, la présence du fœtus peut faire ressurgir des souvenirs traumatiques, l'enfant peut être perçu comme un intrus dans le corps ramenant à l'intrusion de l'inceste [12]. De même, selon le vécu de chaque victime, le sexe de l'enfant n'est pas anodin et peut être source de ressentis ambivalents et avoir un impact sur la relation avec le bébé.

Tout ceci peut être à l'origine de sentiments négatifs envers celui-ci; l'ambivalence des sentiments vis-à-vis de l'enfant et les fantasmes d'impulsions violentes, qui peuvent en résulter, comportent des risques si ces femmes ne sont pas accompagnées en période prénatale [16] [17].

3.4 Accouchement :

L'accouchement représente une étape particulièrement compliquée et angoissante : l'enfant à naître doit traverser les voies génitales violées dans l'enfance, les victimes auront parfois l'impression de revivre l'agression.

Il existe même des cas de tokophobie ou peur panique de l'accouchement, qui pousse certaines femmes à demander une césarienne pour éviter ce moment [10].

Les séquelles de l'abus peuvent se situer au niveau du périnée et se traduire par une hypertonie et/ou une hypersensibilité (vaginisme).

Tous ces éléments pourront conduire à une dystocie de démarrage, du travail et/ou de l'accouchement, voir même à des dépassements de termes [12].

L'accouchement sera parfois nié. Lorsque les douleurs du travail surviennent, elles sont rationalisées comme l'ont été les signes indiquant la grossesse. Ainsi il se peut que l'accouchement survienne hors du milieu hospitalier [18]. Quelques femmes arrivent en maternité juste pour accoucher.

Elles peuvent par la suite exprimer certaines craintes envers ce bébé, par exemple, de le voir, d'avoir à le toucher, d'établir un attachement, cela pouvant aller jusqu'à le nier en tant que personne et le cas est encore plus particulier quand l'enfant est issu du viol [10]. Peuvent naître avec ce bébé, de nombreux sentiments ambivalents à l'égard de celui-ci. Le déni des besoins affectifs et physiques de l'enfant peut perdurer. L'ambivalence peut s'instaurer et les risques de maltraitance avec [19].

Lorsque la maternité psychique demeure impossible, le choix d'accoucher dans

l'anonymat et de faire adopter le bébé, peut s'imposer à certaines femmes [20]. Cependant, pour d'autres femmes, la naissance de leur enfant représente un nouveau départ, une raison de vivre, une renaissance pour elle même ; elles se sentent lavées de leurs passés [3].

DEUXIÈME PARTIE : L'ÉTUDE

1. Présentation de l'étude:

1.1 Objectif :

De récents constats mettent en évidence que 3% des Français se déclarent victimes d'inceste, soit presque 2 millions de personnes [8]. Tout en sachant que l'inceste reste encore de nos jours un sujet tabou et peu abordé, beaucoup de ces cas ne sont pas dévoilés et restent sous silence.

Selon certaines enquêtes récentes menées auprès des personnes victimes, il semblerait que l'inceste ait un impact sur l'état de santé et la vie quotidienne des victimes [8].

Partant de ce constat, ne peut-on pas présumer que l'inceste pourrait également avoir des répercussions pendant la période de la grossesse et de l'accouchement ? Ayant pour objectifs de démontrer l'importance du dépistage de ces femmes victimes d'inceste et de sensibiliser les professionnels de santé à une prise en charge du problème de l'inceste et un accompagnement adapté des victimes.

1.2 Matériel et méthode :

Pour cela, nous avons mené une étude descriptive, consistant à décrire, par l'intermédiaire de chiffres, le déroulement de la grossesse et de l'accouchement chez les patientes victimes d'inceste.

Cette étude a été menée en partenariat avec l'association AIVI, par l'intermédiaire de questionnaires destinés à toutes les femmes victimes d'inceste et se sentant concernées par l'accès à la parentalité. Etant donné la difficulté de traiter de ce sujet, sensible et délicat auprès des victimes et de l'aborder dans un contexte encore plus particulier et fragile, qui est celui de l'accès à la parentalité, de la grossesse et de l'accouchement, nous avons choisi de remettre ces questionnaires uniquement aux membres de l'association afin d'avoir à faire à des femmes

conscientes de leur situation, sorties du déni, et généralement conciliantes pour en parler.

Ces questionnaires ont été envoyés par mail, à partir de la boîte mail de l'association, à l'aide d'un logiciel d'envoi groupé qui contient les coordonnées de chaque membre; ces questionnaires ont par la suite été envoyés sur ma boîte mail par la présidente de l'association afin de garantir à tous les participants l'anonymat. Ils ont été envoyés aux 2400 membres de l'association mais n'étaient destinés qu'aux femmes victimes et se sentant concernées par l'accès à la parentalité.

Le questionnaire a été diffusé au courant du mois de décembre, après avoir été testé sur différents membres et bénévoles de l'association. Chaque questionnaire était précédé d'un texte introductif de la présidente d'AIVI et de moi-même, qui justifiait de la réalisation de ce travail et de l'intérêt du questionnaire, et présentait les objectifs de l'étude.

Ce questionnaire contient des questions ouvertes, et à choix multiples, s'appuyant sur des témoignages de victimes, faisant suspecter d'éventuelles répercussions du vécu de l'inceste, sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Il est constitué de quatre parties, concernant : les informations d'ordre général, la (les) grossesse (s), l' (les) accouchement(s), et le ressenti de ces femmes sur leur prise en charge.

Les questionnaires ont été par la suite exploités par le logiciel Excel. Les questions ouvertes ont été classées par catégories permettant une analyse descriptive.

2. Résultats :

2.1 Description de la population d'étude :

2.1.1 Questionnaires :

Nous avons envoyé 2400 questionnaires, sur lesquels nous avons obtenu 133 réponses. Il est cependant impossible de calculer le pourcentage de participation puisque les 2400 destinataires comprenaient aussi les hommes, les proches ou l'entourage des victimes, les femmes qui ne se sentaient pas concernées par l'accès à la parentalité ; ces personnes n'étant pas concernées par le questionnaire. Ces 133 réponses correspondaient à 261 grossesses et 228 accouchements.

2.1.2 Age des participantes :

Sur l'ensemble des réponses obtenues, diverses classes d'âges étaient représentées puisque l'âge des femmes au moment de leur réponse, variait de 19 à 68 ans

L'âge moyen étant de 42 ans.

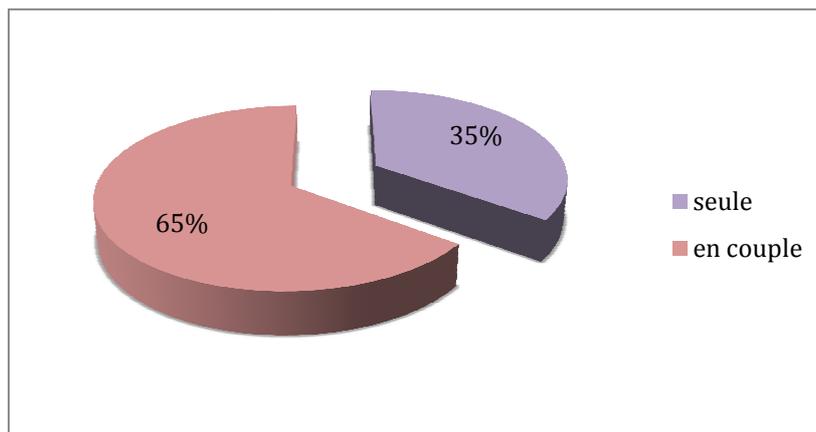
Les âges de ces femmes sont répartis en cinq catégories dans le tableau suivant :

Tableau 1 : Âge des femmes participant à l'étude

âge	<25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55 ans et plus
%	3%	19%	43%	27%	8%

2.1.3 Situation familiale :

Figure 1 : Situation familiale des femmes victimes d'inceste (au moment du questionnaire)



2.1.4 Enfants :

14% des femmes de la population étudiée, qui se sentent donc concernées par l'accès à la parentalité, n'ont pas d'enfants.

Le nombre d'enfants par femme variait de 0 à 5. Le nombre moyen d'enfants étant de 2.

L'âge d'obtention du premier enfant variait de 13 à 36 ans. L'âge moyen étant de 26 ans. Les âges d'obtention du premier enfant sont repartis en cinq catégories dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2 : Âge d'obtention du premier enfant

âge	<20 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35 ans et plus
%	6%	32%	40%	15%	7%

2.2 La / les grossesse (s) :

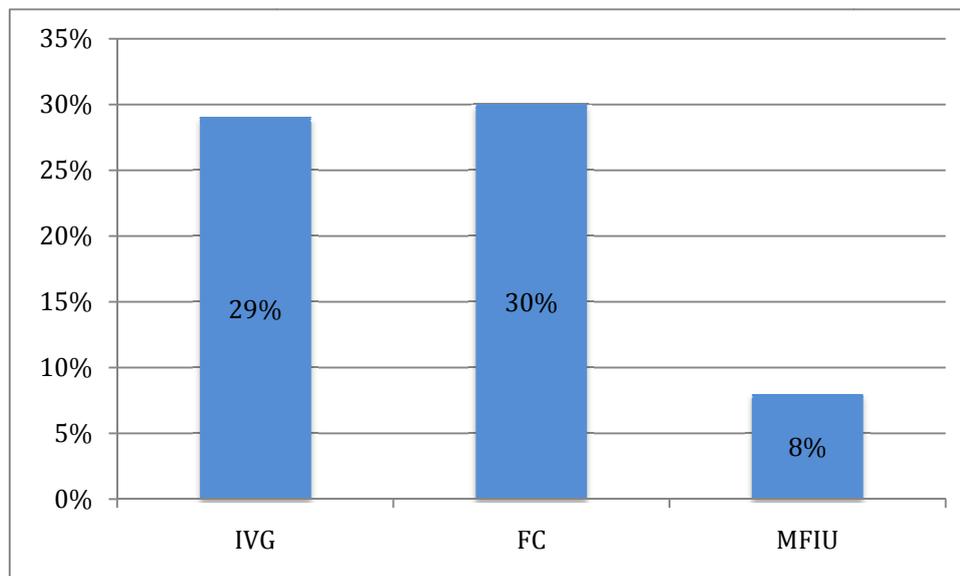
2.2.1 Vécu de l'inceste :

Sur l'ensemble des femmes victimes ayant répondu au questionnaire, la totalité ont subis l'inceste avant la ou les grossesse(s) ; certaines réponses auraient pu être biaisées dans le cas contraire.

4% des victimes ont continué de le subir pendant une des grossesses, et 1% après.

2.2.2 Grossesses non abouties :

Figure 2 : Taux de grossesses non abouties chez les femmes victimes d'inceste.



Parmi les 29% de femmes qui ont fait pratiquer au moins une IVG, 63% l'ont fait avant l'obtention de leur premier enfant.

Parmi ces femmes, le nombre d'IVG variait de 1 à 4, le nombre moyen d'IVG par femme étant de 2.

On note que 18% de femmes ont interrompu leur première grossesse.

2.2.3 Découverte de la grossesse :

Sur l'ensemble des grossesses, le mois de découverte de celles-ci variait du 1^{er} au 4^{ème}, avec une découverte, en moyenne lors du 1^{er} mois.

4% des grossesses ont été découvertes après le 3^{ème} mois.

2.2.4 Grossesses cachées :

Sur l'ensemble des grossesses, 14% ont été cachées à l'entourage de la victime.

Parmi les grossesses cachées, 50% ont été des grossesses abouties.

2.2.5 Suivi de grossesse :

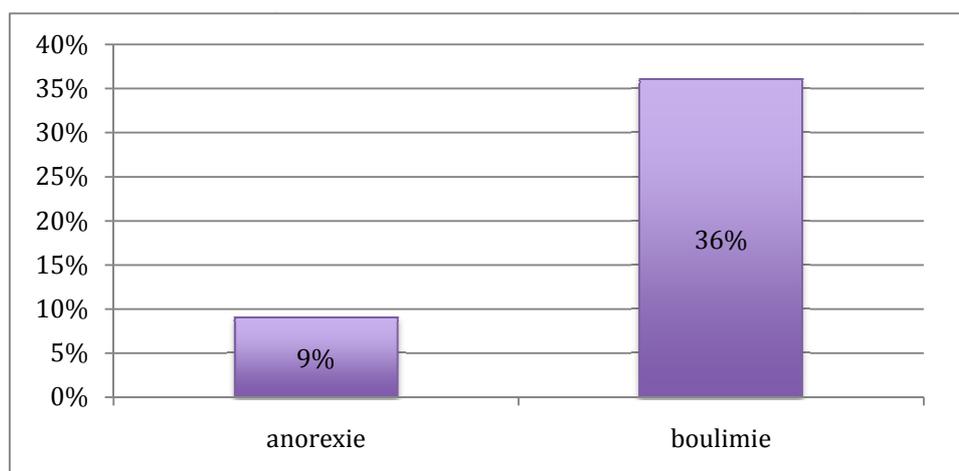
Sur la totalité des grossesses, 25% ont été mal suivies.

Parmi les grossesses mal suivies, 26% étaient concernées par une conduite addictive et 50% par une conduite à risques pour la grossesse (troubles du comportement alimentaire, conduites addictives, violences envers elles même ou envers le bébé)

2.2.6 Troubles du comportement alimentaire :

Dans 43% des grossesses, on retrouvait un trouble du comportement alimentaire.

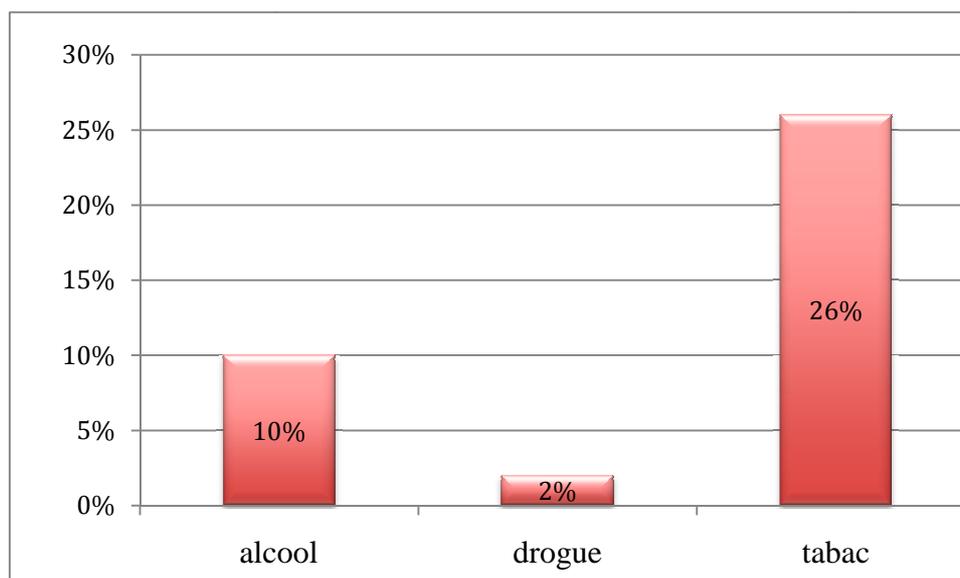
Figure 3 : Taux des troubles du comportement alimentaire



2.2.7 Conduites addictives :

32% des grossesses sont marquées par une conduite addictive.

Figure 4 : Taux des conduites addictives :



La consommation de tabac variait de 2 à 40 cigarettes par jour. Cette consommation est répartie en cinq catégories dans le tableau ci-dessous :

Tableau 3 : Consommation de tabac journalière

nb de cigarettes par jour	< 5	entre 5 et 9	entre 10 et 19	entre 20 et 29	30 et plus
%	10%	23%	42%	8%	17%

2.2.8 Mal être :

Pour 33% des grossesses, les femmes ont ressenti un sentiment de mal être quand à la présence du bébé dans leur corps.

Pour 20% des grossesses, les femmes exprimaient des gestes de violence envers elle même, et pour 4% des gestes de violence envers le bébé.

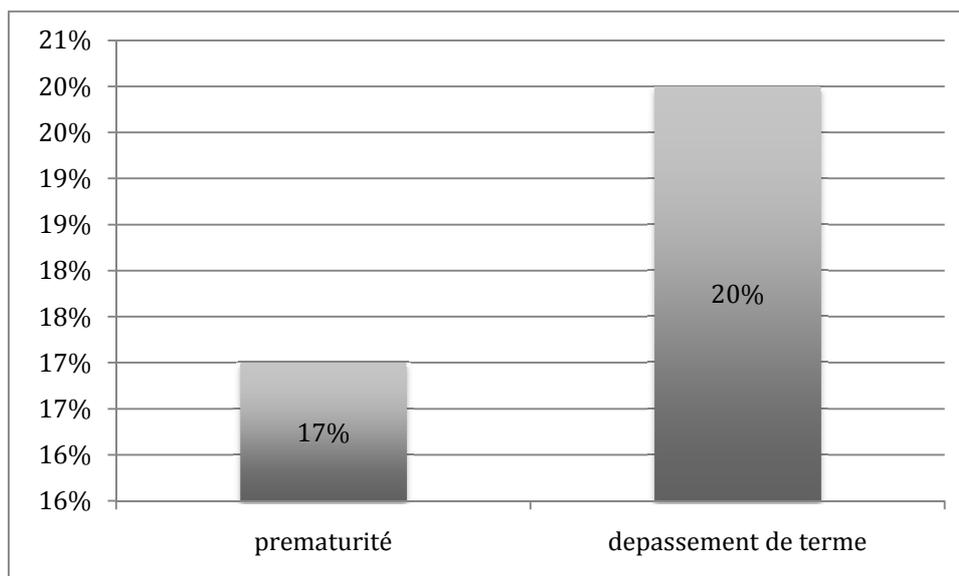
2.2.9 Vaginisme :

Pour 41% des grossesses, les femmes ont souffert de vaginisme ou éprouvé de grandes difficultés à se faire examiner.

2.3 L' (les) accouchement(s) :

2.3.1 Terme :

Figure 5 : Taux de prématurité et de dépassement de terme parmi l'ensemble des accouchements d'enfants nés vivants



On entendait par « prématurité » toutes naissances avant le début du 9^{ème} mois.
 Parmi les accouchements à termes dépassés, 76% ont été déclenchés.

2.3.2 Lieu :

99,5% des accouchements ont été effectués dans un cadre hospitalier ; soit 0,5% ont eu lieu à domicile.

2.3.3 Mode :

Figure 6 : Répartition des différents modes d'accouchement

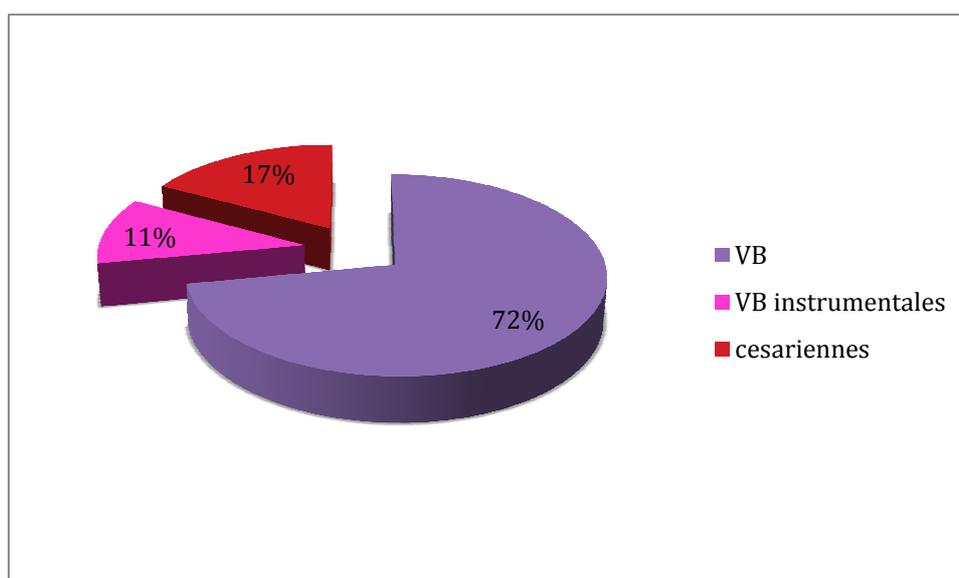
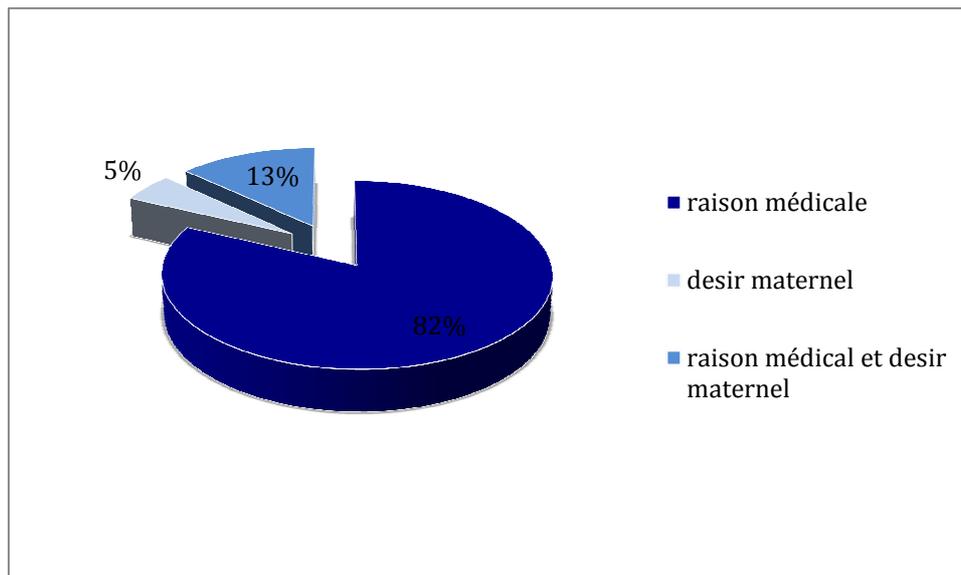


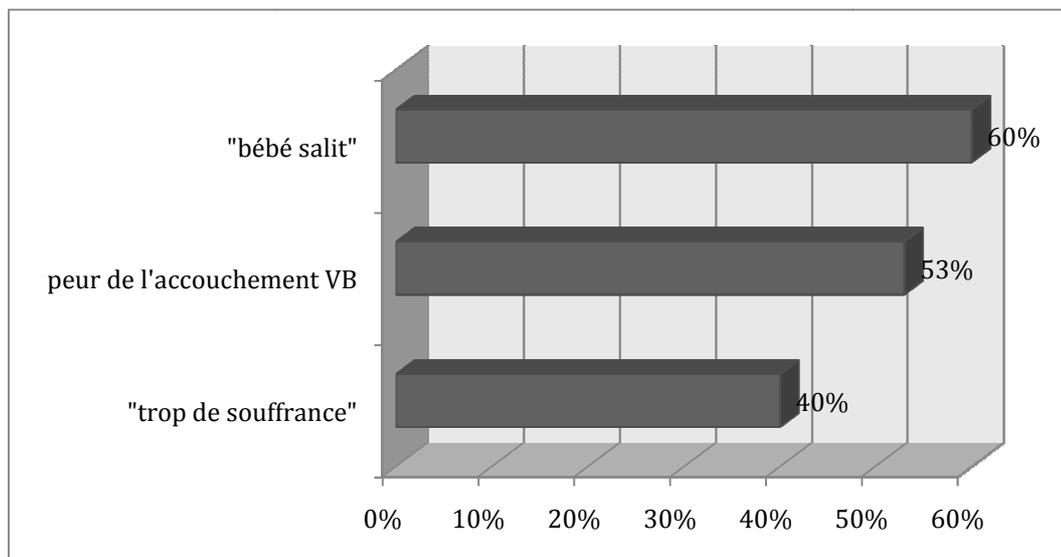
Figure 7 : Répartition des causes de césarienne



Parmi les césariennes, 18% étaient donc désirées.

Sur l'ensemble des accouchements, 7% étaient désirés par césarienne.

Figure 8 : Répartition des différentes causes évoquées du souhait de césarienne



Pour 56% des accouchements par voie basse, une épisiotomie a été réalisée.

2.3.4 Poids de naissance :

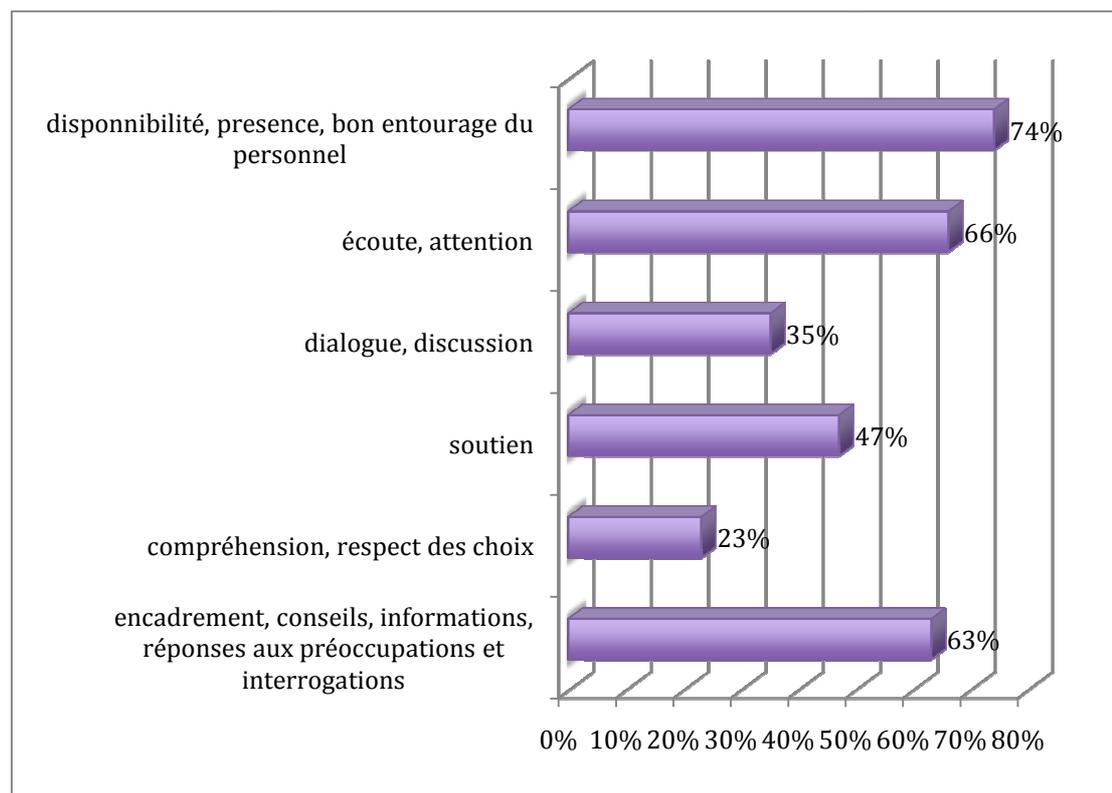
Les poids de naissances des enfants de ces femmes victimes variaient entre 2000 g et 4500 g, avec une moyenne de 3289 g.

2.4 Le vécu :

2.4.1 La prise en charge :

Pour 47% des grossesses, la prise en charge a été satisfaisante.

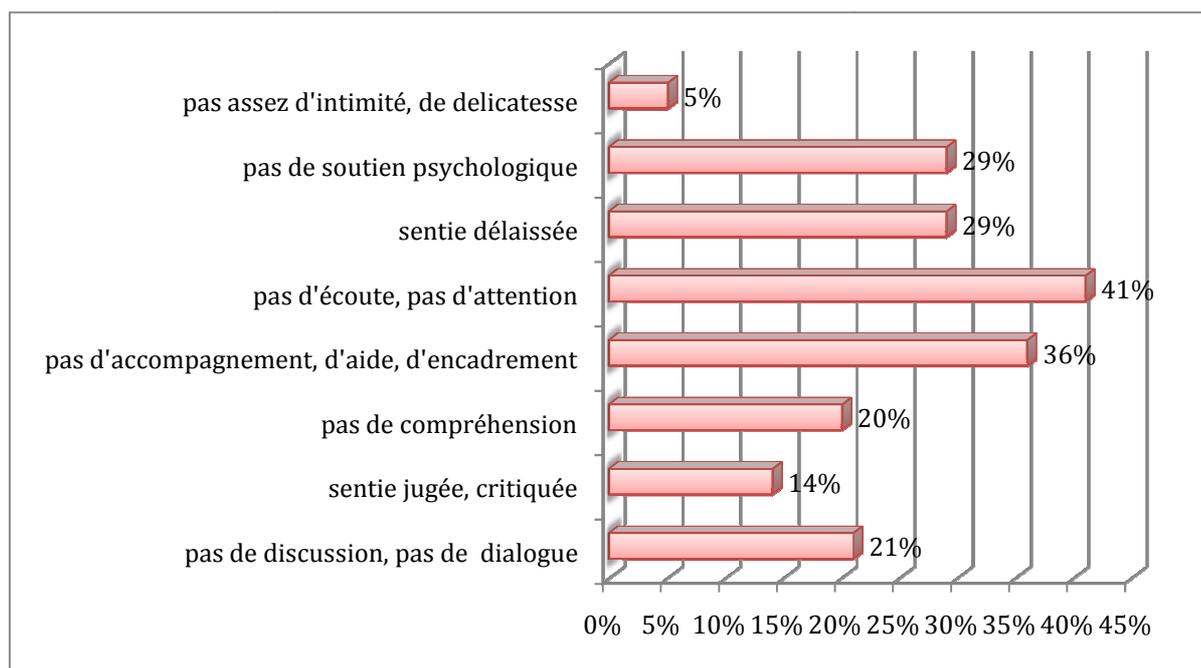
Figure 9 : Répartition des raisons évoquées de la satisfaction de la prise en charge



La compréhension et le respect des choix cités dans 23% des cas, concernent leurs réticences à se mettre nues, à se faire examiner et leurs volontés d'accoucher par césarienne ou de ne pas allaiter.

Pour 53% des grossesses, les femmes n'étaient pas satisfaites de leur prise en charge.

Figure 10 : Répartition des raisons évoquées de la non satisfaction de la prise en charge



Parmi les femmes qui ne sont pas satisfaites par rapport au respect de leur intimité et à la délicatesse du personnel, il s'agit majoritairement de la non prise en compte du personnel de leurs réticences à se mettre nue, à se faire examiner ou se faire suivre par un homme.

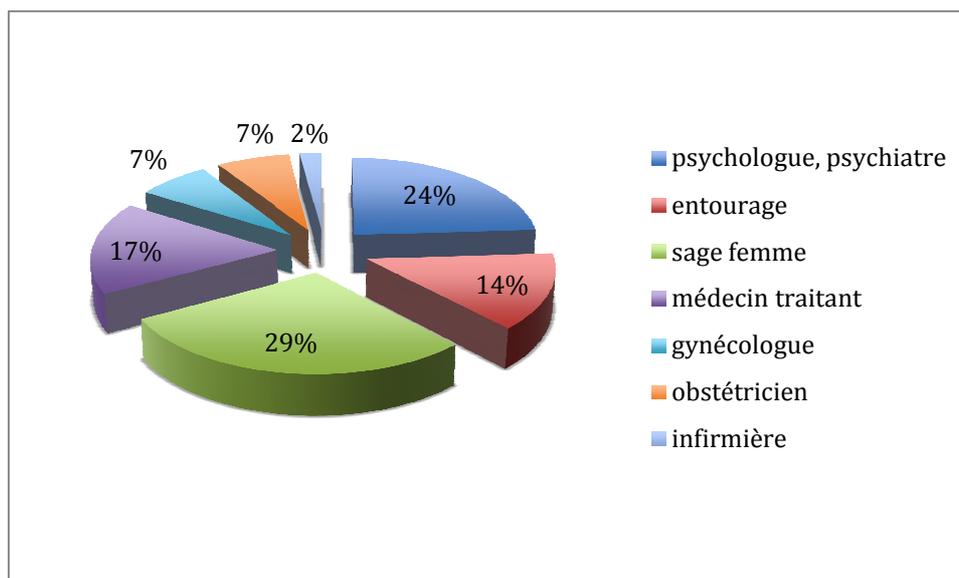
Celles qui ne sont pas satisfaites de l'encadrement, des aides et de l'accompagnement fournis, le sont généralement par rapport à l'allaitement, aux soins et relations avec le bébé.

20% trouvaient le personnel médical peu compréhensif, notamment par rapport aux volontés d'accoucher par césarienne ou de ne pas allaiter.

2.4.2 Dialogue :

On note qu'au cours de 16% de l'ensemble des grossesses, le sujet de l'inceste a été abordé.

Figure 11 : Avec qui le sujet de l'inceste a-t-il été abordé ?



Il n'a donc pas été abordé dans 84% des grossesses.

Figure 12 : Volonté d'aborder le sujet parmi les grossesses pendant lesquelles il n'a pas été évoqué

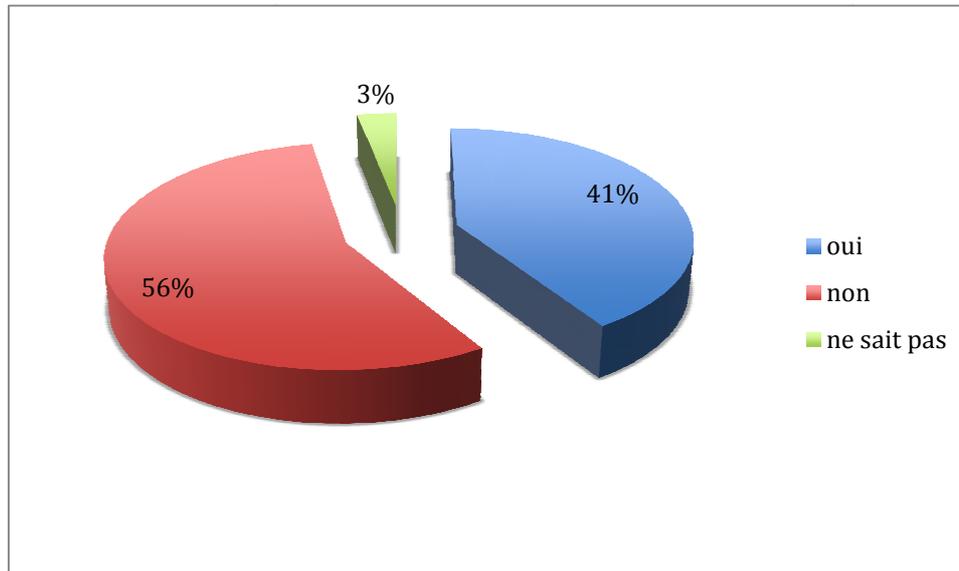
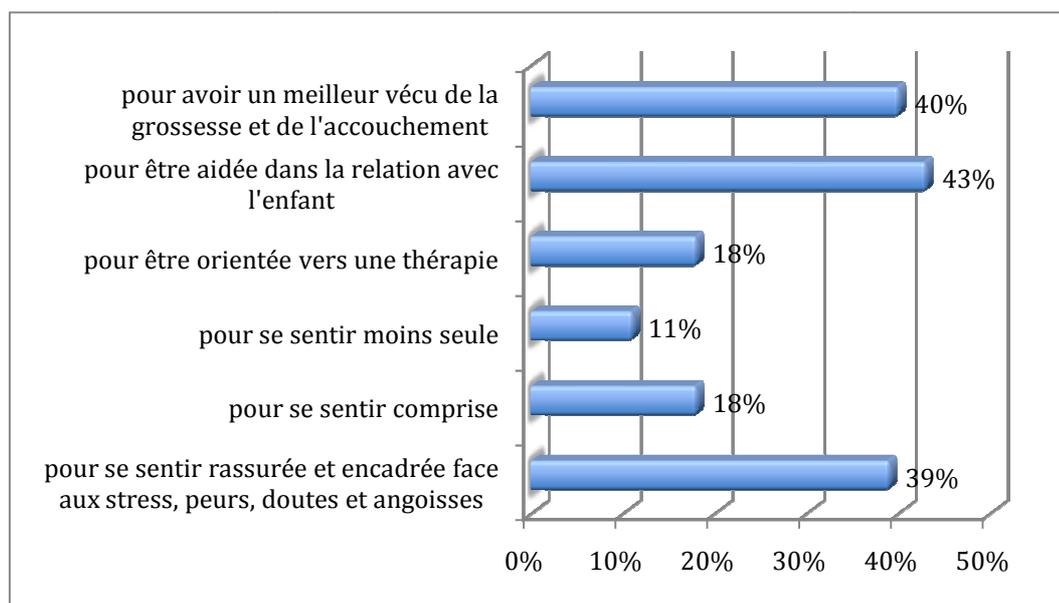


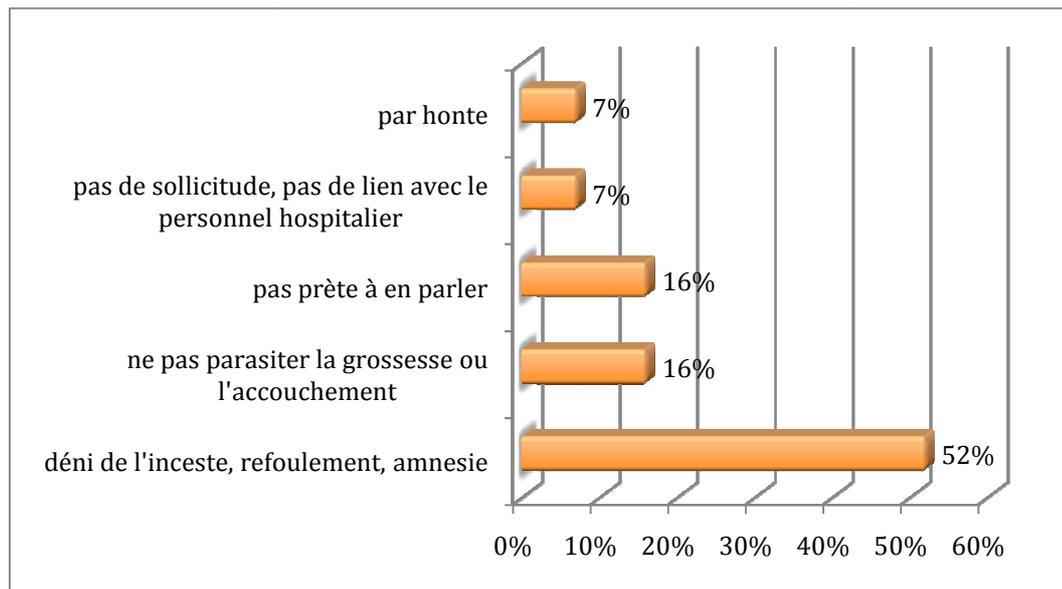
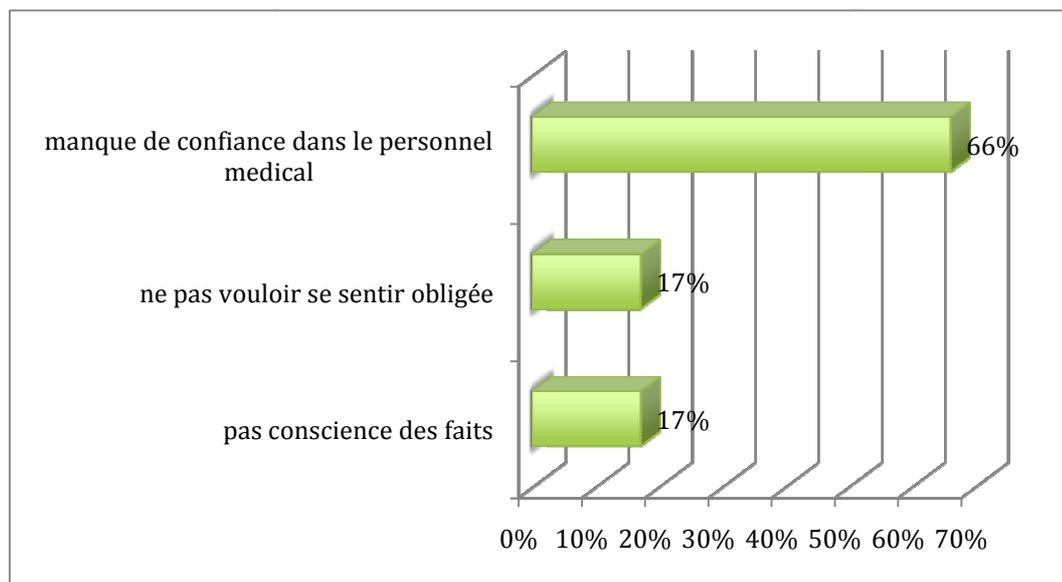
Figure 13 : Répartition des raisons de la volonté d'aborder le sujet



Les femmes souhaitant être aidées dans leur relation avec l'enfant étaient concernées par de nombreuses difficultés; on constatait chez plusieurs d'entre elles, la peur de s'occuper de l'enfant, la peur de l'aimer, de reproduire l'inceste, des sentiments de rejet, aboutissant à des relations conflictuelles.

Comme indiqué ci-dessus, 18% des femmes souhaitaient aborder le sujet afin de se sentir comprises dans leurs réticences, leurs décisions et leurs actes ; reviennent majoritairement la crainte d'avoir à se mettre nue, de se faire examiner, la volonté de ne pas allaiter ou de ne pas accoucher par voie basse.

Quand aux stress, peurs, doutes et angoisses qui reviennent le plus souvent sont ceux concernant l'accouchement, les douleurs, la capacité à être mère, le sexe de l'enfant, la reproduction de l'inceste.

Figure 14 : Répartition des raisons de la volonté de ne pas aborder le sujet**Figure 15 : répartition des raisons des sans opinion**

TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION

1. Caractéristiques de la population d'étude

Pour notre étude, nous nous sommes adressé à des femmes victimes d'inceste, se sentant concernées par l'accès à la parentalité et appartenant à l'Association Internationale des Victimes d'Inceste. Au vu de la délicatesse du sujet nous avons choisi une population accessible et abordable et avons donc préféré nous adresser uniquement aux femmes de l'association. Ces femmes sont sorties du déni et tout à fait conscientes de leur situation, elles acceptent donc généralement d'en parler ; elles peuvent au travers de l'association participer à des groupes de paroles, avoir accès à des informations sur le sujet, ce qui peut leur permettre de porter un regard sur ce qui leur est arrivé voir même de l'analyser. Tout ceci facilite l'abord de certains sujets qui peuvent paraître sensibles comme l'accès à la parentalité, la grossesse et l'accouchement. Ces femmes cherchent souvent à en savoir plus dans ce domaine qui les concerne et sont généralement volontaires pour faire évoluer les choses.

2. L'accès à la maternité

Pour les victimes d'inceste le cheminement qui mène à accéder à la maternité apparaît comme étant perturbé ; en effet, l'amour, les relations de couple, l'intimité, les rapports sexuels, l'image familiale sont remis en question [3] [9]. De nombreuses victimes témoignent de difficultés dans leurs relations amoureuses ; dans la population étudiée, 35% n'ont en effet pas réussi à entreprendre ou conserver une relation de couple. L'accès à la parentalité peut donc être une étape particulièrement difficile à franchir pour certaines femmes [3]. Dans notre étude, parmi l'ensemble des femmes qui se sentent concernées par l'accès à la parentalité, 14% n'ont pas d'enfants , notre étude ne permet cependant pas d'en analyser les causes ; et 29% ont fait pratiquer au moins une Interruption Volontaire de Grossesse. Sur l'ensemble de ces femmes ayant fait pratiquer au moins une IVG, 63% l'ont fait avant d'accéder réellement à la maternité .On compte en moyenne 2 IVG par femme. De même, sur l'ensemble des femmes participant à l'étude, 18% ont interrompu leur première grossesse. Tout ceci peut être révélateur chez ces femmes d'une difficulté de franchir le pas de la

maternité ; des angoisses, des peurs qui les paralysent au point de ne pas oser : la peur de ne pas être capable ou digne de devenir parent, la peur d'être enceinte puis celle d'accoucher, la peur de reproduire l'inceste. La tokophobie, ou peur panique de l'accouchement peut pousser ces femmes à interrompre leur grossesse malgré un réel désir d'enfant [3].

En accompagnant ces femmes psychologiquement dans leur démarche d'accès à la parentalité, en essayant de creuser les raisons d'interruptions volontaires de grossesses répétées ou non, peut être pourrions nous éviter des chiffres aussi conséquents, et soulager ces femmes en les rassurant et les soutenant.

L'accès à la maternité peut également être conçu d'une façon différente ; elle peut aussi pour certaines femmes symboliser un nouveau départ, une renaissance, une façon pour elle de tout effacer et repartir sur de bonnes bases [3]; auquel cas elles voudraient y avoir accès le plus tôt possible [10] ; en effet 6% des femmes ayant témoigné ont obtenu leur premier enfant à moins de 20 ans, et 32% l'ont obtenu entre 20 et 24 ans, ce qui reste relativement jeune. En revanche, 7% ont eu un premier enfant après 35 ans.+++++

3. Le déroulement de la grossesse

3.1 La négation de la grossesse

L'acceptation de la maternité peut sembler difficile pour ces femmes ; parfois peut être même au point de nier la grossesse [10] [15]. Les résultats obtenus sur la population étudiée ne mettent pas en évidence un nombre important de déni de grossesse, puisqu'en moyenne celles ci étaient découvertes lors du premier mois. Seul 4% des grossesses ont été découvertes après le 3^{ème} mois.

En revanche sur l'ensemble des grossesses, 14% ont été cachées à l'entourage de la victime et parmi celles ci 50% étaient des grossesses aboutissant à la naissance d'un enfant. Les femmes peuvent souhaiter rester discrètes par rapport aux IVG ou fausses couches qu'elles subissent, en revanche cacher une grossesse menée à terme marque un isolement de ces femmes par rapport à leurs proches; peut être parce qu'elles ne se sentent pas pleinement épanouies par la situation, peut être également par honte de se montrer enceintes, d'afficher leurs grossesses et par la, le fait d'avoir eu des rapports sexuels. Il arrive que la victime culpabilise, se sente sale et fautive que tout le monde puisse voir qu'elle ait eu une relation sexuelle alors qu'elle a été victime d'inceste [3].

D'autre femmes au contraire ne vivent qu'à travers leur futur bébé et s'isolent afin de rester seules avec cet enfant qui arrive et de le protéger du monde extérieur. La construction d'une nouvelle famille implique parfois une rupture avec la famille dysfonctionnelle afin de pouvoir se reconstruire [3].

L'étude nous permet également de constater que 25% des grossesses étaient mal suivies ; par négation, par négligence, par honte, ou par volonté de protéger leur intimité, elles adoptent une attitude déraisonnable par rapport à l'enfant qu'elle porte.

3.2 Le mal être pendant la grossesse

Ce que la grossesse implique, rappelle parfois à ces femmes, le vécu de l'inceste.

Pour 33% des grossesses, elles ont ressenti un sentiment de mal être quand à la présence du bébé dans leurs corps. Le bébé peut être perçu comme un intrus ramenant à l'intrusion de l'inceste [12]. De même, au cours de la grossesse et de l'accouchement les femmes sont contraintes de se laisser examiner par des personnes inconnues, ce qui peut paraître particulièrement difficile pour elles. De plus, les séquelles de l'abus peuvent se situer au niveau du périnée et se somatiser par une hypersensibilité [12]. En effet, pour 41% des grossesses, les femmes ont souffert de vaginisme ou du moins éprouvé de grandes difficultés à se faire examiner.

Certaines femmes ont des difficultés à s'épanouir pendant leur grossesse. On retrouve dans 43% des grossesses, un trouble du comportement alimentaire ; ceux ci témoignent généralement d'un mal être des femmes dans leur corps, d'une mauvaise perception d'elles même ; ils révèlent une souffrance psychologique [11]. Ces troubles sont généralement présent bien avant la grossesse, et perdurent donc pendant cette période, malgré les dangers qu'ils impliquent. L'étude ne permet cependant pas de différencier les troubles déjà présents en dehors de la grossesse, des troubles nouvellement pratiqués à cette période. Mais les victimes peuvent se réfugier derrière ces troubles afin de dissimuler la grossesse en essayant de ne pas prendre de poids voir d'en perdre. On constate en majorité des problèmes de boulimie, qui concernent 36% des grossesses, par rapport aux problèmes d'anorexie qui ne concernent que 9% des grossesses. La boulimie peut permettre de combler chez ces femmes un manque affectif, elles reportent leurs manques, leurs besoins sur une alimentation excessive, qu'elles compensent en se faisant vomir par culpabilité. L'anorexie marque plus une non satisfaction du corps, une volonté d'être toujours plus mince et se manifeste par l'abstention de nourriture [11].

Mais ce mal être qui s'exprime de diverses façons peut parfois basculer vers des comportements à risques.

3.3 Conduites à risques

Les troubles de l'alimentation, révélateurs d'un mal être peuvent être aussi et surtout à risque pour la grossesse et le bébé. Le déséquilibre alimentaire généré peut être à l'origine de carences importantes, de troubles hydro-électrolytiques,

d'anémie ; il se répercute dans un premier temps sur la future mère puis sur l'enfant, pouvant être responsable de retard de croissance intra utérin [11]. Notre étude ne met cependant pas en avant un nombre important de faibles poids de naissance ; les poids variaient de 2000 g à 4500 g, avec une moyenne des poids de 3289g, dans les limites d'interprétation de ces données sachant que le poids est lié à d'autres variables comme le terme de naissance, le sexe de l'enfant, l'existence de pathologies... Ces troubles alimentaires peuvent être d'une importance telle qu'ils mettent en jeu le pronostic vital de la mère et de l'enfant.

Outre les problèmes de comportements alimentaires, certaines femmes peuvent présenter des problèmes d'addiction, également très à risques. On retrouve ce problème chez les personnes fragiles psychologiquement comme peuvent l'être les victimes d'inceste.

En effet, 32% des grossesses étaient marquées par l'existence d'une conduite addictive. Parmi elles, 10% concernaient une consommation régulière d'alcool. Tout en sachant que les recommandations actuelles préconisent une abstinence total d'alcool pendant la grossesse [21] ; il pourrait s'agir d'une volonté consciente ou non de la négliger, une auto destruction qui aurait des répercussions sur le bébé, une non prise de conscience des conséquences possibles, mais aussi et surtout d'une incapacité à se détacher de cette dépendance. La consommation d'alcool pendant la grossesse peut en effet avoir des conséquences graves chez l'enfant, elle peut être à l'origine de retard de croissance intra utérin, d'accouchements prématurés, de syndromes dysmorphiques, de malformations (cardiaques viscérales, cérébrales...) ou d'atteintes neurologiques [21] [22].

La consommation de drogue ne se retrouve que dans 2% des grossesses marquées par une conduite addictive mais elle n'en est pas moins grave.

Parmi ces mêmes grossesses 26% sont concernées par une consommation de tabac. La consommation de tabac chez ces femmes apparaît comme excessive ; dans 67% des grossesses concernées on retrouve une consommation de plus de 10 cigarettes par jour et de plus de 30 cigarettes par jour dans 17% des cas. Cette consommation peut être à l'origine de fausses couches spontanées, de morts fœtales in utero, d'augmentation des risques d'accouchements prématurés, de retards de croissance et de malformations fœtales [23] [24] [25]. Sur notre population étudiée, on retrouve 30% de fausses couches spontanées, 8% de morts

fœtales in utero, 17% d'accouchements prématurés ; bien que particulièrement élevés, ces chiffres ne nous permettent pas d'établir un lien de cause à effet en raisons d'un nombre important de variables qui entrent en jeux dans ces processus.

Le mal être dont sont atteintes ces femmes va même parfois jusqu'à se concrétiser par la réalisation de gestes de violence des victimes sur elles mêmes [11]. On retrouve ces violences dans 20% des grossesses. Elles se manifestent par des gestes autodestructeurs, des automutilations, qui peuvent exprimer une intention de substituer la souffrance morale par la douleur physique, de se punir. Cette violence va même parfois jusqu'aux idées et actes suicidaires [11].

Ces violences peuvent être dirigées à l'encontre du bébé, ce qui est le cas dans 4% des grossesses de la population étudiée. Les conséquences de tels actes peuvent être d'une particulière gravité.

Dans le cadre d'une prise en charge globale et adaptée il serait important de pouvoir repérer ces femmes qui manifestent leur mal être au travers de conduites qui les mettent en danger elles et leurs enfants, afin de subvenir à leur protection. Il serait important de les comprendre et de comprendre ce que justifie de tels actes afin de les encadrer, les accompagner, les soutenir et les orienter pour qu'elles puissent se sortir de leurs dépendances ou du moins s'en détacher au maximum et éviter toutes les conséquences sur la grossesse et l'enfant, qui en découlent.

Il peut cependant s'avérer difficile de mettre en place ce type de prise en charge car ces grossesses à risques peuvent aussi être celles qui sont moins bien suivies, par négligence, par honte ou appréhension de rencontrer un professionnel de santé. On a en effet pu constater que 25% des grossesses étaient mal suivie ; or parmi celles ci, 26% sont marquées par une conduite addictive et 50% par une conduite à risque.

4. Le déroulement de l'accouchement

4.1 La mise en travail

L'accouchement peut représenter une étape particulièrement difficile et angoissante pour les victimes d'inceste. Le passage de l'enfant par la partie du corps violée par le passé, les ramène au vécu de l'inceste ; elles peuvent alors avoir l'impression de revivre un abus à ce moment là. Sont associé à l'accouchement de véritables peurs pouvant aller jusqu'à la tokophobie. L'intensité de ces peurs, conduit à certaines interrogations, notamment concernant leur possible influence sur la mise en route du travail [12]. Notre étude permet de constater un nombre élevé de dépassement de terme, puisqu'ils concernent 20% de l'ensemble des accouchements. Sur ces 20% d'accouchements à termes dépassés, 76% étaient déclenchés. Ces constats, nous amène à nous interroger sur l'éventuel rôle que pourrait avoir le vécu de l'inceste sur le déroulement de l'accouchement et sur le fait que la peur et l'angoisse de l'accouchement pourraient être des facteurs qui retarderaient la mise en route du travail [12].

On constate également un nombre important d'accouchements prématurés à hauteur de 17%. Bien que l'interprétation de ces données soit limitée puisque de nombreux autres facteurs entrent en jeux dans ces processus ; il serait intéressant de creuser la question et de développer ces chiffres par des études complémentaires.

Au même titre que la grossesse, l'accouchement pourrait également être nié, la mise en travail rationalisée pouvant conduire à des accouchements opportuns, hors du milieu hospitalier [18]; ce qui n'est pas illustré dans notre population d'étude puisque seul 0,5% des accouchements se sont déroulés à domicile.

4.2 Le mode d'accouchement

Malgré les craintes liées au passage de l'enfant dans la filière génitale, l'accouchement par voie basse, est le mode qui est le plus représenté parmi notre population d'étude, puisque sur l'ensemble des accouchements il en concerne

83%. Parmi ces accouchements par voie basse, 56% ont nécessité la réalisation d'une épisiotomie. Chez les victimes d'inceste, les séquelles de l'abus pourraient se manifester par une hypertonie au niveau du périnée [12], qui pourrait conduire à la réalisation, pendant l'accouchement, d'une épisiotomie. Il existe cependant bien d'autres causes qui nécessiteraient cette pratique, notre étude ne permet donc pas d'établir un rapport de causalité entre ces faits.

D'autre part, on constate sur l'ensemble des accouchements 17% de césariennes, parmi lesquelles 18% étaient désirées. De même, pour 7% de l'ensemble des accouchements, les femmes auraient préféré avoir une césarienne si elles avaient eu le choix. Il se peut en effet que la peur de l'accouchement soit telle qu'elle pousse ces femmes à préférer un accouchement par césarienne que par voie basse [10]. Et pour preuve, parmi les raisons évoquées de ce souhait de césarienne 53% concernent cette peur. 60% évoquent la volonté de ces femmes de ne pas « salir » leur bébé en le laissant passer dans la filière génitale qui représente l'endroit du viol qu'elles ont subi ; elles auraient l'impression de leur « transmettre l'inceste » par ce passage. 40% des raisons évoquées concernent l'excès de souffrance ; les femmes considèrent que l'accouchement par voie basse implique « trop de souffrance » aussi bien physique, que psychologique, par rapport à un accouchement voie basse déjà vécu ou par rapport au vécu de l'inceste, et à l'impression de le revivre, notamment par la « soumission des positions d'accouchements », et les « nombreux examens gynécologiques ».

5. La satisfaction des femmes

5.1 Concernant leur prise en charge

En s'enquérant des avis des femmes de notre population d'étude, sur leur prise en charge au cours de la grossesse et de l'accouchement, on s'aperçoit que pour la majorité des grossesses (53%), les femmes ne sont pas satisfaites.

Pour 47%, en revanche, les femmes s'estiment satisfaites notamment par la disponibilité du personnel médical ; elles considèrent avoir été « bien entourées », et pas « livrées à elles mêmes ».

Elles accordent également beaucoup d'importance à l'écoute et l'attention qu'on leur a fourni, elles sont dans l'attente de conseils, d'informations, de réponses à leurs préoccupations et interrogations, qui contribuent à alimenter leurs angoisses ; elles recherchent un encadrement de la part du personnel médical. Certaines femmes évoquent le soutien qu'elles ont reçu au cours de leur grossesse ou accouchement ; elles manifestent un besoin important d'être rassurées, face à leurs doutes, dans leur capacité à être mère notamment, et leurs peurs relatives à l'accouchement.

Elles attendent du personnel qu'il soit ouvert au dialogue et à la discussion, et compréhensif et respectueux de leurs choix ou réticences. En effet, comme on a pu le constater auparavant, certaines femmes victimes d'inceste sont désireuses d'accoucher par césarienne plutôt que par voie basse, ou sont dans « l'incapacité d'envisager un allaitement » pour leur enfant; ce geste leur paraît trop proche de la sexualité, elles auraient alors l'impression « d'incester leur enfant » [3]. Elles présentent également certaines réticences à se mettre nues ou se faire examiner. Or il est important pour elles, que ces points de vue et difficultés, étroitement liés au vécu de l'inceste, soient compris et respectés.

Parmi les 53% de grossesses, pendant lesquelles les femmes considèrent ne pas avoir été satisfaites par leur prise en charge, on constate les mêmes attentes envers le personnel de santé. En effet, en analysant les raisons de cette non satisfaction,

on retrouve majoritairement l'inverse des réponses précédemment citées par les femmes satisfaites.

Ce qui ressort de ces diverses justifications, étant la nécessité, pour ces femmes d'avoir une relation de confiance avec les personnes qui les accompagnent au cours de moments aussi intimes et particuliers pour elles, que constituent la grossesse et l'accouchement. Elles ont besoin d'une attention particulière, d'un soutien et d'une compréhension du personnel, elles cherchent à être rassurées face à leurs «doutes », leurs «angoisses », leurs «peurs ». Ces termes reviennent énormément au cours des témoignages de ces femmes.

On a vu auparavant que certaines victimes pouvaient s'isoler, se retrouver seules, coupées de leur famille ; c'est peut être aussi pour combler certains manques, qu'elles expriment ces attentes envers les personnes qui s'occupent d'elles à cette période.

5.2 Concernant l'abord du sujet de l'inceste

Au cours de 16% des grossesses seulement, le sujet de l'inceste a été abordé; parmi elles, dans 24% des cas, les femmes en ont parlé à un psychologue ou à un psychiatre, en revanche dans 62% des cas elles se sont confiées à un personnel de santé moins apte dans leur formation ou information à gérer ce type de problèmes d'ordre psychologique, à savoir les médecins, les gynécologues, les obstétriciens, les sages femmes ou les infirmières.

Au cours de 84% de l'ensemble des grossesses, les femmes n'ont pas parlé du vécu de l'inceste. Or pour 41% d'entre elles, les femmes auraient souhaité que l'on aborde le sujet avec elles.

Pour 56% des grossesses en revanche, les femmes n'exprimaient pas cette volonté ; cependant, on constate que parmi les justifications données à cette réponse, la plus fréquente à hauteur de 52%, était que ces femmes se trouvaient encore dans le déni de l'inceste au moment de leur grossesse ou accouchement. Il ne s'agit donc pas réellement d'une volonté de ne pas en parler, mais d'une inconscience des faits par un mécanisme de refoulement, une amnésie totale de ce vécu.

Hormis cette situation de déni, on constate deux versants concernant l'abord du sujet ; d'un côté les femmes qui ne souhaitent pas en parler et préfèrent maintenir une certaine distance vis à vis du problème, par honte, parce qu'elles ne sentent

pas prêtes ou pour ne pas « parasiter la grossesse et l'accouchement », et pouvoir en « profiter pleinement ».

Et de l'autre, les femmes qui auraient aimé qu'on parle de ce sujet avec elles, motivées par diverses raisons. La plus évoquée à hauteur de 43% était la volonté d'obtenir de l' « aide dans les relations avec l'enfant » ; plusieurs femmes disent avoir ressenti pendant la grossesse ou l'accouchement des doutes concernant leur « capacité à être une bonne mère », à s'occuper de l'enfant sans reproduire l'inceste, à l'aimer. La peur de lui « transmettre le mal être » dont elles souffrent, de « lui faire vivre ce qu'elles ont vécu », de le « salir », la peur de le « rejeter » ou le « renier », notamment en fonction de son sexe. Le sexe de l'enfant revêt une importance énorme pour les victimes, et peut avoir un impact sur la relation avec l'enfant ; en effet il apparaît difficile pour certaines femmes que l'enfant soit du même sexe que l'agresseur, pour d'autres c'est le fait d'avoir une fille qui serait plus difficile à accepter ; les femmes ont tendances à s'identifier à leur fille et craignent qu'elle subisse le même sort qu'elles [3].

Pour d'autres femmes, aborder le sujet leur aurait permis de mieux vivre la grossesse et l'accouchement, et ainsi leur permettre de « mettre des mots sur ce qui remontait en elles pendant la grossesse », de « se libérer d'un poids », de « se purifier ». Certaines auraient même appréciées d'être orientées vers une thérapie, et d'avoir une prise en charge psychologique plus spécifique.

On retrouve également certaines attentes déjà évoquées auparavant : la volonté d'en parler pour pouvoir être comprises et rassurées, encadrées face aux stress, peurs, doutes et angoisses qui les animent.

Et enfin quelques femmes avouent vouloir aborder le sujet pour se sentir moins seules. Nous avons constaté précédemment qu'elles pouvaient se trouver isolées, et esseulées face à ce problème, nous en avons une preuve ici.

Par contre, si l'on en croit certains témoignages, le personnel médical n'est parfois pas enclin pour évoquer ce genre de sujet ; en effet certaines femmes disent n'avoir eu aucun « lien avec le personnel », « aucune sollicitude » de celui ci, ce qui les a contrainte à ne pas vouloir en parler. Certaines vont même jusqu'à mettre en doute leur « capacité » et leur « formation » quand à ce type de problèmes, plutôt d'ordre psychologique. Le manque de confiance envers le personnel médical, est la justification majoritairement citée parmi les 6% des cas

ou les femmes ne savent pas si elles auraient aimé que l'on aborde avec elle le sujet.

6. Perspectives proposées

Nous avons pu constater au cours de cette étude, l'existence de répercussions du vécu de l'inceste pendant la période de la grossesse et de l'accouchement. C'est pourquoi il paraît important de pouvoir dépister ces femmes victimes d'inceste, afin de pouvoir agir envers ces répercussions, aussi bien physiques que morales, durant cette période. Ce dépistage pourrait être favorisé par le repérage de certains signes d'appel: la répétition d'IVG, le mauvais vécu de la grossesse, l'isolement, le mauvais suivi, un mal être permanent, des difficultés à se laisser examiner, des troubles alimentaires, des dépendances importantes, des angoisses particulières, des peurs et doutes précis, une dévalorisation de soi... Ces signes ne sont pas systématiquement liés au vécu d'un inceste ; mais nous avons constaté que certaines victimes les présentaient. Mais ce dépistage s'appuierait essentiellement sur la communication et l'attention portées aux patientes. Nous avons remarqué que bons nombres de ces femmes étaient désireuses d'en parler, peut être faudrait il les y inviter. Idéalement ce dépistage devrait être précoce, afin de pouvoir accompagner ces femmes pendant toute la durée de la grossesse et jusqu'à l'accouchement, et dans le but d'essayer d'éviter certaines conséquences néfastes. Mais il peut s'effectuer à tout moment. Notamment lors des diverses consultations de grossesse ou au moment de l'accouchement, qui, bien que tardif, est un moment où se crée avec le personnel médical, un rapport de proximité. Cependant l'entretien du quatrième mois paraît plus propice pour détecter ce genre de problème ; il est précoce et basé sur la discussion, le dialogue et l'écoute ; il invite les femmes et même parfois les couples, à exprimer leurs craintes et leurs interrogations sur la grossesse, l'accouchement, la venue du bébé... et à s'exprimer librement. Ce moment pourrait être idéal pour détecter un éventuel vécu d'inceste, voir même pour en parler selon les volontés de la femme ou du couple. Il permettrait ainsi d'initier une prise en charge particulière, une orientation spécifique de ces femmes, et un accompagnement durant toute la durée de la grossesse. Tout en tenant compte du fait que, certaines femmes ne font pas

suivre régulièrement leur grossesse et qu'elles pourraient faire l'impasse sur cet entretien du quatrième mois.

Une fois ces femmes dépistées, il faudrait pouvoir leur assurer une prise en charge adaptée, ce vécu implique en effet une prise en charge particulière dont les victimes sont majoritairement demandeuses.

Mais pour que tout ce processus de dépistage, et de prise en charge puisse être mis en place, il faudrait que le personnel de santé soit sensibilisé à la cause de l'inceste, qu'il soit informé et formé sur ce sujet. Ce personnel de santé comprend toutes les personnes qui peuvent être amenées à s'occuper de ces patientes, au moment de la grossesse et de l'accouchement, à savoir, les gynécologues, les obstétriciens, les sages femmes, les médecins, les infirmières. Certains témoignages émettent des doutes quand aux capacités de ce personnel à prendre en charge ce type de problème et les conséquences morales et physiques qu'il implique. Ils ne sont pas, en effet, les plus aptes et les mieux formés pour ce type d'atteinte d'ordre psychologique comme le sont les psychologues ou psychiatres ; ils sont cependant en première ligne pour accueillir les propos de ces femmes lorsqu'elles le désirent, puisqu'on constate que lorsque le sujet est abordé, il l'est à hauteur de 62% avec eux.

Il serait donc peut être nécessaire que le sujet de l'inceste puisse être intégré aux formations initiales, dans les écoles ou facultés, et qu'il fasse l'objet de séances formatives ou informatives auprès du personnel en activité.

7. Limites de l'étude :

Certaines données obtenues par cette étude sont difficilement interprétables ; les chiffres obtenu concernant le dépassement de terme, la prématurité, les épisiotomies, les FC, les MFIU, le poids de naissance, peuvent être révélateurs mais on peut difficilement établir un lien avec l'inceste car de nombreux autres facteurs peuvent entrer en jeux et être déterminant quand à ceux ci. Or l'étude ne permet pas de les prendre en compte, n'ayant pas accès aux dossiers médicaux de ces femmes. Ces chiffres méritent cependant d'être développés, et cette étude préliminaire poursuivi afin de répondre aux interrogations misent en avant.

CONCLUSION

Nous avons ainsi pu constater au cours de cette étude, qu' outre le fait d'avoir un impact sur l'état de santé et la vie quotidienne des victimes, l'inceste peut également chez certaines femmes avoir des répercussions pendant la période de la grossesse et de l'accouchement. Certaines femmes rencontrent des difficultés d'accès à la maternité qui peuvent se manifester par la réalisation d'interruptions de grossesses, des difficultés d'acceptation de la maternité ; certaines grossesses sont cachées, ou mal suivies. Certaines victimes expriment un état de mal être pendant la grossesse qui les empêche de s'épanouir ; des peurs, des doutes, des réticences, des souffrances psychologiques qui les amènent parfois jusqu'à certains comportements à risques. A l'image de certaines femmes souffrant de troubles du comportement alimentaire, de conduites addictives ou d'excès de violence, pouvant mettre en danger leur vie et celle de leur bébé.

Concernant l'accouchement, il s'agit plus de répercussions psychologiques qui donnent lieu à des peurs, des angoisses, notamment par rapport à l'accouchement par voie basse.

Au vu des répercussions que l'inceste pourrait avoir pendant ces périodes de la grossesse et de l'accouchement, et en portant attention aux témoignages de ces femmes victimes, il serait nécessaire de pouvoir dépister ces femmes et de mettre en place une prise en charge adaptée. Le dépistage devra être le plus précoce possible et la prise en charge doit correspondre à leurs volontés, leurs attentes, et leurs apporter aide et accompagnement au cours de cette période. Mais pour que tout ceci puisse être mis en place, il faudrait que les personnels de santé qui ont en charge ces patientes pendant cette période, à savoir les médecins, gynécologues, obstétriciens, sages femmes, infirmières, puissent être sensibilisés, formés et informés sur ce sujet.

Il n'existe en France que peu de données épidémiologiques sur l'inceste ; or notre étude, a permis de mettre en évidence par ses chiffres, l'existence de répercussions du vécu de l'inceste pendant la période de la grossesse et de l'accouchement et de soulever certaines interrogations. Cette étude descriptive, invite donc à poursuivre et développer les recherches notamment en ce qui

concerne les chiffres difficilement interprétables par nos données. Il pourrait également être intéressant d'obtenir l'opinion des différents personnels de santé sur leur formation, information et capacité en la matière, qui pourrait compléter notre étude. D'autres études épidémiologiques, pourront être menées, dans le domaine de la santé publique afin que ce problème encore sous estimé, face l'objet de plus de considération.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- [1] dictionnaire le petit Larousse, 1995.
- [2] Laupies V., *Les quatre dimensions de l'inceste : compréhension factuelle, psychique, systémique et éthique. Approche intégrative de la thérapie chez l'adulte*, Paris, l'Harmattan, 2000, 229 P., (collection Les thérapies familiales aujourd'hui).
- [3] Aubry I., Apers S., *Être parent après l'inceste*, Paris, édition J.Lyon, 2009, 214 P.
- [4] Article 222-23 du code pénal.
- [5] Article 222-22 du code pénal.
- [6] Fort ML, circulaire d'application de la loi ML Fort sur l'inceste du 9 février 2010. [en ligne].<http://aivi.org/>
- [7] AIVI. *Association Internationale des Victimes de l'Inceste* [en ligne].
<http://aivi.org/>
- [8] sondage IPSOS /AXA atout cœur pour AIVI, *état des lieux de la situation des personnes victimes d'inceste : vécu, état de santé et impact sur la vie quotidienne*, 2010. [en ligne].<http://aivi.org/>
- [9] Dossier AIVI, *L'inceste un crime spécifique et imprescriptible : pourquoi faut-il changer nos lois ?*, mars 2001.[en ligne].<http://aivi.org/>
- [10] Bonnet.C. *Détecter l'inceste durant la grossesse aurait-il un effet positif pour les futurs parents*. Syngof 2010, N°80 : p.25-28
- [11] Aubry I., *Comment j'ai surmonté l'inceste : des conséquences aux soins*, Paris : édition J.Lyon, 2010, 230 P.
- [12] Kramer E. *les professionnels de la santé autour de la naissance, la parentalité et l'inceste*. Les dossiers de l'obstétrique, 2010, N°395 :p.22-23
- [13] Info science du 17 /03/01
- [14] Collectif féministe contre le viol. Dossier : les grossesses à la suite de viol.
[en ligne]. <http://www.cfcv.asso.fr/>

- [15] Bonnet C. *l'inceste est un problème de santé publique*. Profession sage femme, 2009, N°159 : p.14-15
- [16] Condom JT. *The battered fetus syndrome. Preliminary data on the incidence of the urge to physically abuse the unborn child*. J Ment Dis 1987.
- [17] Kent L, Laidlaw J, Brockington I, *Fetal abuse*. Child Abuse Neglect 1997 .
- [18] Bonnet C., *un geste d'amour*, 3^{ème} éd., Paris : opus cité, 2001, 363P.
- [19] Bonnet C. *Accompagner le déni de grossesse*. Perspectives Psychiatriques, 2002 ; 41: p.189-194
- [20] Bonnet C. *Naissance sous X, pourquoi l'anonymat ?*, Lettre du gynécologue, 2003, N° 283: p.4-6.
- [21] INPES. « *zéro alcool pendant la grossesse* ». In INPES. [en ligne].
<http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/06/dp060911.pdf>
- [22] Texeira C. *Le syndrome d'alcoolisme fœtal*. La revue sage femme, 2006 ; 5, N°2 : p.54-63
- [23] Habib P. *quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement*. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 2005 ; 34, N°HS1 : p.353-369
- [24] Billaud N. *Quelles sont les conséquences à court moyen et long terme du tabagisme pendant la grossesse*. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 2005 ; 34, N°HS1 : p.234-240
- [25] Collet M. Beillard C. *Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement ?- conséquences du tabagisme sur le développement fœtal et le risque de retard de croissance intra utérin ou de mort fœtale in utero*. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 2005 ; 34, N°HS1 : p.135-145

ANNEXES

ANNEXE I

Articles du code civil relatif à la prohibition du mariage

Article 161 :

En ligne directe, le mariage est prohibé entre tous les ascendants et descendants légitimes ou naturels, et les alliés dans la même ligne.

Article 162 :

En ligne collatérale, le mariage est prohibé, entre le frère et la sœur légitimes ou naturels.

Article 163 :

Le mariage est encore prohibé entre l'oncle et la nièce, la tante et le neveu, que la parenté soit légitime ou naturelle.

Article 164 :

Néanmoins, il est loisible au président de la République de lever, pour des causes graves, les prohibitions portées :

- par l'article 161 aux mariages entre alliés en ligne directe lorsque la personne qui a créé l'alliance est décédée ;
- par l'article 163 aux mariages entre l'oncle et la nièce, la tante et le neveu.

Article 356 :

L'adoption confère à l'enfant une filiation qui se substitue à sa filiation d'origine : l'adopté cesse d'appartenir à sa famille par le sang, sous réserve des prohibitions au mariage visées aux articles 161 à 164. Toutefois, l'adoption de l'enfant du

conjoint laisse subsister sa filiation d'origine à l'égard de ce conjoint et de sa famille. Elle produit, pour le surplus, les effets d'une adoption par les deux époux.

Article 366 :

Le lien de parenté résultant de l'adoption s'étend aux enfants de l'adopté.

Le mariage est prohibé :

- 1° Entre l'adoptant, l'adopté et ses descendants ;
- 2° Entre l'adopté et le conjoint de l'adoptant ;
- 3° Réciproquement entre l'adoptant et le conjoint de l'adopté ;
- 4° Entre les enfants adoptifs du même individu ;
- 5° Entre l'adopté et les enfants de l'adoptant.

Néanmoins, les prohibitions au mariage portées aux 3° et 4° ci-dessus peuvent être levées par dispense du président de la République, s'il y a des causes graves.

La prohibition au mariage portée au 2° ci-dessus peut être levée dans les mêmes conditions lorsque la personne qui a créé l'alliance est décédée.

ANNEXE II

<p>Type d'inceste commis par un ascendant légitime naturel ou adoptif ou toute personne ayant une autorité de droit ou de fait sur la victime</p> <p><i>*défini par les articles du code pénal</i></p>	<p>Jugement</p>	<p>peines encourues</p> <p><i>* selon les articles du code pénal</i></p>	<p>prescription</p>
<p>VIOL sur moins de 15 ans</p> <p><i>*222-23</i></p>	<p>CRIME</p>	<p>20 ans de prison</p> <p><i>* 222-24</i></p>	<p>Aux 38 ans de la victime</p>
<p>VIOL sur 15 ans et plus</p> <p><i>*222-23</i></p>	<p>CRIME</p>	<p>20 ans de prison</p> <p><i>*222-24</i></p>	<p>Aux 38 ans de la victime</p>
<p>AGRESSION SEXUELLE ou tentative sur moins de 15 ans</p> <p><i>*222-22</i></p>	<p>DELIT</p>	<p>10 ans de prison</p> <p><i>*222-30</i></p>	<p>Aux 38 ans de la victime</p>
<p>AGRESSION SEXUELLE ou tentative sur 15 ans et plus</p> <p><i>*222-22</i></p>	<p>DELIT</p>	<p>7 ans de prison</p> <p><i>*222-28</i></p>	<p>Aux 28 ans de la victime</p>

<p style="text-align: center;">ATTEINTE SEXUELLE sur moins de 15 ans</p> <p style="text-align: center;">*227-25</p>	<p style="text-align: center;">DELIT</p>	<p style="text-align: center;">10 ans de prison</p> <p style="text-align: center;">*227-26</p>	<p style="text-align: center;">Aux 38 ans de la victime</p>
<p style="text-align: center;">ATTEINTE SEXUELLE sur 15 ans et plus</p> <p style="text-align: center;">*227-27</p>	<p style="text-align: center;">DELIT</p>	<p style="text-align: center;">2 ans de prison</p> <p style="text-align: center;">*227-27</p>	<p style="text-align: center;">Aux 28 ans de la victime</p>

Art. 222-31-2 et Art. 227-27-3 Lorsque le viol incestueux, l'agression sexuelle incestueuse, ou l'atteinte sexuelle incestueuse est commis contre un mineur par une personne titulaire sur celui-ci de l'autorité parentale, la juridiction de jugement doit se prononcer sur le retrait total ou partiel de cette autorité en application des articles 378 et 379-1 du code civil.

Elle peut alors statuer sur le retrait de cette autorité en ce qu'elle concerne les frères et sœurs mineurs de la victime.

ANNEXE III

Questionnaire :

Chers membres,

Depuis ses premiers travaux sur l'inceste et la parentalité, AIVI a réalisé un congrès international sur ce thème et publié un livre « Etre parent après l'inceste ». Nous souhaitons maintenant aborder ce sujet difficile (69% des victimes d'inceste ont peur de devenir parent selon notre dernier sondage IPSOS 2010) de façon plus concrète. Il n'existe que très peu de travaux sur ce thème en France, c'est pourquoi, en collaboration avec une étudiante sage femme de l'Ecole de Poissy, nous avons élaboré un projet de recherche sur les éventuelles répercussions que pourrait avoir l'inceste pendant la grossesse et l'accouchement chez les femmes survivantes de l'inceste se sentant concernées par l'accès à la parentalité.

Nous vous remercions infiniment de participer à cette recherche en répondant au questionnaire ci-dessous. Vos réponses sont à envoyer à contact@aivi.org, elles seront transmises anonymement à Magali LEFEBVRE, élève sage femme qui mène ce travail sous la supervision d'Estelle KRAMER, sage femme, bénévole à AIVI.

A bientôt.

Isabelle Aubry, Présidente.

Je me présente, Magali LEFEBVRE, étudiante sage femme en dernière année. Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études, j'ai choisi de m'intéresser au sujet de l'inceste et précisément aux répercussions que celui ci pourrait avoir au cours de la grossesse et de l'accouchement, afin d'essayer de sensibiliser les différents professionnels de santé au dépistage de ces femmes et à une meilleure prise en charge du problème. Pour cela, je vous invite, si vous l'acceptez, à répondre à ce questionnaire anonyme, s'adressant aux femmes, se sentant concernées par l'accès à la parentalité et abordant votre (vos) grossesse(s) (ayant abouti ou non) et accouchement(s).

Une fois mon mémoire terminé, je le mettrai à votre disposition sur le site de

l'association afin que vous puissiez en découvrir les résultats.

Votre participation m'est précieuse. Je vous remercie.

Pour répondre au questionnaire, il vous suffi de cliquer sur "répondre" au mail et vous pourrez compléter les pointillés ou mettre en gras la bonne réponse.

Renseignements généraux :

veuillez répondre aux questions en complétant les pointillés ou en mettant en gras la bonne réponse.

Votre date de naissance : .. /.. /....

Votre situation familiale : en couple célibataire

Combien avez vous d'enfants : ...

 En quelle(s) année(s) avez vous accouché :

Avez vous déjà fait pratiquer des Interruptions Volontaires de Grossesse ?

OUI NON

 Si oui : en quelle(s) année(s) :

Avez vous déjà fait des fausses couches? OUI NON

 Si oui: en quelles(s) année(s):

Avez vous déjà perdu un enfant au cours de la grossesse? OUI NON

 Si oui: en quelle(s) année(s):

la grossesse :

Pour l'ensemble des questions, veuillez répondre pour chacune de vos grossesses, en mettant en gras la bonne réponse ou en complétant les pointillés.

Au cours de quel mois vous êtes vous rendue compte que vous étiez enceinte?

pour la 1ère grossesse: 1er mois, 2ème mois, 3ème mois, 4ème mois, 5ème mois, 6ème mois, 7ème mois, 8ème mois, 9ème mois

pour la 2ème grossesse: 1er mois, 2ème mois, 3ème mois, 4ème

mois, 5ème mois, 6ème mois, 7ème mois, 8ème mois, 9ème mois

pour la 3ème grossesse: 1er mois, 2ème mois, 3ème mois, 4ème mois, 5ème mois, 6ème mois, 7ème mois, 8ème mois, 9ème mois

pour la 4ème grossesse: 1er mois, 2ème mois, 3ème mois, 4ème mois, 5ème mois, 6ème mois, 7ème mois, 8ème mois, 9ème mois

pour la 5ème grossesse: 1er mois, 2ème mois, 3ème mois, 4ème mois, 5ème mois, 6ème mois, 7ème mois, 8ème mois, 9ème mois

Avez vous caché votre grossesse à votre entourage ?

1ère grossesse: OUI NON

2ème grossesse: OUI NON

3ème grossesse: OUI NON

4ème grossesse: OUI NON

5ème grossesse: OUI NON

Avez vous subi l'inceste : avant d'être enceinte

pendant une grossesse (laquelle:)

après la grossesse (laquelle:.....)

Avez vous été régulièrement suivi par un médecin ou une sage femme pendant votre grossesse ?

1ère grossesse: OUI NON

2ème grossesse: OUI NON

3ème grossesse: OUI NON

4ème grossesse: OUI NON

5ème grossesse: OUI NON

Avez vous eu : une consultation par mois, moins d'une consultation par mois, plus d'une consultation par mois?

veuillez répondre par l'une de ces trois réponses sur les pointillés correspondants:

1ère grossesse:

2^{ème} grossesse:

3ème grossesse:

4ème grossesse:

5ème grossesse:

Avez vous fait: 3 échographies, plus de 3 échographies, moins de 3 échographies?
veuillez répondre par l'une de ces trois réponses sur les pointillés correspondants:

1ère grossesse:

2ème grossesse:

3ème grossesse:

4ème grossesse:

5ème grossesse:

Avez vous eu, pendant votre grossesse, des crises d'anorexie:

1ère grossesse: OUI NON

2ème grossesse: OUI NON

3ème grossesse: OUI NON

4ème grossesse: OUI NON

5ème grossesse: OUI NON

Avez vous eu, pendant votre grossesse, des crises de boulimie:

1ère grossesse: OUI NON

2ème grossesse: OUI NON

3ème grossesse: OUI NON

4ème grossesse: OUI NON

5ème grossesse: OUI NON

Avez vous, pendant votre grossesse, consommé de l'alcool en quantité importante:

1ère grossesse: OUI NON

2ème grossesse: OUI NON

3ème grossesse: OUI NON

4ème grossesse: OUI NON

5ème grossesse: OUI NON

Avez vous, pendant votre grossesse, consommé des drogues

1ère grossesse: OUI NON

2ème grossesse: OUI NON

3ème grossesse: OUI NON

4ème grossesse: OUI NON

5ème grossesse: OUI NON

Avez vous, pendant votre grossesse, consommé du tabac?

1ère grossesse: OUI NON (quantité : ...cigarettes/ jour)

2ème grossesse: OUI NON (quantité : ...cigarettes/ jour)

3ème grossesse: OUI NON (quantité : ...cigarettes/ jour)

4ème grossesse: OUI NON (quantité : ...cigarettes/ jour)

5ème grossesse: OUI NON (quantité : ...cigarettes/ jour)

Avez vous ressenti, pendant la grossesse, un sentiment de mal être vis à vis de la présence du bébé dans votre corps ?

1ère grossesse: OUI NON

2ème grossesse: OUI NON

3ème grossesse: OUI NON

4ème grossesse: OUI NON

5ème grossesse: OUI NON

Pendant la grossesse, avez vous exprimé certains gestes de violence envers vous même ?

1ère grossesse: OUI NON

2ème grossesse: OUI NON

3ème grossesse: OUI NON

4ème grossesse: OUI NON

5ème grossesse: OUI NON

Pendant la grossesse, avez vous exprimé certains gestes de violence envers votre bébé ?

1ère grossesse: OUI NON

2ème grossesse: OUI NON

3ème grossesse: OUI NON

4ème grossesse: OUI NON

5ème grossesse: OUI NON

Avez vous souffert de vaginisme ou éprouvé de grandes difficultés à vous faire examiner (lors des touchers vaginaux) ?

1ère grossesse: OUI NON

2ème grossesse: OUI NON

3ème grossesse: OUI NON

4ème grossesse: OUI NON

5ème grossesse: OUI NON

L'accouchement:

veuillez répondre à chaque question en complétant les pointillés ou en mettant en gras la bonne réponse.

Au cours de quel mois avez vous accouché?

pour la 1ère grossesse: 5ème mois, 6ème mois, 7ème mois, 8ème mois, 9ème mois, après le 9ème mois

pour la 2ème grossesse: 5ème mois, 6ème mois, 7ème mois, 8ème mois, 9ème mois, après le 9ème mois

pour la 3ème grossesse: 5ème mois, 6ème mois, 7ème mois, 8ème mois, 9ème mois, après le 9ème mois

pour la 4ème grossesse: 5ème mois, 6ème mois, 7ème mois, 8ème mois, 9ème mois, après le 9ème mois

pour la 5ème grossesse: 5ème mois, 6ème mois, 7ème mois, 8ème mois, 9ème mois, après le 9ème mois

L'équipe médicale vous a t elle proposé de déclencher l'accouchement pour dépassement de la date prévu ?

1ère grossesse: OUI NON

2ème grossesse: OUI NON

3ème grossesse: OUI NON

4ème grossesse: OUI NON

5ème grossesse: OUI NON

Avez vous accouchez: au domicile, à l'hôpital, ou autre (précisez)?

veuillez répondre par l'une de ces trois réponses sur les pointillés correspondants:

1ère grossesse:

2ème grossesse:

3ème grossesse:

4ème grossesse:

5ème grossesse:

Comment avez vous accouchez: par les voies naturelles, par les voies naturelles avec l'aide d'instruments(forceps, spatules, ventouse), ou par césarienne?

veuillez répondre par l'une de ces trois réponses sur les pointillés correspondants:

1ère grossesse:

2ème grossesse:

3ème grossesse:

4ème grossesse:

5ème grossesse:

En cas de césarienne, était ce: pour raison médicale, pour désir de votre part, ou les deux?

veuillez répondre par l'une de ces trois réponses sur les pointillés correspondants:

1ère grossesse:
2ème grossesse:
3ème grossesse:
4ème grossesse:
5ème grossesse:

si vous avez accouché par les voies naturelles ; auriez vous souhaité avoir une césarienne ?

1ère grossesse: OUI NON
2ème grossesse: OUI NON
3ème grossesse: OUI NON
4ème grossesse: OUI NON
5ème grossesse: OUI NON

si OUI pourquoi?

.....
.....
.....

Avez vous eu une épisiotomie?

1ère grossesse: OUI NON
2ème grossesse: OUI NON
3ème grossesse: OUI NON
4ème grossesse: OUI NON
5ème grossesse: OUI NON

Quel était le poids du bébé à la naissance?

1ère grossesse:
2ème grossesse:
3ème grossesse:

4ème grossesse:

5ème grossesse:

ressenti:

veuillez répondre aux questions en complétant les pointillés ou en mettant en gras la bonne réponse.

Avez vous le sentiment d'avoir été prise en charge comme vous l'auriez souhaité, par les différents membres de l'équipe, pendant la grossesse:

OUI NON

Si OUI pourquoi?

.....
.....
.....

Si NON pourquoi?

.....
.....
.....

Avez vous abordé le sujet de l'inceste avec quelqu'un pendant la grossesse ou l'accouchement ? OUI NON

si OUI, avec qui?

.....

si NON, auriez vous souhaité qu'un membre de l'équipe aborde le sujet avec vous ? OUI NON

pourquoi?.....
.....
.....

Je vous remercie de votre participation !!

