

Sexualité du post-partum. Évaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels

Claire Foucault

▶ **To cite this version:**

Claire Foucault. Sexualité du post-partum. Évaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00620267

HAL Id: dumas-00620267

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00620267

Submitted on 7 Sep 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Liens

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 06 avril 2011

par

Claire SAUVESTRE-FOUCAULT

Née le 25 mai 1987

Sexualité du post-partum

Evaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels

DIRECTEUR DU MEMOIRE :
Madame AUDINET Corinne Sage-femme libérale, sexologue

JURY :

Professeur CABROL Dominique	Directeur technique de l'école de sages-femmes de Baudelocque
Professeur GOFFINET François	Professeur des universités- Praticien Hospitalier
Madame NGUYEN Françoise	Directrice de l'école de sages-femmes de Baudelocque
Madame GUILLAUME Sophie	Sage-femme cadre supérieur, Maternité Necker
Madame MENINAT Catherine	Sage-femme guide de l'école de sages-femmes de Baudelocque

N° du mémoire 2011PA05MA32

© Université Paris Descartes – ESF Baudelocque.

Remerciements

Je tiens à remercier Madame Audinet d'avoir accepté de diriger ce mémoire et de m'avoir consacré tant de temps pour me guider et me soutenir.

Je remercie Madame Méninat pour sa disponibilité, sa bienveillance et son soutien tout au long de nos entretiens. Merci à l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Baudelocque pour son enseignement et son encadrement.

Un très grand merci à toutes les sages-femmes qui ont participé à mon étude. Je tiens tout particulièrement à féliciter les sages-femmes libérales de Paris et de province qui, en ayant distribué et collecté mes questionnaires, ont fait un immense travail. Sans leur collaboration, ce mémoire n'aurait pu être réalisé. Merci à Madame Audinet, Madame Sachet, Madame Bendrihem, Madame Gicquel, Madame Lebastard, Madame Alliot, Madame Biotteau, Madame Sechet, Madame Chupin, Madame Courbet et Madame Boulet-Gercourt.
Je remercie les sages-femmes, hospitalières ou libérales, qui m'ont consacré de leur temps pour la réalisation des entretiens.

Je désire remercier mes proches qui m'ont suivi pas à pas lors de la réalisation de ce mémoire. Un merci tout particulier à Régis, Lucie et Annie Régeard pour leurs relectures et leurs remarques.

A mon mari,

Table des matières

Remerciements **3**
Table des matières **4**
Liste des tableaux **6**
Liste des graphiques **7**
Liste des annexes **8**
Introduction **9**
1 Première partie Cadre conceptuel **11**
1.1 La sexualité 11
1.1.1 La santé sexuelle *11*
1.1.2 Le désir sexuel *13*
1.1.3 L'excitation sexuelle *15*
1.1.4 Le plaisir sexuel *16*
1.1.5 Le sentiment amoureux *16*
1.1.6 La communication *17*
1.1.7 Sexualité, mythes et tabou *17*
1.2 Les dysfonctions sexuelles féminines 18
1.2.1 Les troubles de la pénétration *18*
1.2.2 Les troubles du plaisir sexuel *19*
1.2.3 Les troubles du désir sexuel *19*
1.3 La sexualité pendant la grossesse 20
1.3.1 Le désir sexuel *20*
1.3.2 La sexualité du couple pendant la grossesse *20*
1.3.3 La sexualité des femmes pendant la grossesse *22*
1.3.4 La sexualité des hommes pendant la grossesse *22*
1.4 La sexualité après l'accouchement 23
1.4.1 Le désir sexuel *23*
1.4.2 La sexualité du couple après l'accouchement *24*
1.4.3 Les différents facteurs influençant la sexualité du post-partum *25*
2 Deuxième partie Méthodologie et résultats **30**
2.1 Méthodologie 30
2.1.1 Problématique *30*
2.1.2 Les hypothèses de recherche *31*
2.1.3 Les objectifs de l'étude *32*
2.1.4 Méthodologie de l'étude *32*

2.2 Résultats 33
2.2.1 Résultats des entretiens auprès des sages-femmes 33
2.2.2 Résultats des questionnaires auprès des couples 37
3 Troisième partie Analyse et discussion 56
3.1 Evaluation de la validité de l'étude 56
3.1.1 Evaluation de l'échantillon des sages-femmes participantes 56
3.1.2 Evaluation de l'échantillon de couples interrogés 56
3.1.3 Evaluation du questionnaire 58
3.1.4 Evaluation de l'entretien de recueil de données 59
3.1.5 Forces et limites de l'étude 60
3.2 Analyse et discussion des résultats 60
3.2.1 Les sages-femmes et les patientes n'abordent-elles pas le thème de la sexualité du couple par difficulté de vaincre le tabou ? 61
3.2.2 Les sages-femmes ont-elles des réticences à aborder ce sujet parce qu'elles pensent manquer de formation et de connaissances à propos des problèmes sexuels ? 63
3.2.3 Les sages-femmes ont-elles un rôle prépondérant dans l'information des changements possibles de la sexualité de la grossesse ainsi que dans la prévention des problèmes éventuels liés à la reprise des rapports ? 64
3.3 Propositions 67
3.3.1 Vers un dépistage systématique ? 67
3.3.2 Propositions pour les professionnels de santé 68
3.3.3 Propositions pour la sage-femme 70
3.3.4 Autres propositions 72
3.3.5 L'après dépistage : l'orientation pour une prise en charge de la femme ou du couple . 73
Conclusion 74
Bibliographie 75
Annexes 78

Liste des tableaux

Tableau 1 : Causes responsables du manque de satisfaction du couple, pourcentage en fonction du genre 39
Tableau 2 : Causes responsables du manque de satisfaction des hommes après l'accouchement 40
Tableau 3 : Pourcentage des troubles ressentis par les femmes en post-partum 46
Tableau 4 : Comparaison de l'échantillon des femmes en fonction du lieu de vie.....57
Tableau 5 : Comparaison de l'échantillon des hommes en fonction du lieu de vie 58

Liste des graphiques

Graphique 1 : Evolution de la sexualité en fonction de la parité 37
Graphique 2 : Evolution de la qualité en fonction du genre 38
Graphique 3 : Evolution de la qualité en fonction du mode d'obtention de la grossesse 40
Graphique 4 : Evolution de la qualité en fonction de l'environnement de la grossesse 41
Graphique 5 : Délais d'apparition du désir sexuel et de reprise des rapports en fonction du vécu de l'accouchement.....42
Graphique 6 : Qualité de la sexualité en fonction du vécu de l'accouchement 42
Graphique 7 : Délai d'apparition du désir sexuel et de reprise des rapports en fonction du mode d'accouchement.....43
Graphique 8 : Qualité de la sexualité en fonction de l'état du périnée 44
Graphique 9 : Délais d'apparition du désir sexuel et de reprise des rapports en fonction du mode d'allaitement 45
Graphique 10 : Délais d'apparition du désir sexuel et de reprise des rapports en fonction des expériences précédentes.....46
Graphique 11 : Délais d'apparition du désir sexuel et de reprise des rapports en fonction de la communication du couple.....48
Graphique 12 : Qualité de la sexualité en fonction de la communication du couple 48
Graphique 13 : Répartition des femmes selon les différents modes de PNP 49
Graphique 14 : Répartition de l'information concernant la sexualité de la grossesse et du postpartum en prénatal 50
Graphique 15 : Qualité de l'information concernant la sexualité du post-partum en fonction des professionnels de santé 52
Graphique 16 : Répartition des professionnels de santé en fonction de la qualité de l'information 53
Graphique 17 : Répartition du moment idéal pour parler de la sexualité de la grossesse 54
Graphique 18 : Répartition du moment idéal pour parler de la reprise des rapports après l'accouchement 54
Graphique 19 : Répartition des personnes dont les femmes se sentent le plus proche pour parler de sexualité 55

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire adressé aux couples

Annexe 2 : Exemple de questions pour les sages-femmes, entretien avec les sages-femmes de consultation

Annexe 3 : Dépliant sur la sexualité du couple réalisé dans le cadre d'un mémoire de sage-femme intitulé «Le manque d'informations sur les rapports sexuels pendant la grossesse» par Katy-Line RUOL

Introduction

Dans sa globalité, la sexualité est un sujet complexe, dont la société parle peu. Même si la publicité et les médias l'utilisent comme accroche, cela reste un sujet délicat à aborder en couple, dans la vie de tous les jours et lors du suivi médical.
Nos domaines, l'obstétrique et la périnatalité, nous amènent à accompagner les couples dans le tourbillon de la vie qu'est la maternité, la paternité, la parentalité. En effet, la naissance d'un enfant annonce une multitude de changements pour la femme et son conjoint. Le post-partum constitue une étape importante de la vie de couple. Malgré le temps passé à s'occuper de leur enfant, la fatigue et les douleurs périnéales de la femme, le couple a besoin de se retrouver dans l'intimité. Des difficultés sexuelles sont susceptibles d'apparaître et de fragiliser les liens du couple.

Ce sont justement ces difficultés sexuelles qui ont attiré notre attention. Au cours du cursus de formation au métier de sage-femme, la sexualité du couple et les difficultés sexuelles n'ont pas une place de choix. Ce constat s'applique également sur les terrains de stages où la sexualité est rarement abordée par les professionnels de santé avec les patientes. Après réflexion et quelques recherches sur internet, il est vite apparu que de nombreux sites traitant de la périnatalité exposent en première page les sujets de la sexualité de la grossesse et du post-partum. Quant aux études médicales, c'est en Angleterre et en Australie, où les sages-femmes ont un rôle primordial dans la prévention obstétricale que les études sont publiées. Pourquoi le corps médical français n'évoque pas plus le sujet de la sexualité ? Est-ce un tabou ? Qui sont les professionnels de santé qui abordent le sujet de la sexualité ? Auprès de quel professionnel le couple est-il le plus à l'aise pour poser leurs questions ?

Par ailleurs, les mentalités évoluent et le sujet tabou de la sexualité sort de l'ombre. L'OMS reconnait que la santé sexuelle est un sujet de santé publique et qu'elle doit être soutenue par des programmes d'interventions éducatives et préventives. Les professionnels de santé, et notamment les sages-femmes sont concernés par ce sujet de santé publique, d'autant que la loi HPST du 21 juillet 2009 invite les sages-femmes à s'impliquer dans des « actions de prévention et d'éducation à la santé et leur coordination ». En étendant leurs compétences au suivi gynécologique et à la prescription

de la contraception de toutes les femmes, les sages-femmes associent leurs pratiques à la sexualité de la femme. Mais à quel moment doit-on parler de sexualité avec le couple ? Au sein de nos institutions, comment est relayée l'information concernant la sexualité de la grossesse et la reprise des rapports après l'accouchement auprès des couples ? Quel est le rôle de la sage-femme dans la prévention des problèmes éventuels liés à la reprise des rapports dans le post-partum ?

Pour répondre à ces interrogations, nous avons étudié, à travers des entretiens auprès de dix sages-femmes et grâce à 128 questionnaires réalisés auprès des couples, comment faciliter le dialogue entre les couples et les professionnels de santé. Nous avons analysé les moments où les femmes sont les plus demandeuses d'informations concernant la sexualité du couple pendant la grossesse et après l'accouchement et comment les sages-femmes véhiculent cette information.

Grâce aux résultats de cette étude, nous espérons participer à l'amélioration des pratiques en terme d'accompagnement des femmes, des couples et de leur(s) futur(s) enfant(s).

1 Première partie
Cadre conceptuel

1.1 La sexualité

1.1.1 La santé sexuelle

1.1.1.1 Définition

Le concept de santé sexuelle est employé actuellement par l'OMS et un certain nombre d'ONG pour développer des programmes d'interventions éducatives et préventives en santé publique dans le domaine de la sexualité. Ce terme est par ailleurs de plus en plus utilisé comme l'équivalent du terme de sexualité parmi les cliniciens engagés dans le traitement des troubles sexuels.

Le livre de Billier et Ogien explique le concept de santé sexuelle. Dans sa dimension opérationnelle, ce concept propose un schéma très précis d'interventions professionnelles visant à promouvoir, maintenir et développer la santé sexuelle des populations. (1)

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence. Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés » (2)

Ce concept est basé sur trois points fondamentaux :

1. Une capacité de jouir et de contrôler le comportement sexuel et reproductif en accord avec l'éthique personnelle et sociale.
2. Une délivrance de la peur, de la honte, de la culpabilisation, des fausses croyances et des autres facteurs psychologiques pouvant inhiber la réponse sexuelle et interférer sur les relations sexuelles.
3. La santé reproductive, nécessitant une absence de troubles, de dysfonctions organiques, de maladies ou d'insuffisances susceptibles d'interférer avec la fonction sexuelle et reproductive.

Ces trois points constituent des droits de l'individu et des devoirs de la société à leur égard.

Ce concept implique au niveau institutionnel, en santé publique :

1. Une information : de base, elle est destinée à l'ensemble de la population. C'est l'éducation sexuelle.
2. Le conseil ou counceling : niveau d'intervention de tous les professionnels non thérapeutes qui sont en contact avec des personnes pouvant avoir des difficultés sexuelles.
3. La thérapie : prise en charge des troubles, avec des thérapies appropriées, par des médecins spécialistes.

1.1.1.2 Historique

Le concept de santé sexuelle se situe au carrefour de deux traditions : celle du concept de santé et celle du concept de sexualité qui ont connu des histoires parallèles au cours du XXème siècle. Le concept de santé, pensé au XIXème siècle dans une dimension négative comme un état statique, a été transformé au cours de la seconde moitié du XXème siècle. Sous la forte impulsion de l'OMS, il a été désigné comme un processus devant être maintenu et développé par différentes méthodes telles que l'éducation à la santé et la promotion de la santé. La santé, comme forme du bien-être individuel et collectif est ainsi devenue une des valeurs centrales et suprêmes du monde contemporain.

La sexualité a fait l'objet d'un processus de modernisation depuis le début du XXème siècle. Les pulsions sexuelles sont conçues par Freud comme une énergie, qu'il nomme « libido » (« le désir » en latin). Le concept de libido, comme pulsion de vie, est décrit dans *Trois essais sur la théorie sexuelle* comme base de toute activité humaine. (3)

Paul Robinson utilise le terme de « modernisation de la sexualité ». Il le définit comme une forme d'optimisme associant la vie sexuelle avec la communication émotionnelle. Cela contribue à l'épanouissement des individus. Selon le même auteur, ce courant serait rattaché aux conceptions des poètes romantiques du début du XIXe siècle et exprimé au XXe siècle par des médecins et des scientifiques, tous pionniers en sexologie, comme Havelock Ellis, Alfred Kinsey, William Masters et Virginia Johnson (premières thérapies cognitivo-comportementales). La vie reproductive considérée comme seule finalité légitime d'activité sexuelle dans le cadre du mariage, par les modes de pensées catholiques et puritains dominants du XIXe siècle, n'est pas incluse dans le processus de la modernisation de la sexualité. (4) Une première brèche avait donc été ouverte dans les

théories dominantes de la sexualité, mais elle n'avait pas été suivie d'effets immédiats au niveau du dispositif médico-légal et religieux d'encadrement de la vie sexuelle.
Au cours des années 1970, les processus de « libération sexuelle » sont marqués par la diffusion de la contraception, la légalisation de l'IVG. Par ailleurs, l'exclusion de l'homosexualité du champ des maladies mentales a lieu en 1973. De plus, les développements de l'éducation sexuelle sont fondés sur des connaissances précises. C'est dans cette ambiance que nait le concept de santé sexuelle.
Le concept de santé sexuelle est apparu en 1974 lors d'une conférence de l'OMS réunie à Genève, sous l'impulsion d'un groupe de sexologues, dont faisait parti Willy Pasini, fondateur du premier enseignement universitaire de sexologie clinique.

La légitimité politique et morale de la sexualité non reproductive est malgré tout loin d'être acquise car les premières élaborations du concept de santé sexuelle sont passées quasiment inaperçues. En effet, la conférence de 1974 n'avait regroupé que 29 sexologues venant de 12 pays européens et nord-américains. Le rapport rédigé à cette occasion fut donc peu diffusé en dehors des cercles spécialisés.

Alain Giami a publié de nombreux documents sur la santé sexuelle. Il explique que ce n'est qu'en 2003 que le concept de santé sexuelle s'inscrit à l'ordre du jour des préoccupations de l'OMS. Il est désormais accompagné par le principe des « droits sexuels », qui donnent un fondement légal à la défense, la protection et la promotion de la santé sexuelle. Les violations des droits sexuels de tous les individus sont désormais considérées comme des crimes. La santé sexuelle est une idée moderne qui continue à faire son chemin. (5) Par exemple, l'ONU a reconnu en 2006 le viol entre époux comme étant un crime et est désormais poursuivi par la loi française.(6)

1.1.2 Le désir sexuel

Gilles Trudel définit le désir sexuel comme étant une catégorie particulière de désir qui vise la recherche du plaisir sexuel. Cette tendance spontanée à avoir des activités sexuelles prend diverses formes et est un aspect fondamental de l'activité humaine. (7)
Le désir sexuel est un phénomène intentionnel complexe qui possède une composante pulsionnelle comme la faim ou la soif.

La culture et les variations culturelles sont appelées à jouer un rôle important dans le désir sexuel. En effet, la société façonne une grande partie, si ce n'est la totalité, de ce que nous considérons comme désirable en terme d'érotisme, et les formes sociales sont elles-mêmes érotisées. Cela explique la grande variété de ce qui est considéré comme

sexuellement excitant dans différentes sociétés : attributs différents, formes physiques, comportements et gestes, habillements, comportements sexuels.

Le désir et le désir sexuel sont sans doute présents naturellement et spontanément au départ. Cependant, le désir sexuel fait partie des aspects du fonctionnement sexuel influencé par l'environnement dans lequel grandit et évolue une personne. Les facteurs interpersonnels constituent une source importante d'influence du désir.

La sexualité et le désir sont susceptibles d'être influencés très tôt dans la vie et tout au long de l'évolution par des facteurs de toutes sortes :

- par l'éducation reçue, par la résolution du complexe d'Oedipe
- par une série de traumatismes qui peuvent influencer le développement sexuel
- par la religion
- par le développement de pensées, de croyances et d'attitudes positives par rapport à la sexualité
- par le développement adéquat d'un imaginaire érotique
- par la qualité de la relation conjugale
- par l'évolution de certaines conceptions de la sexualité qui affectent sa perception
- par la capacité d'expérimenter une variété de situations sexuelles qui contribuent à renouveler l'intérêt pour les activités sexuelles
- par la présence d'autres difficultés sexuelles qui peuvent décourager une personne d'avoir des activités sexuelles
- par une organicité liée à une maladie, malformation ou opération chirurgicale provoquant une incapacité sexuelle
- par des facteurs reliés à d'autres psychopathologies dont un individu peut souffrir.

Tous ces facteurs agissent et interagissent pour maintenir un certain degré d'intérêt pour les activités sexuelles chez une personne.

L'attraction, physique et psychologique, qu'exerce une personne sur l'autre est une autre variable importante dans le désir.

Toute forme de désir peut cependant diminuer, et cette évolution du désir est reconnue depuis longtemps. En effet, Jean-Jacques Rousseau notait dans son roman épistolaire *Julie ou la Nouvelle Héloïse* en 1761« prévenir tous les désirs n'est pas l'art de les contenter, mais de les éteindre ». Le désir sexuel peut s'atténuer au point de sembler disparaître. Certaines personnes en viennent donc à ne plus désirer avoir des activités sexuelles. Elles présentent alors un problème psychologique grave appelé par l'Association Américaine de Psychiatrie : baisse du désir sexuel.

Ce trouble peut être considéré comme étant le problème psychologique le plus difficile à traiter. Il s'agit d'un problème sexuel et psychologique qui modifie à la source un des aspects importants du fonctionnement humain, c'est-à-dire la sexualité. Souvent, ce trouble s'associe à d'autres difficultés sexuelles en créant un tableau clinique particulièrement complexe. Mis à part la biologie, un grand nombre de facteurs psychologiques et psycho-sociaux peuvent contribuer à interférer avec l'expression du désir sexuel.

L'environnement conjugal a une influence fondamentale sur la baisse du désir sexuel. Cette association entre les facteurs relationnels, amoureux et le désir sexuel est reconnue tant au niveau clinique qu'au niveau empirique. Un environnement conjugal en détresse est peu favorable à l'expression du désir sexuel et peut s'aggraver par la diminution ou l'arrêt total des activités sexuelles. Il affecte plusieurs facteurs généralement associés à une relation conjugale harmonieuse. Ces facteurs sont les suivants :

- diminution des comportements de proximité sexuelle
- conflits qu'il peut générer
- diminution de la confiance nécessaire à une bonne relation conjugale.

Ce problème est majoritairement corrélé à une mauvaise communication dans le couple. Lorsque la détresse conjugale s'accentue, une diminution du désir, ainsi qu'une influence négative sur le fonctionnement sexuel sont notables. En général, les couples présentant une baisse du désir montrent une détresse conjugale modérée. Cette perception de la détresse est plus importante chez les femmes.

Une évolution naturelle du désir vers la baisse est présente même chez les couples qui ne se décrivent pas comme présentant des problèmes conjugaux. Il existe une relation modérée entre d'une part le fonctionnement et la satisfaction sexuelle, et d'autre part, le fonctionnement et la satisfaction conjugale. Tout peut également être fonction de l'importance que chaque personne et chaque couple accorde à la sexualité et celle-ci est une variable parmi plusieurs autres sur laquelle repose la satisfaction conjugale.

1.1.3 L'excitation sexuelle

Contrairement à la libido qui se situe au niveau du psychisme, l'excitation sexuelle se manifeste au niveau du corps.

D'après le *Manuel de sexologie*, l'excitation mentale peut être provoquée à travers différentes voies :

- biologique : par les androgènes

- psychologique : par des forces motivationnelles comme les besoins d'intimité incluant les besoins affectifs d'amour, de tendresse, d'attention, de fusion et d'engagement.

Cette excitation dépend de la qualité de la stimulation érotique et des images mentales. Elle peut activer d'une part l'excitation périphérique, et d'autre part l'excitation génitale.
L'excitation périphérique comprend l'érection des mamelons, la sécrétion salivaire, la vasodilatation cutanée, la transpiration et une sécrétion des glandes sébacées.
L'excitation génitale entraine chez la femme une vasocongestion responsable d'une lubrification par transsudation, de l'érection clitoridienne et de l'augmentation de la sensibilité génitale. Le creux vaginal se prépare à être investit par l'homme.
Chez l'homme, désir et excitation sont étroitement corrélés, tendant à ne faire qu'un. L'excitation se manifeste par le phénomène neurovasculaire de l'érection.(8)

1.1.4 Le plaisir sexuel

Le plaisir sexuel est la jouissance générée au cours d'un acte sexuel. C'est un état d'excitation, concrétisé par des manifestations et des sensations psychiques (orgaste, émoi, abandon de l'esprit) et physique (orgasme, chaleur, abandon du corps). L'excitation sexuelle et le plaisir sexuel sont deux phénomènes distincts.

Selon K. Mah, l'orgasme reste l'élément le moins compris de la réponse sexuelle, et les tentatives pour proposer une définition universellement acceptée ont rencontré bien peu de succès.(9) L'orgasme semble être la capacité de vivre une montée excitatoire dans le plaisir et une décharge orgastique accompagnée de jouissance sexuelle. Chez l'homme, l'orgasme coïncide en général avec l'éjaculation. L'obtention d'un plaisir prolongé est rendue possible par l'accès au monde de l'échange symbolique qui se déploie dans l'échange érotique. A condition qu'il n'existe pas d'obstacle venant de ce monde symbolique lui-même, imposé par des tabous, pas plus que d'obstacle venant du monde symbolique de la partenaire.

L'orgaste est la capacité de faire monter son excitation sexuelle, d'atteindre le point de non retour et d'accéder aux réactions spasmodiques de la décharge. Cette montée excitatoire peut se vivre dans une absence de plaisir sexuel.

1.1.5 Le sentiment amoureux

Le sentiment amoureux est une attirance entre deux êtres humains, amenant des échanges préférentiels voire exclusifs sur les plans affectifs et sexuels. Les deux plans

sont inséparables : s'il n'y a que le plan affectif, on est dans l'amitié ; et le plan sexuel peut se vivre indépendamment de tout attachement pour autrui.
Le sentiment amoureux se doit d'être distingué du désir sexuel. En effet, c'est un élan d'affection, une charge émotionnelle qui varie avec le temps, en intensité, en qualité.

1.1.6 La communication

Au sein d'un couple, le dialogue est indispensable au bon fonctionnement de ce dernier. Des études ont analysé les relations entre la communication de couple, la satisfaction sexuelle et la « bonne santé » du couple. Elles ont démontré que la communication et la satisfaction sexuelle étaient des facteurs prédictifs indépendants du bien-être du couple. Cependant, il y a une interaction significative entre communication et satisfaction sexuelle.(10) (11)

1.1.7 Sexualité, mythes et tabou

Mythes et tabous entourent encore le comportement sexuel, ce qui peut entrainer culpabilité, idée de performance, perturbations relationnelles, fausses dysfonctions sexuelles.
Seuls 20 à 30% des hommes et des femmes souffrant d'un trouble sexuel osent en parler à un médecin et la majorité des médecins n'abordent pas la question si la personne ne se plaint pas. Pour les patients, la réticence peut tenir à la difficulté d'évoquer leur intimité, par honte ou par peur de ne pas être pris au sérieux. 70% des patients aimeraient parler de sexualité avec leur médecin mais n'osent pas.

D'après une étude canadienne, 49% des femmes initient la discussion de la sexualité avec leur praticien. 34% d'entre-elles se sentent mal à l'aise en abordant le sujet. La plupart des femmes (76%) qui n'ont pas discuté de sexualité avec le praticien pensent qu'il serait judicieux d'en parler.(12)

Une étude pilote réalisée auprès des hommes a analysé cette gêne sociétale, notamment au cours de la grossesse. L'étude montre que 97% des hommes considèrent la sexualité comme étant un sujet non tabou. Cependant, 22% se disent gênés pour aborder la question de la sexualité. 40% des hommes estiment important de parler des changements sexuels entraînés par la grossesse. Cependant, cette demande n'est pas prise en compte puisqu'un tiers n'a pas été reçu par le professionnel s'occupant de leur partenaire. Dans 86% des cas, le soignant n'a pas introduit le problème des rapports sexuels pendant la grossesse. Dans 94%, il n'a pas donné de conseils. 65% des hommes pensent que le professionnel doit aborder lui-même le sujet de la sexualité pendant la

grossesse. Le moyen d'information plébiscité est celui de la brochure puis le dialogue avec le professionnel.(13)

Du côté des médecins, Costa évoque une crainte de mal faire, faute d'avoir reçu un enseignement.(14)

S'il est un espace, en France, où la sexualité ne semble plus tabou, ce sont les médias, notamment la presse féminine, qui traite souvent du sujet, y compris en une. De plus, la télévision lui consacre régulièrement de grandes émissions. Cela ne change pas la donnée évoquée, la sexualité reste le plus souvent un tabou dans les rencontres intergénérationnelles, l'enseignement ou les soins.

Afin de répondre aux interrogations des enfants et des adolescents, le législateur a précisé en 2001 que trois séances annuelles d'éducation à la sexualité doivent être réalisées à tous les niveaux scolaires.(15) Malheureusement, très peu d'établissements scolaires mettent en pratique cette loi. Ce sont plutôt les centres de planification familiale qui tiennent ce rôle.

1.2Les dysfonctions sexuelles féminines

Les dysfonctions sexuelles féminines se divisent en trois groupes. Notre sujet portant principalement sur les femmes, nous n'évoquerons pas les dysfonctions sexuelles masculines, ni celles du couple dans lesquelles la femme a une part de responsabilité.

1.2.1Les troubles de la pénétration

Ces troubles comprennent le vaginisme et la dyspareunie.

Le vaginisme est une réaction musculaire qui vise à fermer l'orifice vaginal lors du coït. Ce sont des réactions réflexes involontaires qui permettent à la femme de se protéger face à la pénétration vécue comme intrusion voire même agression. Très souvent, les femmes présentant un vaginisme ont vécu une agression ou un traumatisme sexuel au cours de leur vie. Le vaginisme est associé à une non-représentation ou non perception du vagin comme lieu érotique féminin.

La dyspareunie est une pénétration difficile, le plus souvent douloureuse et plus ou moins permanente. Elle peut correspondre soit à un vaginisme incomplet, ayant un degré de perméabilité et de pénétrabilité, soit à des douleurs génitales liées à des infections, irritations, atrophie, sécheresse vaginale, traumatisme. Ces séquelles douloureuses peuvent être la cause d'une dyspareunie qui dure dans le temps en raison de la peur de souffrir.

1.2.2 Les troubles du plaisir sexuel

Chez la femme, plusieurs sources d'excitation physiologique peuvent mener à l'orgasme, à condition qu'elles s'accompagnent d'une excitation corporelle, d'une stimulation psychique et d'un abandon aux sensations créées.

Dans la plupart des cas, l'anorgasmie est essentielle. Plusieurs degrés sont décrits. Le premier rassemble les troubles de l'apprentissage sexuel : pas d'informations sexuelles ou corporelles, méconnaissance de son propre corps, fausses idées sur l'orgasme, manque d'expériences satisfaisantes, manque d'apprentissage personnel dans la recherche du plaisir. Le deuxième degré comprend les problématiques sexuelles mineures : pudeur corporelle, culpabilité par rapport au plaisir sexuel, crainte de l'échec ou de l'anormalité, manque de confiance en soi. Le troisième degré correspond aux problématiques sexuelles majeures : incapacité d'érotiser l'homme dans la pénétration, incapacité à érotiser le corps et le vagin, incapacité à s'abandonner à son propre plaisir ou au plaisir de l'autre, incapacité à utiliser les fantasmes.

L'anorgasmie peut être organique. Il ne s'agit pas de la cause la plus fréquente, mais elle se doit d'être recherchée. Elle peut être causée par un diabète, hyperprolactinémie (peut expliquer le manque du désir du post-partum), hypothyroïdie, cardiopathie, néphropathie, neuropathie, cancers, médicaments iatrogènes, dépression. En ce qui concerne les maladies chroniques, il est difficile de faire la part du psychogène et de l'organique.

L'anorgasmie peut-être circonstancielle. Dans la vie de la femme, des périodes de changements ou de bouleversement peuvent perturber la sexualité et être à l'origine de dysfonctions sexuelles. Cela peut être le cas de la grossesse et de la période du post-partum. Ces éléments peuvent révéler ou déclencher une dysfonction sous-jacente essentielle.

L'anorgasmie peut être secondaire à une autre dysfonction sexuelle ou à une mésentente conjugale.

1.2.3 Les troubles du désir sexuel

Plusieurs tableaux cliniques se retrouvent : frigidité, manque d'intérêt sexuel secondaire et troubles du désir isolé.

L'anaphrodisie (frigidité) ou manque d'intérêt général pour la sexualité est une inhibition sexuelle totale liée à une problématique personnelle. Une éducation répressive ou des expériences sexuelles traumatisantes ont pu nuire ou empêcher tout apprentissage et épanouissement sexuel. Cela peut aller jusqu'à l'aversion sexuelle.

Le manque d'intérêt sexuel secondaire peut être lié à un problème relationnel avec le partenaire, à un problème environnemental (familial, professionnel, social), à une dysfonction sexuelle féminine ou masculine persistante.
Les troubles du désir isolé décrivent l'absence de désir de rapport sexuel alors que la relation affective est présente sans difficultés sexuelles ou relationnelles.

1.3 La sexualité pendant la grossesse

La grossesse est un évènement marquant au sein d'un couple. Les deux conjoints se préparent à devenir parents, le corps de la femme est modifié par la présence de l'enfant. L'activité sexuelle se voit modifiée par diverses raisons physiques, sexuelles et psychologiques.

1.3.1 Le désir sexuel

L'estime de soi est une variable qui peut être impliquée dans le fonctionnement sexuel. Une baisse du désir sexuel peut être reliée à une perception négative de l'image corporelle. A l'inverse, une perception positive de son image corporelle peut être à l'origine d'une augmentation du désir sexuel.
Chaque femme, par son vécu, par sa confiance en soi et par son estime de soi, vit sa grossesse de manière unique. Certaines femmes ne supportent pas leur prise de poids, les vergetures apparaissant sur le ventre ou les seins ainsi que les tâches cutanées. Celles-ci ne se sentent pas désirables et ont une mauvaise perception corporelle. Chez ces femmes, une baisse du désir sexuel va progressivement s'installer au cours des neufs mois. A l'inverse, d'autres femmes ne se seront jamais senties autant féminines et trouveront leur corps avec de belles formes plein de volupté. Ces dernières décrivent une libido exacerbée. Certaines découvrent l'orgasme au cours de la grossesse.

En ce qui concerne les hommes, il est noté que les changements corporels de leur conjointe peuvent entrainer une baisse significative de leur désir sexuel. En effet, certains ne retrouvent pas la femme qu'ils ont désirée auparavant et n'arrivent pas à faire abstraction de l'état de grossesse. En outre, des hommes décrivent une baisse du désir sexuel devant l'augmentation brutale du désir de leur partenaire qu'ils ont du mal à comprendre.

1.3.2 La sexualité du couple pendant la grossesse

La grossesse est souvent divisée en trimestres pour parler de sexualité. D'après Masters et Johnson, la parité et le trimestre influent sur les réactions sexuelles de la

grossesse.(16) Le premier trimestre est souvent marqué par une diminution de la sexualité du couple. Le deuxième trimestre est décrit comme période favorable à la sexualité. En effet, l'imprégnation hormonale est favorable et la femme est épanouie dans son corps de femme enceinte avec de belles formes. Le troisième trimestre rend la sexualité plus difficile avec un ventre alourdi et proéminent qui met très en avant le bébé et rend les positions difficiles. De plus, la peur de l'accouchement prématuré en provoquant des contractions utérines est omniprésente.

Dans une méta-analyse de 59 études faite en 1999, K von Sydow décrit que pour la plupart des couples, l'homme prend plus d'initiatives sexuelles avant, pendant et après la grossesse. L'activité sexuelle féminine est souvent liée au désir du partenaire (sentiment d'obligations maritales, attentive à la satisfaction sexuelle de son partenaire). Lors du 7ème mois, la plupart des couples ont des rapports sexuels. Lors du 8ème mois, la moitié au trois-quarts et lors du 9ème aux alentours du tiers des couples. Le dernier rapport a généralement lieu un mois avant la naissance.(17)

Une étude pilote portant sur 72 hommes et réalisée au cours d'un mémoire de sage-femme montre qu'en début de grossesse, un décalage entre le désir masculin et féminin est expliqué par la prise de conscience plus tardive de l'état de grossesse par l'homme. En effet, les modifications physiques par le volume abdominal et les mouvements intra-utérins plus tardifs témoignent de la présence du fœtus. Ce n'est donc que dans le dernier trimestre que l'homme devient moins disponible pour l'acte sexuel. Les activités sexuelles substitutives (caresses, masturbation) augmentent progressivement au cours de la grossesse. L'interdiction de toute activité coïtale prescrite par les médecins au cours de périodes arbitraires a un effet nocif sur la sexualité. En effet, 50% des hommes ne comprennent pas cette restriction.(13)

Les positions sexuelles sont amenées à changer. L'homme laissera sa place de dominant à la femme surtout lors des deux derniers trimestres.

En fin de grossesse, un malentendu peut apparaître entre les besoins sexuels de l'homme et les besoins de tendresse et de protection de la femme.

Il faut retenir qu'une diminution de la sexualité au cours de la grossesse n'est en rien liée à une dégradation du lien affectif du couple.

Les problèmes psycho-sexuels et conjugaux graves peuvent apparaître durant la grossesse mais ils sont beaucoup plus fréquents après la naissance. De plus, l'effet de la grossesse sur la sexualité dépend des conditions préexistantes à la grossesse.

1.3.3 La sexualité des femmes pendant la grossesse

Chez les femmes, l'intérêt sexuel et l'activité coïtale diminuent lentement. La maternité est un voyage de retour vers sa propre enfance avec nécessité de repli sur soi. Les femmes éprouvent alors un besoin de protection qu'elles cherchent auprès du conjoint mais aussi auprès de leurs parents.

Au premier trimestre, la baisse du désir est plus rapide que l'homme en raison des nausées et de la fatigue constatée à cette période. Les raisons évoquées à cette baisse de désir sont relatives à la crainte des fausses couches et des infections.

Lors du deuxième trimestre, une augmentation de l'érotisme et de l'orgasme est notée chez les femmes. C'est le moment du recentrage sur la notion de couple. Cependant, l'activité coïtale est très variable entre les femmes. La mère perçoit tôt la présence d'un nouvel être vivant dans son corps.

Au troisième trimestre, la femme ressent le besoin d'être contenue et rassurée. Le désir sexuel baisse graduellement à cause de l'inconfort physique, de la somnolence et de la plénitude abdominale. La fréquence des rapports diminue fortement. L'étude de Von Sydow souligne qu'un certain nombre de femmes sont gênées par les désagréments de la fin de grossesse, ce qui fait diminuer leur désir sexuel : contractions utérines lors de l'orgasme (6 à 62%), difficulté à trouver une position (12 à 20%), manque d'attirance (4 à 20%). 35 à 88% sont inquiètes de la satisfaction sexuelle de leur partenaire. (17)

D'après la même source, 82% des femmes pensent que les rapports sexuels peuvent avoir lieu tout au long de la grossesse, et 10% des femmes s'abstiennent de rapports dès l'annonce de la grossesse. Même si plusieurs études ont exploré l'orgasme féminin pendant la grossesse, les résultats concernant leur fréquence et leur intensité sont contradictoires. A l'inverse, 22 à 50% des femmes enceintes souffrent de dyspareunies. De plus, la peur de faire mal au bébé paralyse 25 à 50% des femmes enceintes.

1.3.4 La sexualité des hommes pendant la grossesse

L'étude pilote française a permis de mieux comprendre la sexualité des hommes durant la grossesse de leur conjointe. Au premier trimestre, leur désir sexuel est inchangé ou augmenté. Le plaisir sexuel reste lui inchangé. 40% déclarent rétrospectivement une baisse lente et presque involontaire de tout coït actif envers leur femme vers la fin du deuxième trimestre ou au début du troisième. Ils expriment la peur de causer un préjudice physique à leur enfant avec un fantasme de « pénis dangereux pendant l'acte sexuel ». De plus, les modifications esthétiques de la femme dérangent certains hommes. En fin de

grossesse, on note une chute brutale du désir sexuel, une baisse du plaisir sexuel, une baisse de la capacité à éjaculer, une diminution des orgasmes et de la fréquence des rapports sexuels. (13)

Cette même étude mentionne une modification du comportement sexuel masculin dans 60% des cas et 65% des hommes estiment être plus demandeurs que leurs compagnes pour avoir des relations sexuelles. Dans 69% des cas, les hommes se sont montrés plus affectifs envers leur conjointe, ce qui améliore le lien conjugal.

L'auteur précise que 11% des hommes présentent le syndrome de couvade (prise de poids, troubles intestinaux). L'homme est dans une situation d'ambivalence concernant la grossesse de sa partenaire et donc de sa paternité. Il est conforté dans sa virilité par la grossesse, mais les changements physiques de sa partenaire lui échappent. Par ailleurs, une relation extraconjugale est commencée, par 4 à 23% des jeunes pères, pendant la grossesse ou dans la période du post-partum.

1.4La sexualité après l'accouchement

Suite à la naissance de leur bébé, les jeunes parents n'ont d'attention que pour celui-ci. Bien souvent, le rôle de conjoint est absorbé par le rôle de parents, ce qui peut nuire à l'évolution du couple. De plus, la femme a besoin de temps pour se réapproprier son corps suite à l'accouchement. La sexualité, modelée par le psychisme et le physique, peut se trouver très perturbée.

1.4.1Le désir sexuel

Après l'accouchement, l'estime de soi et la perception de l'image corporelle sont, au même titre que pendant la grossesse, les éventuels motifs d'une baisse de désir. Les femmes ont très souvent des difficultés à se retrouver dans leur corps au cours des quelques semaines après l'accouchement. Fatiguées, elles ont le ventre distendu et des kilos en trop. Elles ont peur de ne plus plaire à leur conjoint et de ne plus être désirable. Cette perception négative de l'image corporelle peut aussi avoir un impact sur la vie sociale de la femme. En effet, certaines femmes redoutent les sorties extérieures sans leur bébé de peur d'être prise pour une femme enceinte.

Une étude américaine récente (2010) a démontré que la satisfaction sexuelle d'une femme pouvait se prédire par l'image qu'elle a d'elle-même. Cette représentation psychique inclut le poids, les conditions physiques, l'attractivité sexuelle, ainsi que les pensées qu'elle a de son corps durant l'activité sexuelle. Cela suggère donc qu'une femme se représentant négativement expérimentera une faible satisfaction sexuelle.(18)

De plus, l'investissement familial avec la naissance est la cause environnementale qui permet d'expliquer un manque d'intérêt sexuel secondaire.

Du côté masculin, une mauvaise expérience de l'accouchement est la principale cause de baisse du désir. En effet, le corps féminin de leur conjointe a disparu au détriment d'un corps blessé et fragile. Certaines visions lors de l'accouchement peuvent s'avérer traumatiques et provoquer un blocage vis-à-vis de leur conjointe. Enfin, le corps allaitant dans sa représentation bloque certains pères et diminue le désir sexuel.

1.4.2 La sexualité du couple après l'accouchement

K. von Sydow démontre que l'entente sexuelle des couples diminue d'une façon marquée après la naissance de leur enfant. Les relations sexuelles semblent être beaucoup plus fragiles par rapport à la grossesse. Pour la majorité des couples, la sexualité après l'accouchement est problématique. En effet, seulement 14% des femmes et 12% des hommes ont reporté ne pas avoir eu de difficultés après l'accouchement. Cette étude a mis en valeur que 40 à 64% des femmes et 19 à 64% des hommes redoutent la reprise de la sexualité. (17)

L'auteur note, durant son étude, que de nombreux tabous portent sur l'orgasme (44%), sur les dyspareunies (40%), sur les expériences érotiques durant l'allaitement (37%), alors que les couples répondent volontiers à la fréquence des rapports sexuels.

Deux études, une anglaise et l'autre américaine, rapportent une diminution de la fréquence des rapports sexuels. Comparé à la sexualité préconceptionnelle, des problèmes comme des douleurs, un manque de lubrification vaginale, une diminution du désir (chez 22 à 86% des femmes) augmentent significativement dans les trois premiers mois qui suivent l'accouchement. Puis, ils diminuent dans les trois mois suivants, mais sans retrouver le niveau de base qui précédait la grossesse.(19) (20)

D'autres auteurs ont décrit que la sexualité du couple reprend progressivement durant les semaines qui suivent l'accouchement. La moyenne est de six semaines pour la reprise de la sexualité.(21) 57% des femmes ont retrouvé une sexualité à six semaines de post-partum, versus 82% à 12 semaines, versus 90% à vingt-quatre semaines.(22) (23) Le premier orgasme a lieu en moyenne après sept semaines de post-partum.(17)

Dans certaines sociétés traditionnelles, les femmes restent allongées sans aucune activité pendant 40 jours, en attendant que les muscles du périnée se retonifient, que les saignements cessent, qu'elles se reposent et qu'elles reprennent des forces. Les relations sexuelles ne peuvent être reprises qu'au bout de ces 40 jours, où la femme retrouve sa place de mère et de compagne.

1.4.3 Les différents facteurs influençant la sexualité du post-partum

Les difficultés sexuelles du post-partum sont un type de morbidité peu étudié et rarement pris en compte. En effet, parmi les femmes ayant accouché, la grande majorité souffre de difficultés sexuelles. Cette morbidité diminue peu à peu dans le temps, mais reste élevée. Elle passe de 83% dans les trois premiers mois à 64% au bout de six mois.(20)

1.4.3.1 Les méthodes d'accouchement

En ce qui concerne les accouchements par voie instrumentale, Brown et al ont montré, lors d'une étude australienne, qu'ils entraînent cinq fois plus de risque de douleurs périnéales et deux fois plus de risques de dyspareunies par rapport à un accouchement voie basse spontané.(24)

Une étude autrichienne a évalué l'influence du mode d'accouchement sur la sexualité féminine douze à dix-huit mois après l'accouchement. Ils ont utilisé l'index FSFI (Female Sexual Function Index) qui couvre six domaines de la sexualité : lubrification, éveil, désir, douleur, orgasme, satisfaction. Cet index va de 2 à 36. Plus il est élevé, plus les difficultés sexuelles sont importantes. Les femmes ayant accouché par voie basse avec périnée intact ont donné un index à 29,6, alors que les femmes ayant été césarisées l'ont côté à 30,5. Cette étude a donc montré qu'il n'y avait pas de différences significatives un niveau des fonctions sexuelles, à un an de l'accouchement, entre un accouchement spontané avec périnée intact et une césarienne.(25) Ce fut aussi la conclusion d'une étude menée par B. Barrett au Royaume-Uni en 2005. Contrairement aux idées reçues, la césarienne n'est pas un moyen de protéger les fonctions sexuelles de la femme après l'accouchement. Les femmes ayant été césarisées ne sont pas exemptées de difficultés sexuelles.(26) (27)

Lors d'une conférence en 2006, à propos des césariennes sollicitées par les femmes, les Instituts Nationaux de l'Etat de Sciences et de Santé ont indiqué qu'aucune différence n'avait été mise en évidence au bout de six mois après l'accouchement. La sexualité ne devait donc pas être un argument pour que les femmes désirent être césarisées.(28)

1.4.3.2 L'état du périnée

En 2009, une étude américaine a cherché à caractériser l'impact des déchirures spontanées sur la fonction sexuelle du post-partum. Ils ont catégorisé les déchirures en deux groupes : les périnées intacts ou avec une déchirure ne nécessitant pas d'être suturée (70% des femmes incluses) et les déchirures nécessitant une suture (30%).

L'index IRS (Intimate Relationship Scale), comprenant douze questions validées, leur a permis de mesurer les fonctions sexuelles des femmes. Cet index va de 12 à 60. Plus il est élevé, meilleures sont les fonctions sexuelles. A trois mois de l'accouchement, les deux groupes ont présenté une sexualité active équivalente : 86% versus 82%. En revanche, les femmes ayant été suturées :

- reportent plus la fatigue comme facteur interférant avec les relations sexuelles
- ont moins de désir à être touchées, caressées par leur partenaire et à avoir des rapports sexuels
- ont moins de satisfaction durant les activités sexuelles

L'étude conclut que les femmes ayant été suturées ont un moins bon index : 33,5 versus 35,6.(22)

L'étude faite en 2001 par Signorello et al chez des femmes primipares montre que plus les déchirures sont importantes, plus la sexualité est reprise tardivement. En effet, les femmes ayant un périnée intact ou une déchirure vaginale simple ont repris leur sexualité 7,1 semaines après l'accouchement, versus 8,4 semaines pour les femmes ayant une épisiotomie et 9,3 semaines pour les femmes ayant un périnée complet. Enfin, plus la lésion est importante, plus la douleur sera longue à disparaître dans le temps. 57,8% des femmes ayant un périnée intact ou une déchirure vaginale simple ont des douleurs lors du premier rapport après l'accouchement, 32,8% à trois mois et 18,6% à six mois versus 73,2%-48,2%-24,1% pour les épisiotomies et 77,4%-61,4%-26,7% pour les périnées complets. Environ 24% des femmes, toutes lésions confondues présentent une moins bonne sexualité six mois après l'accouchement par rapport à celle précédant la grossesse.(29) Six mois après l'accouchement, 88% des femmes ayant eu un périnée complet ont débuté une sexualité versus 94% chez les femmes ayant eu de moins graves lésions.(30)

En 2006, une étude française menée par B. Langer et A. Minetti, a décrit les données de la littérature concernant les complications de l'épisiotomie. En ce qui concerne la sexualité, l'épisiotomie semble générer plus de dyspareunies pendant les premières semaines du post-partum, mais ceci n'est plus vrai à distance de l'accouchement.(31)

A l'inverse, une étude suédoise réalisée en 2008 et proposant un suivi à long terme des femmes ayant accouché avec épisiotomie conclut que l'épisiotomie, et sa technique de suture, peut avoir des conséquences sur la sexualité des femmes jusqu'à deux ans après l'accouchement. Les femmes présentent alors des dyspareunies et un manque de lubrification pendant les rapports. Cette étude associe aussi trois autres facteurs de dyspareunies : dyspareunies préexistantes à la grossesse, expression abdominale lors de

l'accouchement et déchirures périnéales spontanées.(32) Se pose la question du taux de dyspareunies dans la population générale. Celle-ci est aussi difficile à évaluer car de nombreux biais compromettent les résultats. Les études sur l'incidence et la prévalence de ce problème donnent lieu à des résultats très disparates. Gilles Trudel a regroupé les travaux et donne une incidence de 3 à 55% chez les femmes de la population générale.(33) G. Barrett retrouve 12% de dyspareunies en pré-conceptionnel.(20)

1.4.3.3 L'allaitement maternel

Une étude canadienne, datant de 2005, s'est intéressée au délai de reprise de la sexualité des femmes allaitantes par rapport aux femmes qui donnent le biberon. Six semaines après l'accouchement, seulement 38,7% des femmes allaitantes ont repris leur sexualité versus 58,2% des femmes ayant choisi l'allaitement artificiel.(34)

La fréquence des rapports sexuels est moins importante lors de l'allaitement : 3 à 4 fois par mois et seulement à partir du quatrième mois après l'accouchement, versus 6 à 10 dans la population générale.(35)

En 1973, Newton suggérait qu'il y avait une relation entre l'allaitement et le coït par les contractions utérines provoquées et par l'érection du mamelon qui s'avèrent semblables dans les deux cas.(36) Environ 15% des femmes font l'expérience de l'orgasme en cours d'allaitement. Certaines femmes ont les seins hypersensibles et ne supportent pas que leur conjoint les caresse. D'autres femmes ont les seins très tendus et ont peur d'une éjection de lait au cours du coït. En ce qui concerne les hommes, 19% d'entre eux ont un désir accru du fait de la taille augmentée de la poitrine de leur conjointe.(37)

Une étude américaine met l'accent sur le fait que l'allaitement maternel affecte peu les relations avec le partenaire. Si c'est le cas, c'est principalement à cause du manque de désir féminin, de la non-appropriation des seins par le conjoint ou par le port, peu glamour, de soutien-gorge d'allaitement. Les femmes qui allaitent ne pensent pas que la sexualité nuise au bon déroulement de l'allaitement.(38)

Signorello affirme que l'allaitement maternel est la cause la plus importante de dyspareunies six mois après l'accouchement avec un Odds Ratio de 4,4 (Intervalle de confiance 2,7-7) versus OR=2,5 pour les extractions instrumentales (IC 1,3-4,8). Cela peut être expliqué par les déséquilibres hormonaux que provoque l'allaitement maternel. Le manque d'œstrogènes induit une sécheresse vaginale, tandis que la testostérone et l'hyperprolactinémie sont responsables de fatigue, d'une éventuelle dépression, d'une baisse du désir et de dysfonction érectile.(29)

G. Barrett rajoute, qu'en plus de l'allaitement maternel, les dyspareunies à six mois de l'accouchement peuvent être associées à des douleurs lors de la pénétration préexistantes à la grossesse.(20)

1.4.3.4 Autres facteurs

Une étude suédoise a cherché à élucider la façon dont les femmes vivent leur sexualité après la naissance de leur enfant. Vingt-sept femmes ont été interrogées en 2005, au cours de six entretiens entre trois et vingt-quatre mois après l'accouchement. Ce travail met en évidence quatre principaux thèmes abordés par les femmes :

- l'image du corps après la naissance
- l'activité sexuelle altérée avec le stress de la vie de famille
- la discordance entre le désir sexuel de la femme et de son conjoint
- la nécessité d'être rassurée.(39)

G. Barrett a prouvé que la baisse du désir sexuel est la problématique sexuelle la plus forte six mois après l'accouchement.(20)

Une autre étude suédoise datant de 2006 a voulu analyser les facteurs qui affectent la qualité des relations intimes de couples parents pour la première fois, jusqu'à six mois après l'accouchement. Cette recherche met en évidence que si les deux partenaires ont une sexualité active pendant la grossesse et qu'ils en sont satisfaits, leur relation sera meilleure en terme de tendresse et de communication. Des facteurs positifs se révèlent nécessaires et ont un impact les uns sur les autres : acceptation du rôle parental, intimité, communication et bonne conditions environnementales. Alors, la préparation à l'accouchement en couple, la continuité des expériences sexuelles au cours de la grossesse, un soutien à la communication et une hygiène de vie (repos, rythme de vie plus calme, ouverture sociale) sont les principaux points où le personnel médical se doit d'être attentif afin d'aider au mieux le couple dans les changements qu'il a à vivre.(40)

Parallèlement, un travail australien donne comme facteur prédictif de désir sexuel après l'accouchement le fait d'avoir une sexualité épanouie et satisfaisante lors de la grossesse. (41)

Cette étude montre aussi que la dépression est un facteur prédictif à une diminution du désir, de la satisfaction sexuelle et de la fréquence des relations sexuelles dans l'année suivant l'accouchement. Notamment lorsqu'il s'agit d'une dépression du post-partum.

Par ailleurs, la contraception est un facteur qui influence le comportement sexuel. Il est vrai que les couples ont peur d'une grossesse rapprochée. Peu d'études évaluent le rôle de la contraception sur la reprise de la sexualité. Certaines femmes n'ont pas bien

compris le fonctionnement des pilules micro-dosées en progestérone et leur possible utilisation pendant l'allaitement, et décident de ne pas la prendre. D'autres femmes attendent la visite post-natale avec son choix plus large de contraceptifs, pour reprendre une sexualité.(37)

En outre, la fatigue est souvent citée comme étant un facteur négatif à la reprise de la sexualité. Les nuits étant écourtées par les tétées, les couples utilisent plus leur temps libre pour se reposer que pour avoir une activité sexuelle.(37) Les pères comme les mères font l'expérience d'une santé diminuée dans les six mois qui suivent l'accouchement. (42)

2 Deuxième partie
Méthodologie et résultats

2.1 Méthodologie

2.1.1 Problématique

Nous observons une forte réticence à développer l'éducation sexuelle, ainsi qu'un manque de moyens et de formation des professionnels de la santé aux problèmes spécifiques de la sexualité. Nous remarquons que le tabou de la sexualité est encore fort dans nos sociétés occidentales.

La grossesse et le post-partum sont respectivement des moments de grands bouleversements dans la vie affective et sexuelle d'un couple. Il semble important que les soignants soient attentifs aux problèmes psycho-sexuels qui peuvent survenir et entraîner des troubles relationnels parentaux. Consécutivement à cela, le lien mère-enfant ou père-enfant peut s'en trouver altéré.

La grossesse est ponctuée de nombreux rendez-vous avec des professionnels de santé : gynécologues ou sages-femmes. Les consultations prénatales et la préparation à l'accouchement sont autant d'occasions pour parler de sexualité avec le couple.

Cependant, le suivi médical du post-partum, ne proposant sa première consultation qu'à partir de la sixième semaine après l'accouchement, peut placer le couple dans l'embarras vis-à-vis de la reprise des rapports.

Il paraît donc nécessaire, lors de la grossesse, d'informer non seulement des changements pouvant intervenir dans la sexualité du couple au cours des neuf mois, mais aussi des difficultés pouvant être rencontrées après l'accouchement. Banaliser les problèmes les plus fréquents permet de rassurer le couple quant à la normalité de leur situation.
L'information faite par les professionnels est essentielle.

Tout au long de mes études de sage-femme, le thème de la sexualité fut rarement abordé en ma présence, par des professionnels de santé : à aucun moment en consultation et peu en suites de couches. L'interrogatoire lors de la première séance de

rééducation du périnée inclut l'éventuelle reprise des rapports mais les sages-femmes ne s'étendent pas sur le sujet.

Les couples qui vivent une sexualité épanouie pendant la grossesse ont-ils moins de risques de connaître des difficultés lors de la reprise de la sexualité ?

Notre étude va tenter de répondre à plusieurs questions :

Au sein de nos institutions, comment est relayée l'information concernant la sexualité de la grossesse et la reprise des rapports après l'accouchement auprès des couples ?

Qui sont les professionnels de santé qui abordent le mieux ce sujet ?

Avec quel professionnel de santé le couple est-il le plus à même pour en discuter ?

A quel moment de la grossesse le couple semble-t-il avoir une nécessité de recevoir cette information ?

Pourquoi la question de la sexualité n'est pas abordée systématiquement, alors que l'arrivée d'un enfant est un élément pouvant se révéler perturbant au sein du couple ?

Quel est le rôle de la sage-femme dans la prévention des problèmes éventuels liés à la reprise des rapports dans le post-partum ?

2.1.2 Les hypothèses de recherche

Les hypothèses de recherche à l'origine de l'étude sont :

1. La sexualité du couple, peu abordée dans les sociétés occidentales, est un tabou difficilement franchissable pour les sages-femmes ainsi que pour les patientes.
2. Les sages-femmes ont des réticences à aborder le sujet de la sexualité du fait d'un manque de formation et de connaissances des problèmes spécifiques de ce thème.
3. Le rôle de la sage-femme est prépondérant dans l'information des changements possibles de la sexualité de la grossesse, ainsi que dans la prévention des problèmes éventuels liés à la reprise des rapports en post-partum.

2.1.3 Les objectifs de l'étude

Pour tenter de répondre à notre problématique, l'étude réalisée avait pour objectifs :

1. Aider les professionnels, et plus spécialement les sages-femmes, à dépasser le tabou de la sexualité, en analysant le moment où le couple est le plus réceptif pour parler de sexualité.
2. Evaluer la formation et les connaissances des sages-femmes en sexologie.
3. Sensibiliser les sages-femmes sur le rôle primordial qu'elles peuvent avoir dans l'information et la prévention des problèmes éventuels liés à la reprise des rapports après l'accouchement, notamment en prénatal.

Tous ces objectifs ont une même finalité : proposer un meilleur accompagnement aux femmes lors de la reprise de la sexualité dans le post-partum, afin que les couples retrouvent aisément l'équilibre nécessaire à leur épanouissement.

2.1.4 Méthodologie de l'étude

Afin d'évaluer la globalité du sujet, l'étude concerne d'une part les couples et d'autre part les professionnels de santé.

Tout d'abord, une enquête prospective a été réalisée, auprès des femmes en postnatal, dans six cabinets de sages-femmes libérales dont trois en Province (Maine-et Loire) et trois en région parisienne. 210 questionnaires ont été remis aux sages-femmes. Les formulaires étaient destinés aux femmes suivant des séances de rééducation du périnée. C'est en effet, le moment le plus à distance de l'accouchement dans le suivi proposé par la sage-femme. L'enquête différencie les femmes primipares des femmes multipares. 49 questions étaient destinées aux primipares versus 56 pour les multipares. Une partie, plus courte (17 questions), du questionnaire était à l'intention des conjoints.

Le choix de l'utilisation du questionnaire fut adopté du fait que le sujet de la sexualité reste complexe à aborder. Cela permet, si besoin, aux couples de réfléchir aux questions posées avant d'y répondre. Dix minutes suffisaient pour remplir la série de questions.

Le questionnaire fut distribué par les sages-femmes entre le 1er juin et le 15 novembre 2010. Les couples remplissaient chez eux le questionnaire et le redonnaient à la sage-femme à l'occasion d'une séance de rééducation périnéale. 128 formulaires furent récupérés par les sages-femmes libérales, soit un taux de réponse de 61%. L'anonymat fut garanti étant donné que les couples ne devaient à aucun moment mentionner leur identité. 99 hommes ont répondu soit 47% des hommes interrogés et 77% des hommes

dont la conjointe a répondu. Les deux questionnaires ont pu être appariés et les réponses comparées. Parmi les couples interrogés, un couple est homoparental.

Par ailleurs, dix entretiens ont été réalisés auprès de sages-femmes. Six sages-femmes de la maternité de Port Royal furent interrogées, dont trois pratiquant des consultations et trois travaillant dans le service de suites de couches. Quatre sages-femmes libérales ayant distribué les questionnaires auprès de leurs patientes, une de la région parisienne et trois de province, ont accepté de participer à un entretien. D'une durée de quinze minutes, l'entretien vise à connaître la pratique des sages-femmes en matière de sexualité et leurs connaissances.

2.2Résultats

2.2.1 Résultats des entretiens auprès des sages-femmes

2.2.1.1 Evaluation de la pratique d'information des sages-femmes

2.2.1.1.1 En consultation hospitalière

Sur l'ensemble des sages-femmes, aucune n'a l'habitude de parler spontanément de sexualité lors des visites anténatales. Le sujet est abordé par les trois sages-femmes si une anomalie du col de l'utérus est trouvée. Face à une menace de fausse couche, d'accouchement prématuré ou de décollement placentaire, une des sages-femmes prescrit du repos et un arrêt des rapports sexuels. Seule une sage-femme aborde le sujet avec les femmes si l'examen vaginal est douloureux et s'enquiert de la qualité des rapports sexuels dans le couple. Une autre sage-femme évoque le sujet lorsqu'une femme est excisée ou infibulée. En dehors de ces contextes, les sages-femmes n'abordent le sujet que si la patiente en parle ou pose des questions. Aucune sage-femme ne discute de la sexualité du post-partum au moment d'un entretien prénatal.
Lors de la visite post-natale, l'ensemble des sages-femmes parle spontanément de la reprise de la sexualité.

Deux sages-femmes expriment leur facilité à aborder le sujet avec les patientes même si l'une d'entre-elles voit des obstacles à la discussion comme la barrière de la langue ou lorsque la patiente est gênée. Une sage femme emploie le terme « relation de couple » plutôt que « relation sexuelle ». Sans entrer dans l'intimité du couple, et puisque la grossesse est issue d'un acte sexuel, elle préfère parler de la relation en globalité.

Les trois sages-femmes sont convaincues du rôle de prévention que peut avoir la sage-femme. Elles se sentent investies d'une mission : rassurer et encourager. Deux d'entre elles sont convaincues qu'une sexualité épanouie et fréquente au cours de la grossesse favorise la reprise des rapports à la suite de l'accouchement.

Toutes les trois ont déclaré que le professionnel de santé le plus apte à parler de sexualité est le consultant qui suit la patiente, qu'il soit gynécologue ou sage-femme.
Enfin, le moment idéal pour aborder le sujet serait l'entretien du 4ème mois et la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP).

2.2.1.1.2 En suites de couches hospitalières

Les trois sages-femmes consultées ont pour habitude de parler systématiquement de la sexualité avec les patientes. Elles abordent le sujet en même temps que celui de la contraception, lors de l'examen de sortie de la femme. Pour chacune d'entre elles, les deux sujets sont indissociables.
Le sujet de sexualité ne s'avère pas difficile à évoquer. Cela « coule de source » et la sage-femme a une position « privilégiée »pour se sentir à l'aise. Cependant, une sage-femme préfère discuter avec la femme seule dans un premier temps pour ne pas heurter le couple.

Les sages-femmes considèrent qu'elles ont plutôt un rôle d'information que de prévention. En effet, elles renseignent la femme sur les délais d'une possible reprise des rapports, en fonction de l'état du périnée. Une seule sage-femme prévient de la sensibilité de cette zone du corps et d'une éventuelle sécheresse. Elle conseille par ailleurs l'utilisation d'un gel lubrifiant dans un premier temps. Une sage-femme compte sur la visite post-natale pour que la femme ait plus de renseignements sur le sujet.
Deux professionnelles pensent que la sage-femme est la personne la mieux placée pour parler de sexualité avec la femme après l'accouchement. La troisième évoque la brièveté du suivi des patientes par les sages-femmes de suites de couches. Cette dernière affirme qu'une personne de confiance qui suit la femme depuis plus longtemps est plus concernée. Cependant, toutes les trois affirment que le sujet doit impérativement être abordé en suites de couches. Un complément d'informations sera donné lors de la visite post-natale et au moment de la rééducation du périnée.
Enfin, une sage-femme se dit contre le fait de parler aux femmes de la reprise des rapports après l'accouchement au cours de la grossesse. Elle argumente en disant que les femmes ont autre chose à penser. Les deux autres y sont plutôt favorables. « On parle bien de l'allaitement avant d'allaiter, alors pourquoi pas ? ».

Plusieurs sages-femmes ont déclaré que le temps imparti pour les consultations est bref pour la quantité de choses à voir avec la patiente. Le sujet de la sexualité n'étant pas le plus urgent, ni le plus essentiel, il est rarement évoqué systématiquement.

2.2.1.1.3 En libéral

Trois sages-femmes libérales sur quatre évoquent systématiquement la sexualité de la grossesse lors de séances de préparation à l'accouchement. Une en discute par habitude lors de l'entretien du 4ème mois. Si les autres attendent que la patiente en parle lors de ce premier rendez-vous, elles l'abordent de façon systématique lors d'autres séances : hygiène de la grossesse, « cours des papas » ou post-partum. La quatrième sage-femme considère que la PNP prépare à la naissance et que huit heures ne sont pas suffisantes pour aborder la question de la sexualité.

Cependant, en PNP, toutes les sages-femmes libérales traitent de la reprise de la sexualité après l'accouchement et ne sont pas mal à l'aise pour en parler.

Trois sages-femmes libérales pensent que si la femme ne « perd pas de vue son couple » pendant la grossesse en continuant une sexualité, elle ne sera pas « dans un cocon avec son bébé dès la grossesse » et retrouvera une sexualité plus facilement après l'accouchement. Une sage-femme souligne l'intérêt d'informer de la possibilité de poursuivre une sexualité pendant la grossesse afin d'éviter les « fausses images » qu'ont les couples. Trois sages-femmes affirment qu'elles sont souvent le premier interlocuteur du couple à propos de sexualité. Les sages-femmes profitent de cette position privilégiée pour rassurer, dédramatiser et expliquer.

Les trois quarts des sages-femmes interrogées estiment que la sage-femme est la personne la plus habilitée à parler de sexualité pendant la grossesse. Une sage-femme précise qu'une relation de confiance est nécessaire pour que la femme s'exprime librement. Deux sages-femmes regrettent que les consultations prénatales avec les gynécologues soient trop brèves. La sexualité est rarement abordée alors que les femmes ont très souvent une entière confiance en leur médecin.

En ce qui concerne le post-partum, les sages-femmes libérales voient surtout les femmes lors de la rééducation du périnée. Trois des sages-femmes interviewées posent systématiquement la question de la reprise de la sexualité lors de l'interrogatoire nécessaire à la constitution du dossier. Une seule sage-femme déclare ne discuter de la sexualité que si le périnée de la femme est cicatriciel. Par ailleurs, toutes s'accordent en disant que les pères ne sont plus présents, elles n'ont donc plus de contacts directs avec eux.

Les professionnelles affirment leur rôle prépondérant d'information en cette période charnière, dans la vie sexuelle d'un couple, qu'est le post-partum. Elles sont capables d'écouter, de rassurer, d'informer, de redonner confiance, de favoriser la discussion au sein du couple ainsi que donner quelques conseils. Une sage-femme pratiquant la méthode de rééducation par la Connaissance et Maîtrise du Périnée (CMP) insiste sur le fait que la prévention des dyspareunies consiste à ré-sensibiliser par la ré-innervation.
Les praticiennes libérales sont d'accord pour dire que le professionnel de santé ne doit pas interroger trop tôt la patiente sur la reprise de la sexualité. La visite post-natale et les séances de rééducation périnéale apparaissent comme étant le moment idéal.

2.2.1.2 Evaluation des connaissances des sages-femmes

Le panel de sages-femmes rencontré a été diplômé de 1976 à 2004. Six d'entre elles ont reçu une formation initiale composée de quelques heures et dispensée par des médecins ou des sages-femmes sexologues.
Quatre sages-femmes sur dix n'ont pas suivi de formation continue qui traitait de sexualité de la femme enceinte ou de sexualité du post-partum.
Les six autres professionnelles ont participé à diverses formations continues :

- sexologie et grossesse avec l'Association pour le Développement des Connaissances Obstétricales (ADCO)
- ostéopathie et gynécologie axée sur la sexualité
- sophrologie et sexualité
- formation sur la période post-natale et l'aide à la parentalité qui introduisait un peu de sexologie
- congrès.

Ces formations apportent des bases et aident les professionnelles à avoir un vocabulaire adapté.
Six sages-femmes sont satisfaites de leur formation en sexologie, alors que deux le sont plus ou moins. Ces six sages-femmes affirment avoir les connaissances requises pour aider les couples. Par ailleurs, deux praticiennes supposent avoir les bases nécessaires pour en parler sans difficultés. Enfin, dans trois cas, les connaissances sont insuffisantes pour faire face à certaines situations notamment pathologiques. Par exemple, une sage-femme de suites de couches dit ne pas savoir quoi répondre aux femmes ayant été césarisées.

Toutes les sages-femmes libérales ont reçu une formation continue en sexologie. Les sages-femmes hospitalières avaient fait une demande particulière pour cette formation.

Certaines sages-femmes libérales ont précisé qu'il faut être « au clair avec soi-même » pour échanger à propos de sexualité. De même, il est indispensable de connaître ses limites et savoir orienter les patientes vers des professionnels plus adaptés. Cependant, les sages-femmes libérales, isolées d'un réseau, n'ont pas de contact de sexologue dans leur carnet d'adresse et ne savent pas vers qui orienter leurs patientes.

2.2.2 Résultats des questionnaires auprès des couples

Notre étude montre une reprise globale des rapports sexuels au bout de 5,5 semaines après l'accouchement, avec un minimum d'une semaine et un maximum de 16 semaines. Dans la littérature, la moyenne retrouvée est de six semaines.(21)

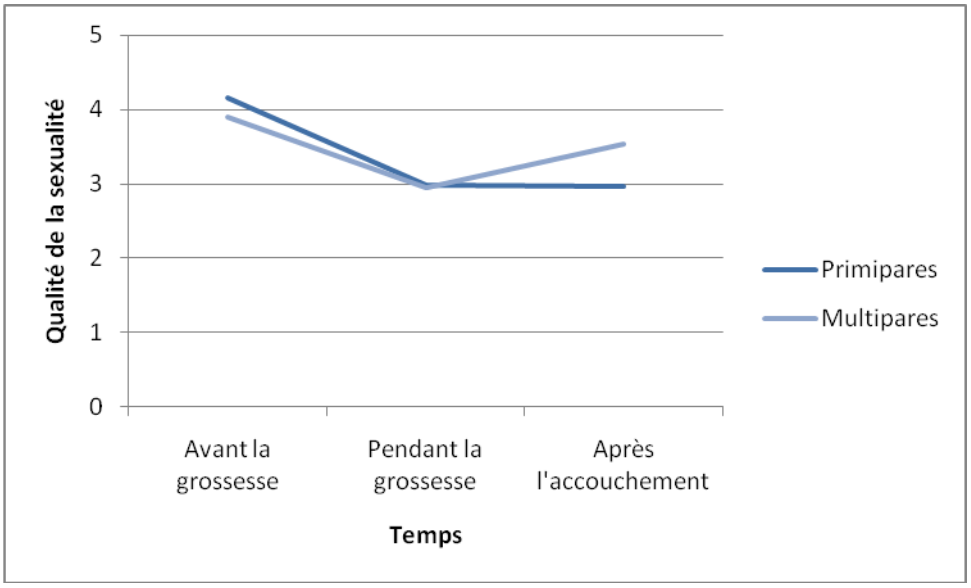
2.2.2.1 Evaluation de la sexualité des couples

Les 128 questionnaires distribués dans six cabinets de sages-femmes libérales nous ont permis d'obtenir les résultats suivants :

En ce qui concerne les croyances religieuses, une seule femme a répondu que sa religion lui interdisait les rapports sexuels pendant la grossesse. Ces résultats ne peuvent donc être analysés.

Au moment de répondre à l'enquête, six couples sur 128 n'avaient pas repris les rapports sexuels, soit 5% de non reprise.

Graphique 1 : Evolution de la sexualité en fonction de la parité



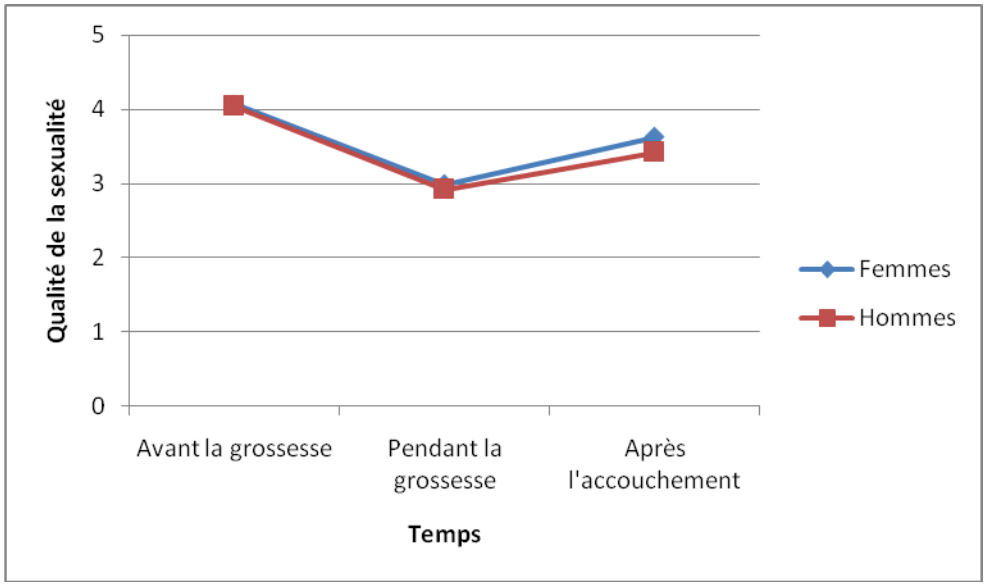
La qualité de la sexualité antérieure à la grossesse des femmes primipares et multipares est similaire. En effet, les femmes primipares l'ont côté à 4,1/5, et les femmes multipares à 3,9/5, sur une échelle allant de 1 (sexualité insatisfaisante) à 5 (sexualité très

épanouissante). Il en est de même pour la sexualité lors de la grossesse. En revanche, les femmes multipares ont une sexualité plus épanouissante que les femmes primipares à l'issue de l'accouchement : 3,5/5 versus 2,9/5.

60% des femmes multipares estiment que leur sexualité était identique lors de chacune de leurs grossesses. Les femmes ayant noté une différence avec les précédentes grossesses expliquent que le désir et la fréquence étaient différents. Plusieurs femmes avaient une libido augmentée au cours de cette grossesse.

47% des femmes multipares ont repris une sexualité en post-partum plus tôt que pour le(s) précédent(s) accouchement(s). 38% des femmes ayant plusieurs enfants affirment avoir repris les rapports sexuels au même moment que pour le(s) précédent(s) accouchement(s) et 15% les ont repris plus tardivement.

Graphique 2 : Evolution de la qualité en fonction du genre



La qualité de la sexualité évolue de la même manière pour les deux membres du couple. En effet, la dynamique de la courbe est identique pour les hommes et pour les femmes. Les rapports sexuels pendant la grossesse sont moins satisfaisants pour les deux partenaires. 68% des femmes et 62% des hommes ont noté une diminution de leur satisfaction sexuelle au cours de la grossesse. A l'inverse, 13% des femmes et 8% des hommes ont vécu une sexualité plus épanouissante au moment de la grossesse.

20% des hommes ont été perturbés par les changements psychiques de leur conjointe (humeur, susceptibilité. 15% des hommes ont été perturbés par les changements physiques de leur partenaire (dimensions du ventre).

Les principales causes de ce manque de satisfaction, pendant la grossesse, sont résumées dans le tableau suivant :

Tableau 1 : Causes responsables du manque de satisfaction du couple, pourcentage en fonction du genre

	Problèmes physiologiques	***Problèmes sexuels***	***Problèmes médicaux***	***Problèmes psychologiques***
Femmes	30% Fatigue, volume du ventre, mobilisation difficile, changements corporels	33% Moins de désir, plaisir différent, rapports sexuels moins fréquents	10% Vomissements, contractions, saignements, douleurs	26% Troubles d'avoir un rapport avec le bébé dans le ventre, appréhension, peur de faire mal au bébé
Hommes	23% Volume du ventre limitant les positions	34% Rapports sexuels moins fréquents, baisse de la libido de la conjointe	3% Mycose, nausées, cerclage chez leur conjointe	40% Troubles d'avoir un rapport avec le bébé dans le ventre, peur de faire mal au bébé ou à la femme

La courbe du graphique 2 montre que les couples interrogés n'ont pas encore retrouvé une sexualité identique à celle qui précédait la grossesse. A distance de l'accouchement, au moment de remplir les questionnaires, 47% des femmes, ainsi que 47% des hommes notaient une satisfaction sexuelle diminuée par rapport à leur satisfaction sexuelle précédant la naissance.

En moyenne, les hommes ont eu envie de reprendre les relations sexuelles 2,5 semaines après la naissance de leur enfant. Les femmes expriment ce désir presque quatre semaines après l'accouchement. 82% des hommes ont dû attendre que leur conjointe se sente prête pour reprendre les rapports. Cette reprise a eu lieu en moyenne 5,5 semaines après l'accouchement.

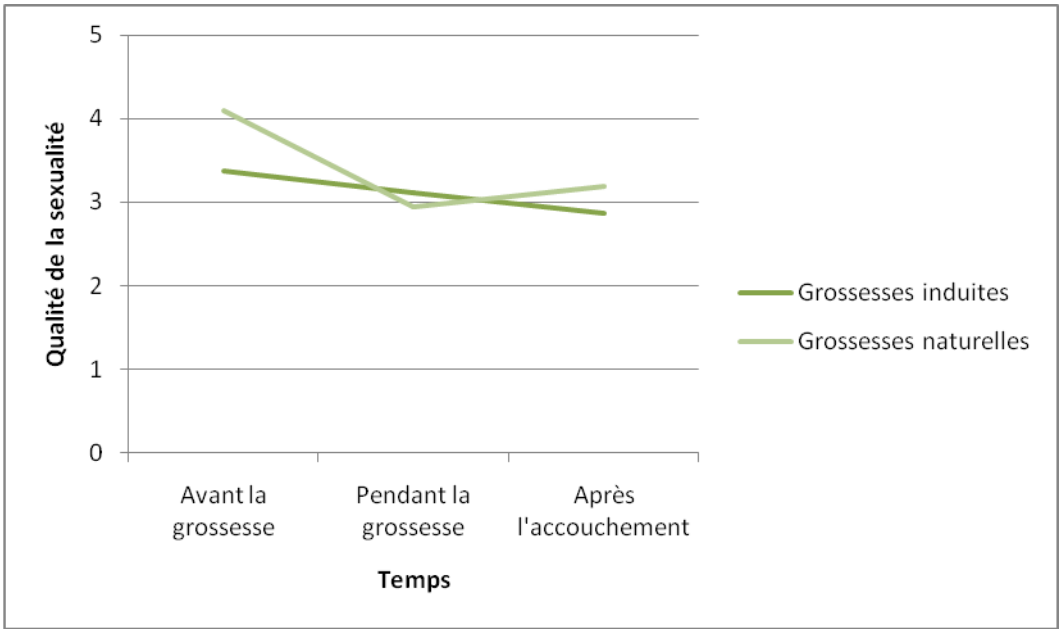
Les principales causes masculines de ce manque de satisfaction, pendant la grossesse, sont résumées dans le tableau suivant :

Tableau 2 : Causes responsables du manque de satisfaction des hommes après l'accouchement

	Problèmes physiologiques	***Problèmes sexuels***	***Problèmes médicaux***	***Problèmes psychologiques***
Hommes	45% Manque de disponibilité, fatigue, manque de temps	30% Moins de libido et pas de désir de la conjointe, rapports sexuels moins fréquents, éjaculation plus rapide	12% Douleurs périnée, absence de contraception et métrorragies chez la femme	13% Présence de l'enfant dans la chambre, changement de l'apparence de la femme

65% des femmes affirment que la naissance de l'enfant a modifié leur relation de couple. En effet, la plupart de ces femmes se sentent moins disponibles, fatiguées et donnent la priorité au bébé. Du fait, la sexualité est peu fréquente.

Graphique 3 : Evolution de la qualité en fonction du mode d'obtention de la grossesse

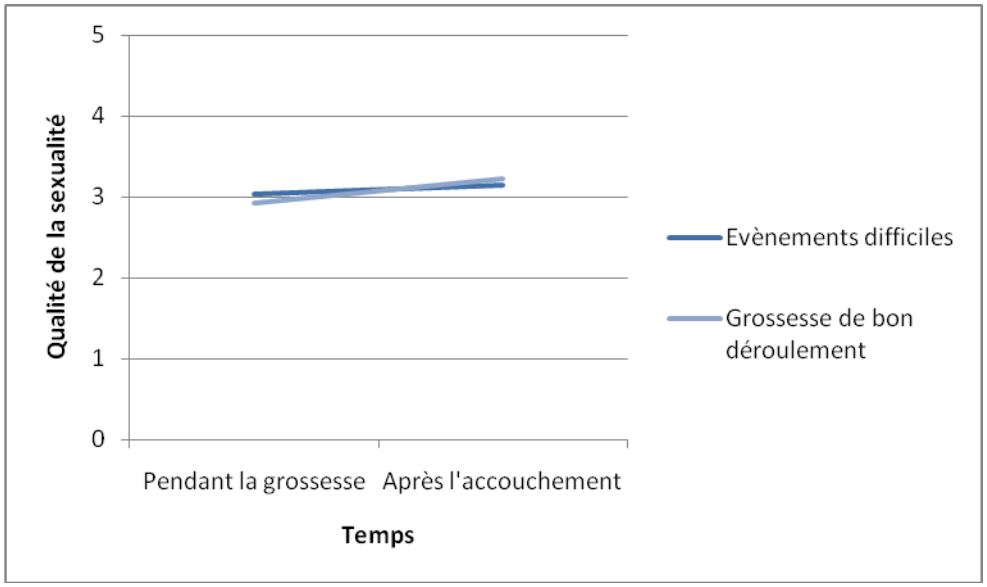


Parmi les femmes interrogées, huit ont suivi un parcours de Procréation Médicalement Assisté (PMA). Leur sexualité précédente à la grossesse est moins épanouissante que les autres femmes ayant répondu à l'enquête. Il en est de même en ce qui concerne la

sexualité du post-partum. En revanche, leur sexualité pendant la grossesse s'avère être plus épanouissante que celle des autres femmes du panel.

57% des femmes prises en charge par la PMA affirment que leur sexualité fut perturbée par les nombreux protocoles imposés. 75% des femmes ont pu discuter de ces difficultés avec leur conjoint.

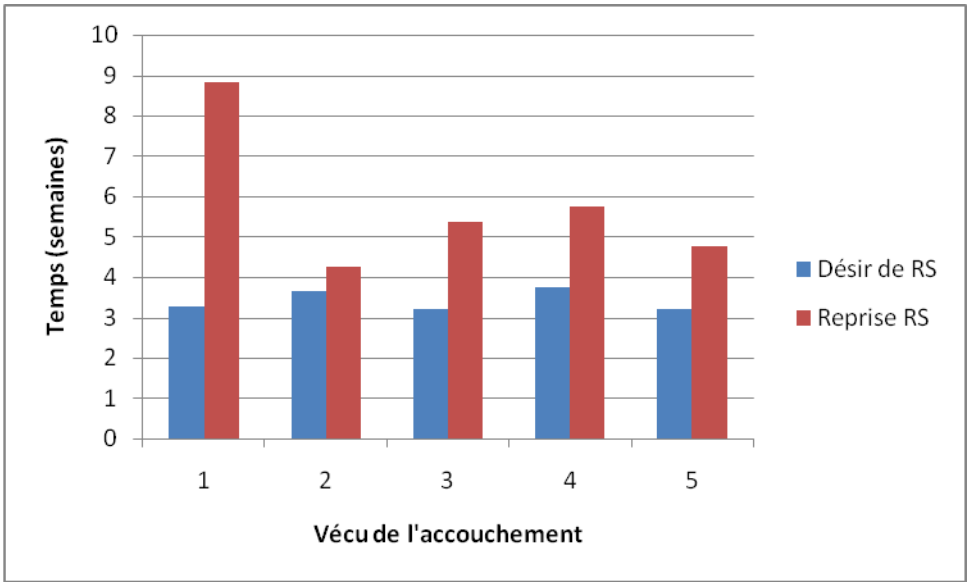
Graphique 4 : Evolution de la qualité en fonction de l'environnement de la grossesse



45 femmes interrogées, soit 35%, avouent avoir vécu des évènements difficiles lors de leur grossesse. Le graphique montre que l'épanouissement sexuel de ces femmes ne semble pas être différent des autres femmes questionnées lors de l'enquête. Cependant, 49% des femmes estiment que ces évènements ont eu un impact sur leur sexualité.

Ces évènements difficiles étaient principalement d'ordre médical (23%) : amniocentèse, arrêt de travail précoce, menace d'accouchement prématuré. Les évènements familiaux représentent 4% des difficultés avec en majorité le décès d'un proche. Enfin, les évènements professionnels correspondent à 8% des problèmes rencontrés.

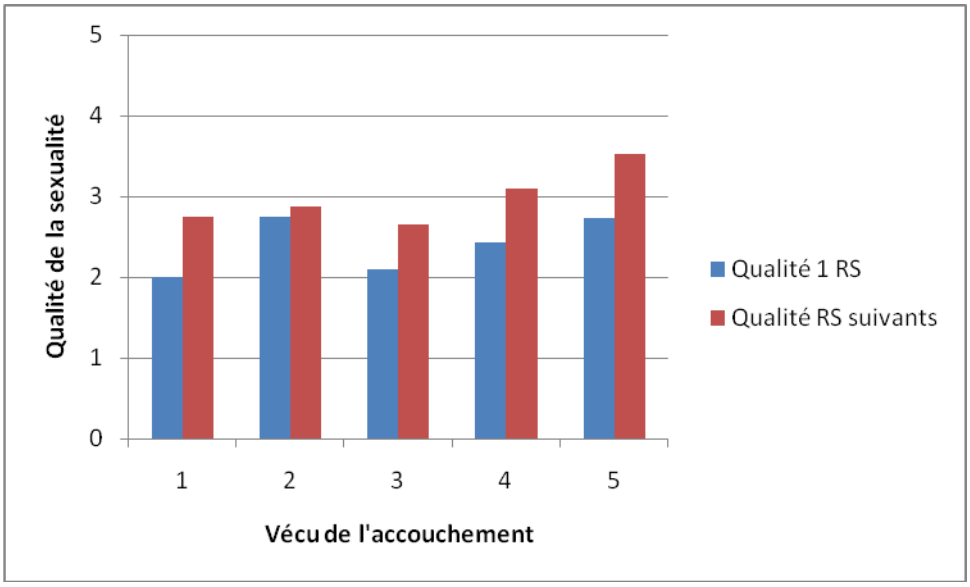
Graphique 5 : Délais d'apparition du désir sexuel et de reprise des rapports en fonction du vécu de l'accouchement



RS= rapport sexuel

Les femmes étaient amenées à noter le vécu qu'elles gardaient de la naissance de leur dernier enfant. La note 1 correspond à un vécu difficile, alors que 5 correspond à un excellent vécu. Le graphique met en évidence que les femmes ayant un vécu difficile de leur accouchement mettent 8,83 semaines à reprendre les rapports sexuels. Le désir sexuel réapparait au même moment pour toutes les femmes, indépendamment du vécu de l'accouchement.

Graphique 6 : Qualité de la sexualité en fonction du vécu de l'accouchement

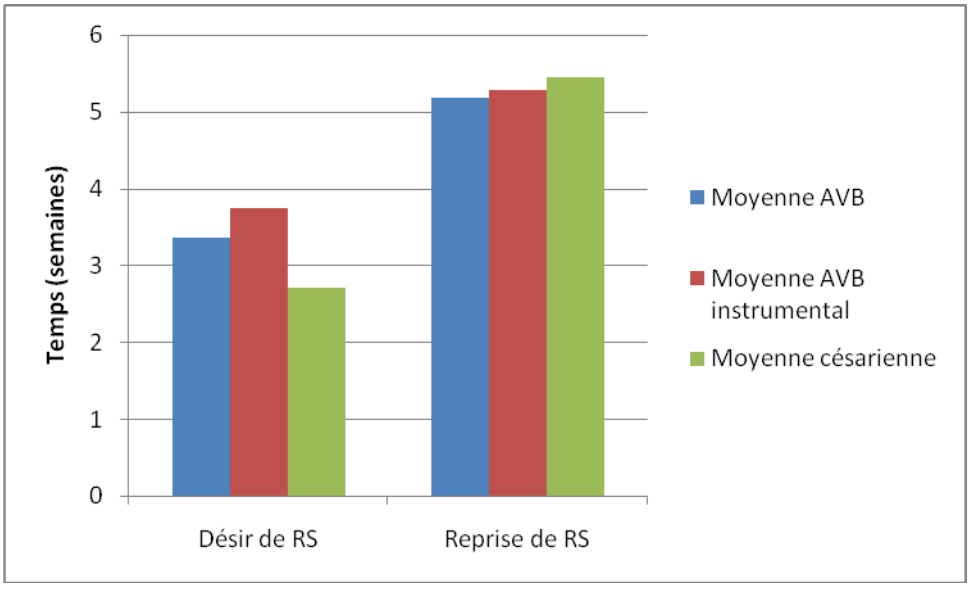


Qualité 1 RS= qualité premier RS

En remplissant le questionnaire, les femmes pouvaient noter la qualité de leur sexualité lors des premiers rapports après l'accouchement et lors des rapports suivants. Nous avons corrélé cette évaluation de la sexualité avec le vécu de l'accouchement.

En dehors de la note 2 concernant le vécu de la naissance, ce graphique montre que le vécu de l'accouchement impacte l'épanouissement ressenti par les femmes lors des premiers rapports, ainsi que lors des rapports suivants. En effet, les femmes ayant un excellent vécu de la naissance de leur enfant, coté à 5, ont donné une note plus élevée en ce qui concerne la satisfaction des premiers rapports suivant l'accouchement puis de ceux qui ont suivi.

Graphique 7 : Délai d'apparition du désir sexuel et de reprise des rapports en fonction du mode d'accouchement



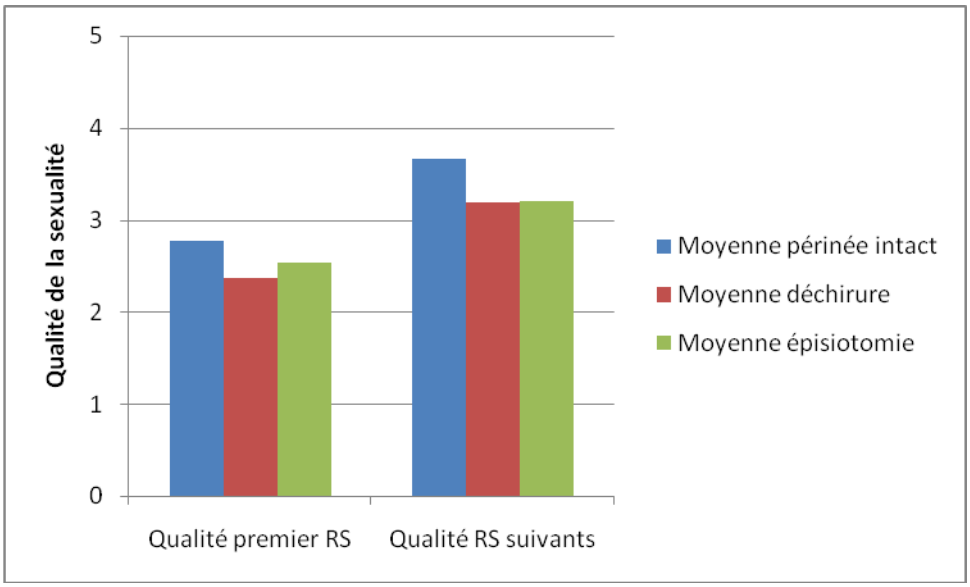
AVB= accouchement voie basse

On déduit de ce graphique que le mode d'accouchement ne semble pas avoir d'influence sur le délai de reprise des rapports sexuels.

Les femmes césarisées désirent reprendre les rapports plus tôt que les femmes ayant accouché par les voies naturelles.

En ce qui concerne la satisfaction sexuelle dans le long terme, les femmes ayant accouché par voie basse l'ont côté à 3,3/5, versus 3,1/5 pour les extractions instrumentales et 2,7/5 pour les césariennes.

Graphique 8 : Qualité de la sexualité en fonction de l'état du périnée

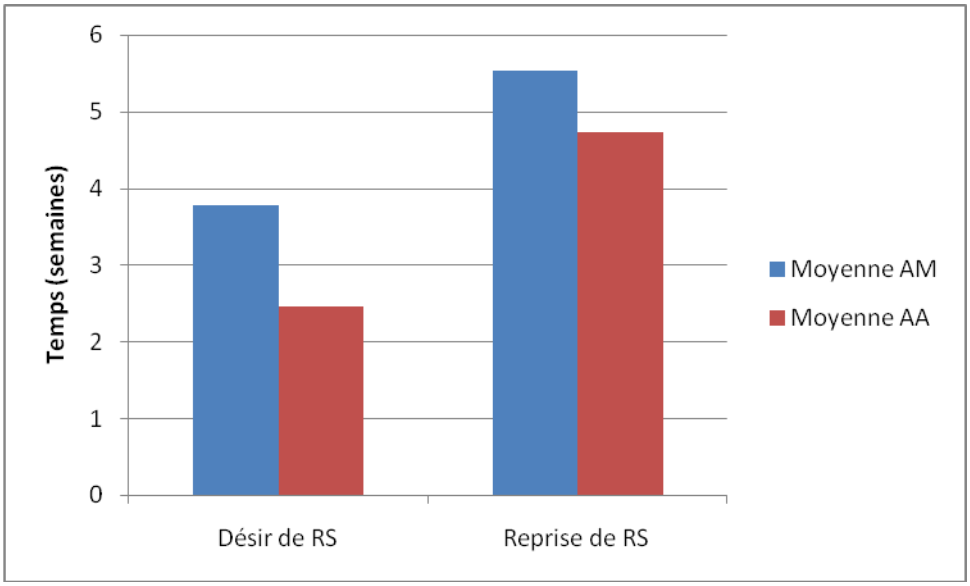


Ce graphique met en évidence une moins bonne satisfaction sexuelle comme conséquence d'un périnée cicatriciel. On peut noter l'absence de différence entre une déchirure et une épisiotomie sur la sexualité à long terme.

C'est exactement la même tendance pour les délais d'apparition du désir sexuel et de reprise des rapports. En effet, peu de différences sont mises en évidence entre les conséquences, au niveau sexuel, d'une déchirure ou d'une épisiotomie. Les femmes ayant un périnée intact retrouvent le désir sexuel vers 2,9 semaines, versus 3,4 pour les femmes ayant eu une déchirure et 3,5 pour les femmes ayant eu une épisiotomie. La sexualité est recommencée 4,3 semaines après l'accouchement pour les femmes ayant un périnée intact, versus 5,4 semaines pour les femmes ayant eu une déchirure et 5,2 pour les femmes ayant eu une épisiotomie.

27% des femmes ont eu de fortes douleurs au niveau du périnée durant les quelques jours qui ont suivi l'accouchement. Parmi elles, 85% se sont senties bien prise en charge par l'équipe soignante au niveau de la douleur. Ces antécédents de fortes douleurs ne semblent pas jouer de rôle dans le délai de reprise des rapports. En effet, les femmes ayant eu des douleurs reprennent une sexualité en moyenne 5 semaines après l'accouchement, c'est-à-dire avant les femmes n'ayant pas ressenti de fortes douleurs (5,4 semaines).

Graphique 9 : Délais d'apparition du désir sexuel et de reprise des rapports en fonction du mode d'allaitement



AM= allaitement maternel AA= alimentation artificielle

69% des femmes interrogées ont allaité leur enfant et 31% d'entre elles continuaient à allaiter au moment de l'enquête. La durée moyenne des allaitements était de trois mois.

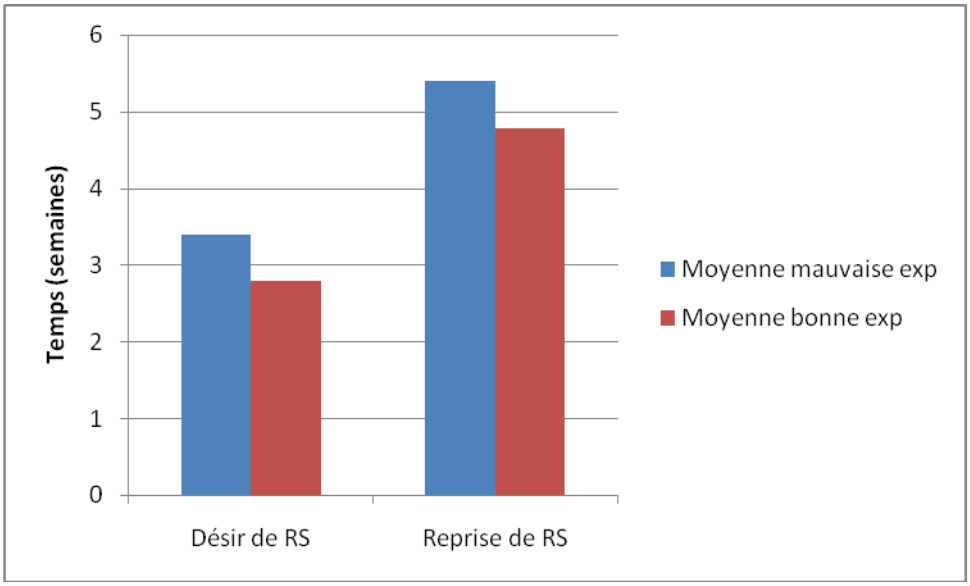
Ce graphique met en évidence que l'allaitement maternel augmente le délai de survenue du désir féminin à reprendre une sexualité ainsi que le délai de reprise de la sexualité. Cela correspond à la littérature où, six semaines après l'accouchement, seulement 38,7% des femmes allaitantes ont repris leur sexualité versus 58,2% des femmes ayant choisi l'allaitement artificiel.(34)

43% des femmes considèrent que leur allaitement a eu un impact sur la reprise de la sexualité. Les principales causes citées sont : fatigue, écoulement de lait, sécheresse vaginale, seins hypersensibles, douloureux et n'appartenant qu'au bébé.

Cependant, la qualité des premiers rapports des femmes qui allaitent est comparable à celle des femmes nourrissant leur enfant avec du lait artificiel (2,52/5 versus 2,58/5). En revanche, les femmes qui allaitent évaluent leur satisfaction sexuelle dans le plus long terme à 3,1/5 versus 3,4/5 pour les femmes ne pratiquant pas l'allaitement maternel.

En ce qui concerne l'allaitement considéré de longue durée (supérieur à 3 mois), les femmes évaluent leur satisfaction sexuelle dans le plus long terme à 2,8/5. Cela concerne 22% des femmes qui allaitent.

Graphique 10 : Délais d'apparition du désir sexuel et de reprise des rapports en fonction des expériences précédentes



Exp=expérience

Les femmes multipares répondaient à plusieurs questions supplémentaires, dont la suivante : « Gardez-vous une mauvaise expérience de la reprise des rapports sexuels lors de vos expériences précédentes ? » L'interprétation des résultats est simple : les femmes ayant une mauvaise expérience de la reprise des rapports après un précédent accouchement désirent plus tardivement reprendre une activité sexuelle. De même, comparativement aux autres femmes qui reprennent leur sexualité environ 4,7 semaines après l'accouchement, elles recommenceront une activité sexuelle 5,4 semaines après la naissance.

91% des femmes souffrent de troubles durant la période du post-partum. Les troubles les plus fréquemment décrits par les femmes sont recensés dans le tableau suivant :

Tableau 3 : Pourcentage des troubles ressentis par les femmes en post-partum

Troubles ressentis	***Pourcentage des femmes souffrant de ce trouble***
Fatigue	20%
Manque de disponibilité	16%
Difficulté à se retrouver dans son corps (vergetures, bouleversements corporels)	13%
Appréhension, peur au moment des rapports	11%
Douleurs au moment des rapports	11%
Défaut de lubrification	11%

49% des femmes affirment que ces problèmes affectent leur vie de couple ou leur sexualité. En effet, elles évaluent leur épanouissement à 3,5/5, alors que les femmes n'ayant pas de troubles l'ont côté à 4,1/5. 90% des couples discutent ensemble de ces difficultés.

A partir des questions de l'enquête, nous avons créé un barème permettant d'évaluer la communication des couples en matière de sexualité.

Ce barème est constitué à partir des quatre questions suivantes :

- Votre conjoint connaissait-il votre moyen de contraception ?
- Vous est-il déjà arrivé de discuter en couple de votre moyen de contraception ?
- Avez-vous pu discuter, en couple, des éventuels changements de votre sexualité pendant la grossesse ?
- Quels que soient vos troubles (du post-partum), en avez-vous parlé à votre conjoint ?

Les questions englobent la sexualité du couple avant, pendant et après la grossesse. Nous avons choisi de poser des questions sur la contraception étant donné que les deux sujets, sexualité et contraception sont intriqués.

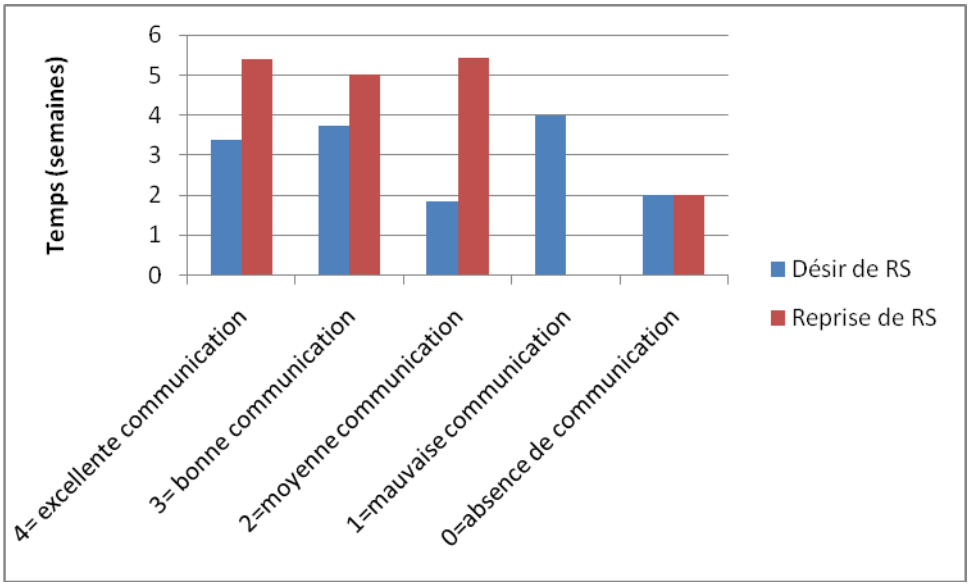
Ces quatre questions fermées n'avaient pour réponses que OUI ou NON. Dès que la femme répondait OUI, un point lui était attribué. Le système de point est conçu de la manière suivante :

- 0 point= absence de communication
- 1 point= mauvaise communication
- 2 points= moyenne communication
- 3 points= bonne communication
- 4 points= excellente communication

69% des couples paraissaient avoir une excellente communication, et 24% semblaient avoir une bonne communication. 5% des couples arboraient une communication moyenne. 1 couple avait une communication qualifiée de mauvaise, et un autre avait une absence de communication.

Nous avons mis en relation ces données avec le délai de reprise des rapports et la satisfaction de la sexualité des femmes. Les résultats de l'enquête sont présentés dans les graphiques suivants :

Graphique 11 : Délais d'apparition du désir sexuel et de reprise des rapports en fonction de la communication du couple

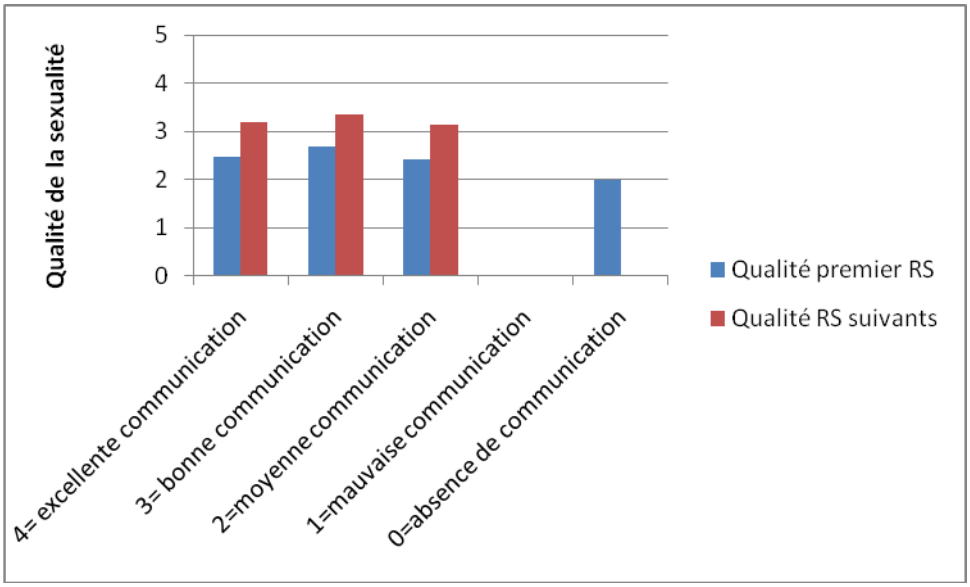


Le couple qui semble avoir une mauvaise communication n'avait pas retrouvé de sexualité au moment de l'enquête.

On n'observe pas de grande différence entre les délais de reprise de la sexualité en fonction de la qualité de la communication.

Les résultats concernant le délai d'apparition du désir sexuel ne sont pas interprétables du fait de leur disparité.

Graphique 12 : Qualité de la sexualité en fonction de la communication du couple



Le couple qui semble avoir une mauvaise communication n'avait pas retrouvé de sexualité au moment de l'enquête. De plus, la femme arborant une absence de communication avec

son conjoint n'a pas renseigné la qualité de sa sexualité à plus long terme, en post-partum.

Aucune différence notable n'est à souligner entre les couples ayant accumulé 4, 3 ou 2 points. Leur sexualité semble de même qualité qu'il s'agisse du premier rapport après l'accouchement ou des rapports suivants.

2.2.2.2 Evaluation de l'information reçue par les couples

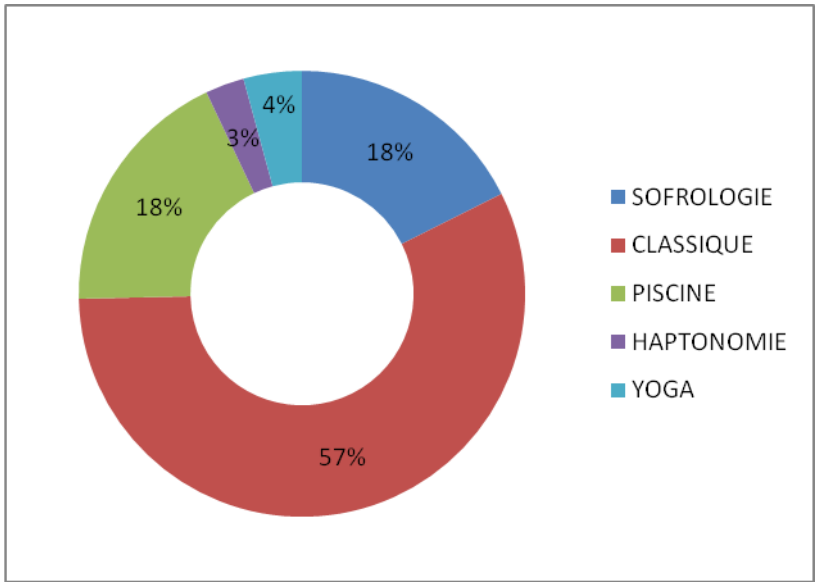
71% des hommes n'ont pas reçu d'information à propos de la sexualité du couple, que ce soit en anténatal ou en postnatal. 24% des hommes ont reçu une information claire et complète. Celle-ci fut donnée principalement par des sages-femmes (74%).

2.2.2.2.1 En anténatal

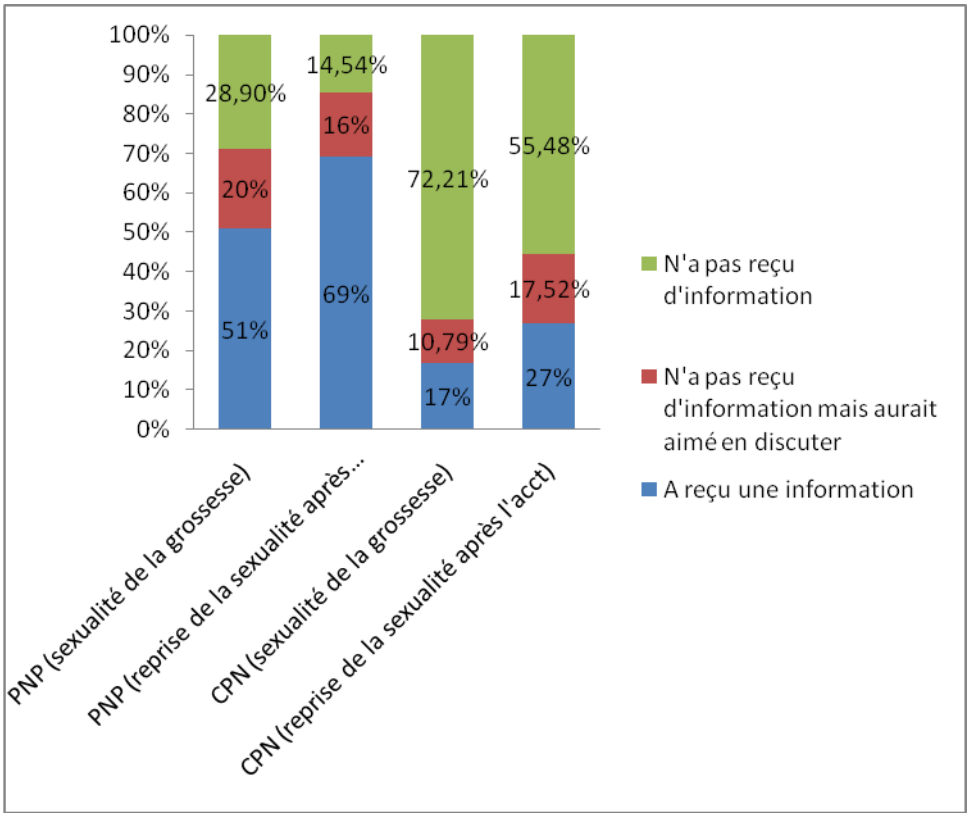
94% des femmes interrogées ont suivi une préparation à la naissance. 25% des ces femmes étaient accompagnées par leur conjoint lors d'au moins une séance.

Les séances de PNP étaient dispensées à 82% par des sages-femmes libérales, à 17% par des sages-femmes hospitalières et à 2% par des médecins. 69% des séances suivies étaient collectives. Seules deux couples ont bénéficié d'une séance individuelle. Six femmes ont participé seules à des séances de préparation avec leur sage-femme.

Graphique 13 : Répartition des femmes selon les différents modes de PNP



Graphique 14 : Répartition de l'information concernant la sexualité de la grossesse et du postpartum en prénatal



PNP= Préparation à la Naissance et à la Parentalité

CPN= Consultation postnatale

51% des femmes ont reçu, durant la PNP, une information concernant la sexualité de la grossesse. 97% de ces femmes furent satisfaites des renseignements donnés et 65% d'entre elles ont pu poser toutes les questions qu'elles avaient à ce sujet. Parmi les femmes n'ayant pas reçu d'information, 41% en ressentaient le besoin.

Durant la PNP, 69% des femmes ont reçu une information concernant la reprise de la sexualité après l'accouchement. 91% de ces femmes ont été satisfaites des renseignements donnés et 69% d'entre elles ont pu poser toutes leurs questions. Parmi les femmes n'ayant pas reçu d'information, 53% auraient aimé que le sujet soit abordé.

Lors des visites prénatales, 17% des femmes ont discuté avec le praticien de la sexualité de la grossesse. En majorité (52%), ce sont les sages-femmes qui ont abordé ce sujet avec les patientes. Elles sont suivies de prêt par les médecins (48%). Pour les femmes qui n'ont pas eu d'information sur la sexualité par le consultant, 87% d'entre elles ne ressentaient pas le besoin de poser des questions.

Au cours du suivi prénatal, 27% des femmes ont reçu une information concernant la reprise de la sexualité après l'accouchement. Celle-ci fut donnée à 62% par des sages-

femmes et à 38% par des médecins. 24% des femmes n'ayant pas discuté de ce thème avec le personnel médical auraient souhaité, mais n'ont pas osé poser des questions.

2.2.2.2.2 En postnatal

Suite aux questions de l'enquête, nous avons créé un barème permettant d'évaluer l'information donnée aux femmes en postnatal, et plus particulièrement durant leur séjour en suites de couches.

Ce barème est constitué à partir des quatre questions suivantes :

- A l'occasion de l'examen de sortie de la maternité, vous a-t-on parlé de la reprise des rapports sexuels ?
- Etes-vous satisfaite de l'information que l'on vous a donnée à ce sujet ?
- Avez-vous posé toutes vos questions ?
- La contraception que l'on vous avait prescrite, en sortant de la maternité, vous a-t-elle convenu lors de la reprise des rapports ?

Une question concernant la contraception est incluse dans ce barème étant donné qu'en suites de couches, les professionnels de santé ne peuvent parler de reprise de sexualité sans donner une information claire et complète en matière de contraceptifs. La prévention des grossesses rapprochées et non désirées est un objectif majeur de santé publique au cours du post-partum. Si une femme s'interdit de reprendre une sexualité, de peur de débuter une nouvelle grossesse, c'est que l'information donnée à cette femme, à propos de contraception, a été incomplète.

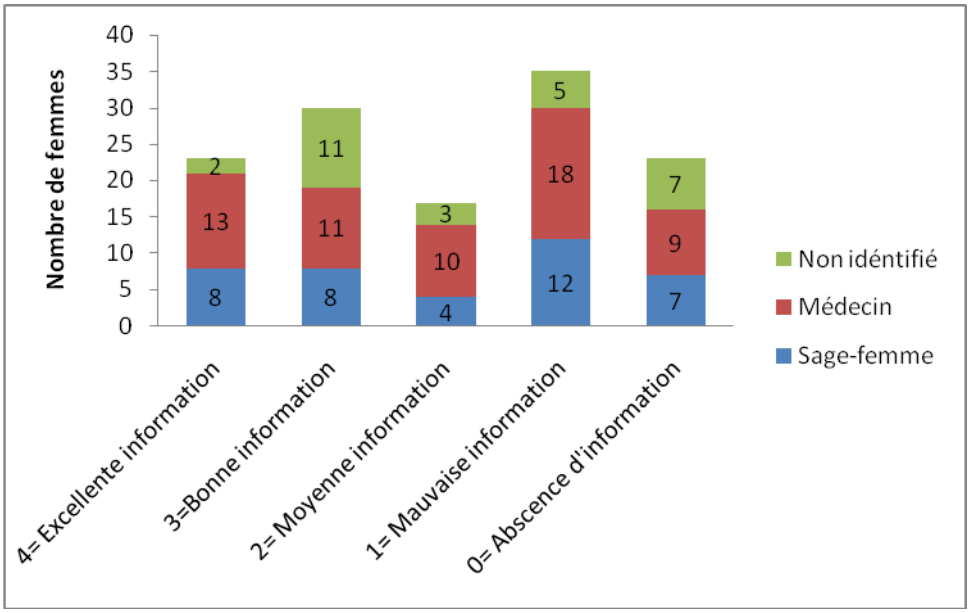
Ces quatre questions fermées n'avaient pour réponses que OUI ou NON. Dès que la femme répondait OUI, un point lui était attribué. Le système de point est conçu de la manière suivante :

- 0 point= absence d'information
- 1 point= mauvaise information
- 2 points= moyenne information
- 3 points= bonne information
- 4 points= excellente information

Les femmes pour qui la contraception ne convenait pas donnaient plusieurs raisons : oublis fréquents de la prise de pilule, contraception incompatible avec l'allaitement maternel.

Les résultats de l'enquête sont présentés dans le graphique suivant :

Graphique 15 : Qualité de l'information concernant la sexualité du post-partum en fonction des professionnels de santé

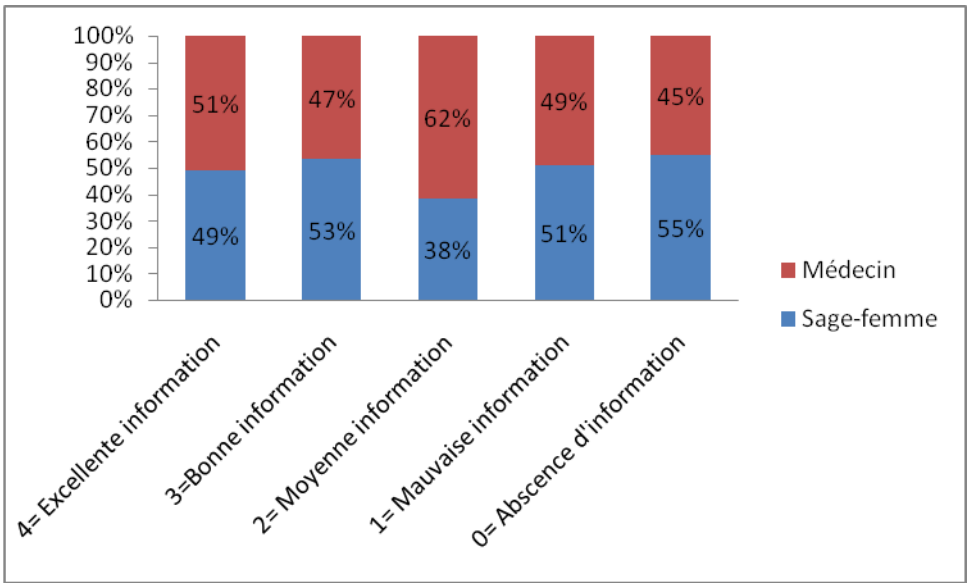


Une mauvaise rédaction dans les questionnaires nous empêche d'identifier certains professionnels de santé. En effet, lorsqu'aucun contraceptif n'avait été prescrit à l'issue de l'examen de sortie, la question « Qui était la personne qui vous a prescrit cette contraception ? » ne nous permettait pas de connaître le professionnel qui a réalisé l'examen de sortie de maternité.

Cependant, ce graphique nous permet de distinguer que 23 femmes n'ont pas reçu d'information et que 35 femmes ont reçu une mauvaise information. Il y a autant de femmes qui ont reçu une excellente information que de femmes qui n'ont pas reçu d'information.

Si nous ne considérons que les praticiens identifiés, le graphique suivant donne, de manière proportionnelle au nombre d'entretiens de sortie réalisés, le pourcentage de chaque professionnel de santé impliqué.

Graphique 16 : Répartition des professionnels de santé en fonction de la qualité de l'information



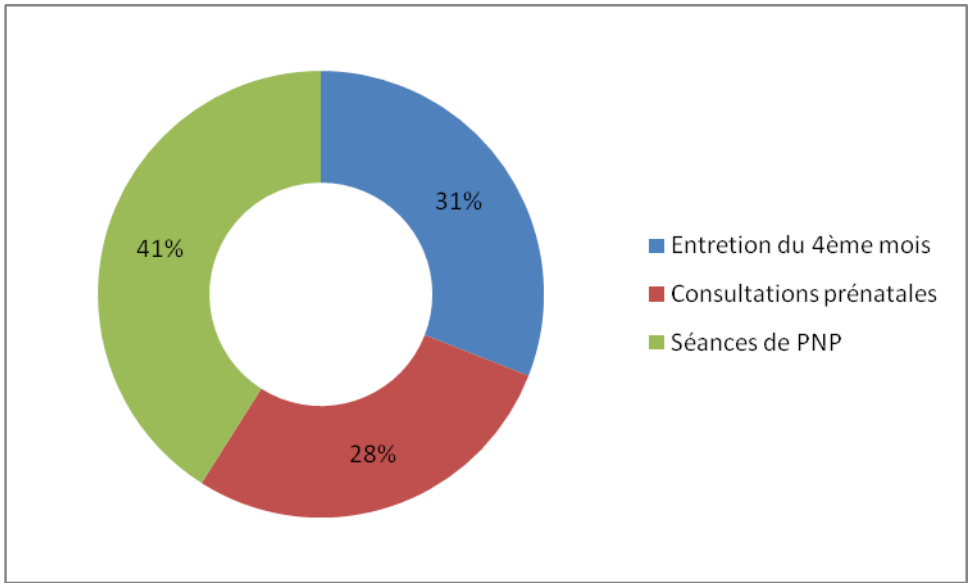
Ce graphique souligne la répartition homogène entre les sages-femmes et les médecins en ce qui concerne une mauvaise, ainsi qu'une excellente information. Les médecins semblent être plus nombreux à donner une information moyenne, alors que les sages-femmes se distinguent en majorité pour les bonnes informations ainsi que l'absence d'information.

A l'occasion des différentes consultations après l'accouchement, 58% des femmes ont pu discuter de la reprise des rapports sexuels avec un professionnel de santé. 81% d'entre elles étaient satisfaites de l'information qui leur a été transmise.

2.2.2.3 Evaluation des attentes des femmes à propos de sexualité

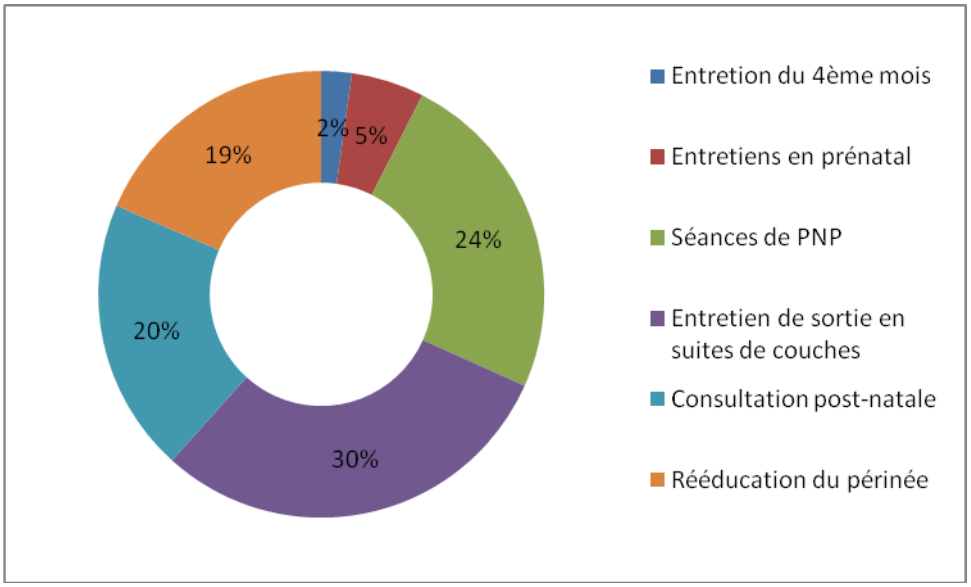
Les femmes avaient à choisir quel aurait été le moment idéal où le professionnel de santé pouvait leur parler de sexualité.

Graphique 17 : Répartition du moment idéal pour parler de la sexualité de la grossesse



Les séances de PNP se trouvent être le temps où les femmes sont les plus réceptives pour discuter de la sexualité de la grossesse.

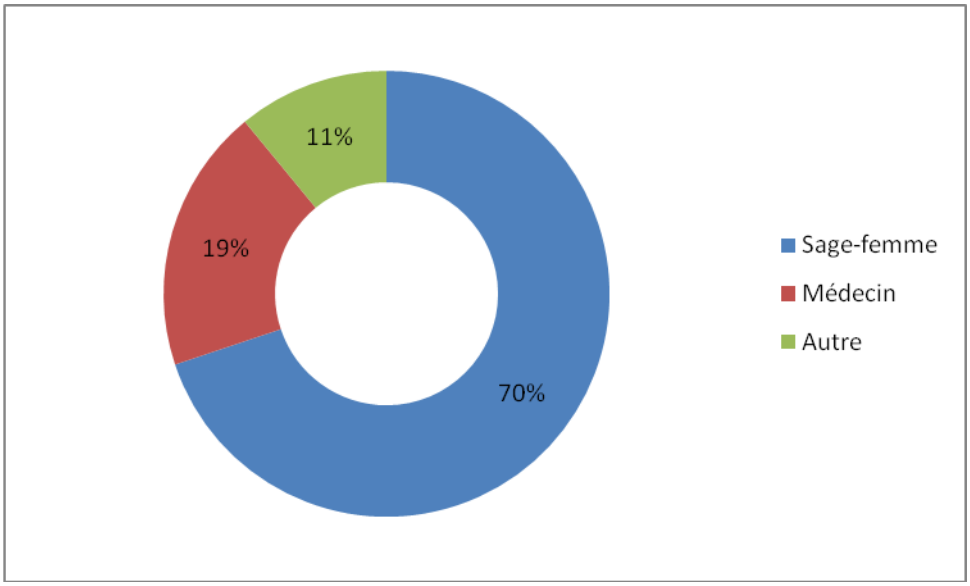
Graphique 18 : Répartition du moment idéal pour parler de la reprise des rapports après l'accouchement



L'entretien de sortie en suites de couches est de loin le moment où les femmes sont les plus aptes à discuter de la reprise de la sexualité. Cependant, en prénatal, les séances de PNP regroupent 24% des choix.

Les deux autres moments clés après l'accouchement, la consultation post-natale et la rééducation du périnée sont aussi plébiscités par les femmes : elles leur octroient respectivement 20% et 19%.

Graphique 19 : Répartition des personnes dont les femmes se sentent le plus proche pour parler de sexualité



La sage-femme se trouve être la personne avec qui la femme est la plus à l'aise pour discuter de leur sexualité.

Les conjoints sont la majorité (48%) des autres personnes. Ils sont suivis par les amies (19%), la famille (14%) et les psychologues (14%).

3 Troisième partie
Analyse et discussion

3.1 Evaluation de la validité de l'étude

3.1.1 Evaluation de l'échantillon des sages-femmes participantes

Initialement, il était prévu qu'il y ait autant de sages-femmes libérales parisiennes que provinciales qui participeraient à l'étude. Cependant, plusieurs sages-femmes libérales de Paris n'ont pas tenu leurs engagements et n'ont pas diffusé l'enquête. Finalement, sept sages-femmes de province ont collaboré, ainsi que quatre sages-femmes parisiennes.

Le recrutement des sages-femmes participantes s'est effectué de manière empirique mais nous pouvons considérer que celles qui ont accepté étaient intéressées par le sujet. Ceci correspond donc à un biais de sélection et peut influencer nos résultats quant à leurs réponses.

Cet échantillon de sages-femmes est trop restreint pour permettre une généralisation des réponses à l'ensemble de la profession. Il s'agit d'une démarche qualitative permettant d'élaborer des réflexions et des solutions pour faire évoluer les pratiques.

Nous pouvons étendre ces conclusions en ce qui concerne les dix sages-femmes qui ont accepté d'être interrogées lors d'entretiens.

3.1.2 Evaluation de l'échantillon de couples interrogés

Parmi les 128 femmes ayant répondu aux questionnaires, 59% habitent en province et 41% en région parisienne. 61% des femmes étaient primipares avec une moyenne d'âge de 29,6 ans. Les femmes multipares (39%) avaient une moyenne d'âge de 32,3 ans. La majorité des multipares étaient des deuxièmes pares, mais à cause d'une compréhension difficile par les femmes de la question 28, nous ne pouvons donner de pourcentages précis.

100% des femmes étaient en couple lors du déroulement de l'étude. La moyenne d'âge du panel féminin est de 30,67 ans, celle du panel masculin est de 31,96 ans. Les ménages interrogés sont en couple, en moyenne depuis 8,29 ans.

Les cabinets de sage-femme de province étaient situés dans des villages ou petites villes de 1400, 6300 et 6700 habitants. Les cabinets de sage-femme de la région parisienne sont situés dans les 14ème et 17ème arrondissements ainsi qu'à Antony (92). La population côtoyée est majoritairement favorisée au niveau socio-économique. Ceci peut-être considéré comme un biais de l'étude.

Il fut intéressant de constater les nombreuses disparités entre la population parisienne et la population de province. Le tableau suivant expose les principales :

Tableau 4 : Comparaison de l'échantillon des femmes en fonction du lieu de vie

	Femmes habitant Paris	***Femmes habitant en province***
Age		
Moyenne	33 ans	29 ans
Minima	28 ans	23 ans
Maxima	42 ans	39 ans
Parité		
Primigeste	75%	51%
Multigeste	25%	49%
En couple depuis		
Moyenne	7 ans	9 ans
Minima	1 an	2 ans
Maxima	20 ans	18 ans
Profession		
Agriculteur exploitant	0%	1%
Artisan commerçant, chef d'entreprise	4%	3%
Cadre, profession intellectuelle supérieure	49%	13%
Profession intermédiaire	8%	7%
Employé	36%	64%
Ouvrier	0%	5%
Sans activité professionnelle	2%	7%

Les femmes parisiennes sont principalement des primipares et exercent en majorité une profession intellectuelle supérieure. En province, il y a autant de femmes primipares que multipares. La majorité d'entre elles sont employées.
Les femmes de province deviennent mères plus jeunes que les femmes parisiennes.

En ce qui concerne les hommes, 63% de ceux qui ont répondu vivent en province et 37% en région parisienne.

Tableau 5 : Comparaison de l'échantillon des hommes en fonction du lieu de vie

	Hommes habitant Paris	***Hommes habitant en province***
Age		
Moyenne	34 ans	30 ans
Minima	28 ans	24 ans
Maxima	47 ans	48 ans
Profession		
Agriculteur exploitant	0%	6%
Artisan commerçant, chef d'entreprise	0%	11%
Cadre, profession intellectuelle supérieure	68%	13%
Profession intermédiaire	5%	8%
Employé	22%	40%
Ouvrier	0%	15%
Sans activité professionnelle	0%	2%

Nous n'obtenons pas 100% au total des professions puisque 5% des hommes n'ont pas désiré répondre à cette question.
Les pères de province sont en moyenne plus jeunes que les pères parisiens. La majorité des hommes parisiens exercent une profession intellectuelle supérieure et la majorité des hommes de province sont employés.

3.1.3 Evaluation du questionnaire

Le choix de la forme de l'enquête était l'élément clé de la réussite de l'étude. En effet, d'après les sages-femmes qui ont distribué puis récolté les questionnaires, les femmes ont adhéré au sujet et ont volontiers participé à l'étude. Le fait de ramener le questionnaire chez elles, de le remplir au calme et de pouvoir en discuter avec leur conjoint était nécessaire pour qu'elles acceptent de collaborer. De plus, la confidentialité a

permis de dépasser certaines réticences. Les questionnaires, malgré les 56 questions, se remplissaient facilement, en dix minutes environ, et demandaient peu de réflexion.

210 questionnaires furent distribués et 128 femmes l'ont remis à leur sage-femme libérale, ce qui donne un taux de réponse à 61%. Ce taux de réponse est retrouvé dans toutes les autres études abordant la sexualité de la femme et ayant un questionnaire comme outil(20) (22) (25).

77% des conjoints ont choisi de répondre aux questionnaires, ce qui nous place à un taux de réponse masculine supérieur aux 72% de l'étude pilote réalisée à Nancy en 2001.(13)

Après son élaboration, le questionnaire a été testé auprès de trois couples, ce qui a permis de faire quelques modifications. Cependant, une question mal formulée a échappé à notre vigilance et nous a empêchés de répondre parfaitement au troisième objectif.

Un cabinet de sages-femmes libérales a décidé de garder les questionnaires vierges qui leur restaient. En effet, les sages-femmes ont trouvé qu'il constituait un bon outil de communication pour les couples. Elles n'hésiteront pas à le distribuer si elles se trouvent à accompagner un couple présentant des difficultés lors de la reprise des rapports.

4 des 10 sages-femmes libérales ayant distribué les questionnaires, ont trouvé que le questionnaire était un moyen efficace pour aborder le thème de la sexualité avec les patientes.

3.1.4 Evaluation de l'entretien de recueil de données

La forme semi directive a été choisie pour la richesse des éléments recueillis qu'elle induit. Néanmoins, la technique d'entretien est délicate. L'objectif principal était de respecter la plus grande neutralité possible afin de ne pas orienter les réponses des sages-femmes. La forme semi directive permet d'aborder les différents thèmes requis, ce qui est essentiel pour pouvoir par la suite, organiser les réponses. Les entretiens, d'une durée moyenne de quinze minutes, ont été très complets et très enrichissants. Ils furent enregistrés vocalement afin de ne pas perturber leur déroulement ainsi que pour rendre leur retranscription la plus juste possible. Leur analyse fut longue et complexe car l'ensemble des propos récoltés est important.

3.1.5 Forces et limites de l'étude

3.1.5.1 Les forces

La principale force de cette étude est d'analyser à la fois la qualité de la sexualité des couples avant, pendant et après l'accouchement.

Le taux de réponses des femmes est identique à celui d'études plus importantes.(20) (22)

L'effectif des questionnaires analysés est correct, d'autant plus que 77% des hommes ont répondu.

Aucun questionnaire ne fut ininterprétable.

L'étude est à la fois basée sur des entretiens avec des professionnels de santé de terrain et sur des questionnaires adressés aux patients.

Les professionnels de santé ont accepté avec enthousiasme de participer à cette étude. Le sujet a intéressé aussi bien les sages-femmes que les couples ayant volontiers répondu aux questionnaires. De nombreux commentaires positifs nous ont été retransmis par les sages-femmes qui attendent avec impatience les résultats et un exemplaire du mémoire pour mettre dans leur salle d'attente, à disposition des patientes.

3.1.5.2 Les limites

Cette étude comporte plusieurs biais. Ceux-ci ont été exposés précédemment.

L'utilisation de questionnaires apporte aussi ses inconvénients. En effet, les femmes ou les hommes pouvaient choisir de ne pas répondre à certaines questions. Tous les questionnaires ne sont donc pas complets.

Seuls dix entretiens ont été réalisés auprès des sages-femmes, cela ne représente pas la généralité. Cependant, le temps imparti pour ce mémoire n'a pas permis de réaliser plus d'entretiens.

3.2 Analyse et discussion des résultats

Nous considérons que l'éducation sexuelle et le counseling systématique chez les personnes pouvant avoir des difficultés sexuelles est une action de santé publique, et ce d'autant plus quand l'équilibre du couple peut être mis à mal et ainsi provoquer une dégradation des conditions d'accueil du nouveau-né.

3.2.1 Les sages-femmes et les patientes n'abordent-elles pas le thème de la sexualité du couple par difficulté de vaincre le tabou ?

Les sages-femmes, en général, parlent facilement de la sexualité du couple. Cependant, toutes n'abordent pas le sujet de manière systématique.
En effet, les sages-femmes hospitalières qui pratiquent des consultations discutent sans difficultés de sexualité avec la femme. En revanche, si la femme semble gênée, les professionnelles affirment se sentir moins à l'aise. Par ailleurs, elles n'entament la discussion que lorsqu'une anomalie du col de l'utérus est mise en évidence. Une sage-femme interrogée initie la discussion si la femme ressent des douleurs lors de l'examen vaginal. Lorsque ce sont les patientes qui leur posent des questions, elles y répondent volontiers, sans gêne.

Les sages-femmes exerçant en suites de couches ont pour habitude de parler systématiquement de la sexualité avec les patientes, en même temps qu'elles informent les femmes à propos de contraception. Le sujet ne s'avère pas difficile à évoquer, c'est le moment idéal pour en parler, elles ont une « position privilégiée ».
La grande majorité des sages-femmes libérales interrogées évoque, à une ou plusieurs séances, le sujet de la sexualité, de manière naturelle, souvent en utilisant l'humour. Toutes profitent du « cours des papa » pour relayer au maximum l'information auprès des couples. La seule sage-femme libérale n'ayant pas pour habitude de parler de sexualité trouve le temps trop juste pour donner toutes les informations. Ce n'est pas une question de tabou mais de choix dans les renseignements donnés.

Du côté des femmes, le tabou semble occuper une place beaucoup plus importante. L'étude a montré que parmi les 51% de femmes ayant reçu une information concernant la sexualité de la grossesse lors de séances de PNP, 65% des patientes ont pu poser toutes leurs questions. Cela signifie que 35% d'entre elles n'ont pas obtenu les renseignements qu'elles souhaitaient. De plus, 41% des femmes n'ayant pas eu d'informations concernant la sexualité de la grossesse, lors d'une séance de PNP, auraient souhaité que le sujet soit traité afin d'obtenir les réponses aux questions qu'elles ont peur de poser, soit 20% de la totalité des femmes.

En ce qui concerne l'information concernant la reprise de la sexualité après l'accouchement, 16% des femmes n'ont pas été renseignées au moment des séances de PNP et n'ont pas eu le courage d'interroger la sage-femme.

Etant donné que 69% des séances de PNP étaient collectives, on peut penser que cette gêne des femmes peut provenir de l'intimidation causée par l'effet de groupe.

Or, on peut constater que la retenue s'exprime aussi lors des visites prénatales, où les femmes sont seules avec le consultant, quand il s'agit de parler de sexualité de la grossesse ou de la reprise des rapports après l'accouchement. Dans le premier cas, en voyant que le professionnel de santé n'abordait pas le sujet, 13% n'ont pas osé franchir le pas et poser leur question, soit environ 11% des femmes. Dans le deuxième cas, ce sont 24% des femmes n'ayant pas eu de renseignements de la part du consultant, qui auraient souhaité en parler avec lui, mais qui n'ont pas osé, soit 17,5% des femmes.

De plus, lors de l'entretien de sortie de suites de couches, qui doit être propice pour la femme pour poser toutes ses questions, 47% des femmes affirment ne pas avoir posé toutes leurs questions.

Ainsi, notre première hypothèse est partiellement validée. Ce ne sont pas les sages-femmes qui semblent gênées par les tabous concernant la sexualité, mais bien les femmes, puisqu'il s'agit de leur intimité.
Nous pouvons aussi nous demander si le tabou est la réelle cause de cette impossibilité de la femme à demander des informations sur la sexualité, ou si c'est le peu de temps que la femme sait qu'on lui accorde, ou bien si ce n'est pas le praticien qui ne la met pas en confiance pour qu'elle se confie à lui.
Sachant que 70% des femmes se sont senties plus proches des sages-femmes pour discuter de ce sujet, les professionnels de santé sont les mieux placés pour mettre les femmes en confiance, amener le sujet en douceur afin de répondre aux interrogations du plus grand nombre de femmes.

Il est aussi important de cibler le moment où la femme est apte à recevoir une information concernant la sexualité de la grossesse ou la reprise de la sexualité après l'accouchement. En ce qui concerne la sexualité de la grossesse, 41% des femmes se sentent prêtes à aborder ce sujet lors des séances de PNP, 31% lors de l'entretien du 4ème mois et 28% lors des entretiens prénataux. Parallèlement à cela, pour discuter de la reprise de la sexualité après l'accouchement, 30% des femmes plébiscitent l'examen de sortie de suites de couches, 24% préfèrent les séances de PNP, 20% auraient choisi la consultation post-natale et 19% les séances de rééducation du périnée. Nous nous rendons compte qu'en prénatal, les séances de PNP sont le moment idéal pour rompre le

tabou de la sexualité de la grossesse et du post-partum. C'est à ce moment que les femmes sont les plus réceptives pour parler de sexualité, le sujet peut donc être évoqué en douceur pour ne pas les brusquer. Nous constatons aussi qu'à tous les moments du post-partum où la femme rencontre un professionnel de la périnatalité, le sujet de la reprise des rapports peut être abordé afin de prévenir d'éventuelles difficultés pouvant déstabiliser l'équilibre du couple.

3.2.2 Les sages-femmes ont-elles des réticences à aborder ce sujet parce qu'elles pensent manquer de formation et de connaissances à propos des problèmes sexuels ?

60% des sages-femmes rencontrées ont reçu une formation initiale de quelques heures, lors de leur deuxième cycle d'école de sage-femme. Ces cours furent dispensés soit par des médecins sexologues, soit avec des sages-femmes spécialisées en sexologie.

Les sages-femmes interrogées ont été diplômées entre 1976 et 2004. Pour les plus anciennes, la formation initiale en sexologie n'existait pas. Dorénavant, d'après l'annexe de l'Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme, 78 heures doivent être consacrées à l'enseignement de la gynécologie et de la sexologie lors de la deuxième phase des études de sage-femme.(43)

60% des sages-femmes ont assisté à une formation continue à propos de sexualité de la femme enceinte et du post-partum. Cela concerne toutes les sages-femmes libérales interrogées, ainsi que deux sages-femmes hospitalières car, elles en ont ressenti un réel besoin pour pouvoir répondre aux interrogations des femmes. La demande de formation venait alors du professionnel de santé. Elles y ont trouvé des bases et un vocabulaire adapté. Ces formations continues ont eu lieu lors de différentes sessions : sexologie et grossesse, ostéopathie, sophrologie, période post-natale.

Ces six sages-femmes affirment avoir les connaissances requises pour discuter avec les femmes de ce thème et d'aider les couples à leur niveau. Elles ont bien conscience de la difficulté de ce soutien et n'hésitent pas à diriger les patientes vers des sexologues dès qu'apparaît la pathologie, qui n'est plus de leur ressort.

30% des sages-femmes ont déclaré avoir des bases requises pour informer les patientes, mais dès que certaines situations se compliquent, elles sentent que leur formation est insuffisante.

Ce n'est pas tant le manque de formation qui gêne les sages-femmes, qui n'ont pas bénéficié de ce module en formation initiale ou continue et qui n'évoquent pas

systématiquement le sujet de la sexualité, mais le moindre intérêt qu'elles y portent. En effet, ces sages-femmes ne mesurent sans doute pas le besoin des femmes de discuter de ce sujet et préfèrent se préoccuper de sujets plus médicaux comme la diététique, la lutte contre le tabac, … Elles affirment que le temps imparti en consultation est trop court pour répondre à toutes les interrogations de la femme. Contrairement aux sages-femmes de suites de couches ou aux sages-femmes libérales qui ont introduit dans leur pratique le sujet de la sexualité, les sages-femmes de consultation doivent penser à tellement de choses que le sujet de la sexualité est souvent oublié. De plus, il n'y a pas de moment clé lors d'une consultation prénatale pour parler de sexualité. S'il parait évident pour les professionnels d'aborder le sujet de la sexualité au moment de la sortie de suites de couches ou lors de la visite postnatale c'est qu'il s'intrique parfaitement avec les soins du périnée, la contraception, le retour de couches. Cependant, en prénatal, les sages-femmes ne trouvent pas le moment idéal pour évoquer le sujet sereinement, pour ne pas choquer certaines femmes.

Ainsi, notre deuxième hypothèse est partiellement validée. En majorité, les sages-femmes ont les compétences nécessaires pour aborder avec confiance le sujet de la sexualité avec les femmes ou les couples. Les réticences à aborder le sujet ne viennent pas uniquement d'un éventuel manque de formation mais elles viennent surtout d'une absence de priorité de certaines sages-femmes pour évoquer la sexualité et d'une difficulté à initier le sujet en consultation.

3.2.3 Les sages-femmes ont-elles un rôle prépondérant dans l'information des changements possibles de la sexualité de la grossesse ainsi que dans la prévention des problèmes éventuels liés à la reprise des rapports ?

A l'unanimité, les sages-femmes reconnaissent que leur métier, par son suivi privilégié des femmes du début de la grossesse jusqu'à quelques semaines après l'accouchement, les place dans une situation favorable pour informer les couples. Les sages-femmes en consultation se sentent investies d'une mission de prévention : rassurer et encourager. Deux d'entre elles sont convaincues qu'une sexualité épanouie et fréquente au cours de la grossesse favorise la reprise des rapports à la suite de l'accouchement.

Les sages-femmes de suites de couches pensent avoir plus un rôle d'information que de prévention. En effet, elles renseignent la femme sur les délais d'une possible reprise

des rapports, en fonction de l'état du périnée. Une d'entre elles conseille par ailleurs l'utilisation d'un gel lubrifiant. Elles informent la femme dans un premier temps, tout en comptant, dans un second temps, sur des explications plus fournies et une éventuelle prévention de l'apparition des difficultés sexuelles par le professionnel de santé qui effectuera la visite postnatale.

Les sages-femmes libérales affirment qu'elles sont souvent le premier professionnel de santé avec qui la femme se confie à propos de sa sexualité. Elles profitent de leur fonction d'interlocuteur pour dédramatiser, rassurer et expliquer. Une sage-femme insiste sur le rôle primordial des sages-femmes pour briser les « fausses images » que peuvent avoir les couples, comme celle de devoir interrompre la sexualité pendant la grossesse afin d'éviter les fausses couches. Et plus particulièrement, pendant la période charnière, dans la vie sexuelle d'un couple, qu'est le post-partum. Leur rôle d'écoute et d'information permet de rassurer, de redonner confiance, de favoriser la discussion au sein du couple, ainsi que de donner quelques conseils.

A tous les niveaux d'intervention (consultations prénatales et postnatales, suites de couches, séances de PNP, rééducation périnéale), la sage-femme semble être la personne privilégiée pour aborder le sujet de la sexualité avec les couples. En effet, la majorité des sages-femmes évoque leur position privilégiée pour qu'une relation de confiance s'établisse avec les femmes, ce qui les amène à pouvoir discuter plus facilement de sujets délicats.

Les moments plébiscités par les sages-femmes, comme étant les plus appropriés pour parler de la sexualité sont : l'entretien du 4ème mois, les séances de PNP, la consultation postnatale et les séances de rééducation du périnée. Cela rejoint parfaitement les attentes des femmes décrites précédemment.

Etant donné que 70% des femmes se sentent proches de la sage-femme pour discuter de leur sexualité et qu'elles attendent qu'on leur parle de sexualité à des moments clés, où la sage-femme est l'acteur principal, notre profession de sage-femme semble être la mieux placée pour informer et prévenir.

Ainsi, notre troisième hypothèse est validée. Non seulement les sages-femmes ont conscience de leur rôle prépondérant, mais les patientes aussi considèrent que la sage-femme est l'interlocuteur privilégié, pour parler, à chaque étape de la grossesse, de la

sexualité du couple. Cependant, nous rappelons qu'une question mal formulée dans notre questionnaire nous empêche de répondre parfaitement à cette hypothèse.

Grâce à notre questionnaire et les recherches bibliographiques qui ont été faites pour ce mémoire, nous allons pouvoir présenter quelques pistes aux sages-femmes afin qu'elles remplissent au mieux leur rôle d'information sur les changements possibles de la sexualité de la grossesse, ainsi que leur rôle de prévention des éventuels problèmes liés à la reprise des rapports.

Les principales conclusions de notre enquête sont les suivantes :

- Durée moyenne de reprise des rapports après l'accouchement := 5,5 semaines
- Les primipares semblent avoir plus de difficultés que les multipares lors de la reprise des rapports sexuels après l'accouchement.
- La qualité de la sexualité de la plupart des couples diminue lors de la grossesse. De nombreux facteurs viennent altérer cette qualité ressentie dont un manque de désir chez les femmes et la peur de faire mal au bébé chez les hommes. Environ 10% des couples connaissent une augmentation de leur satisfaction sexuelle au cours de la grossesse.
- Les hommes retrouvent l'envie de reprendre les relations sexuelles environ 10 jours avant leur compagne.
- Les protocoles de PMA modifient la sexualité d'environ 60% des couples.
- Des évènements extérieurs difficiles au moment de la grossesse peuvent influencer la sexualité de la femme.
- Une sexualité épanouie pendant la grossesse facilite la reprise des rapports sexuels en post-partum.
- Les femmes gardant un très mauvais souvenir de leur accouchement peuvent mettre plus de temps à désirer reprendre une sexualité.
- Les femmes ayant gardé un bon souvenir de leur accouchement semble profiter d'une sexualité plus épanouissante que les autres femmes dans le postpartum.
- La césarienne ne protège pas des dyspareunies. L'accouchement par voie basse influence moins l'insatisfaction sexuelle des femmes.
- Un périnée cicatriciel est responsable d'une moins bonne satisfaction sexuelle, que ce soit une déchirure ou une épisiotomie. Les femmes ayant un périnée intact reprennent une sexualité plus tôt (4,3 semaines) que les femmes ayant une déchirure (5,4 semaines) ou une épisiotomie (5,2 semaines).
- L'allaitement maternel augmente le délai de survenue du désir féminin à reprendre une sexualité, ainsi que le délai de reprise de la sexualité. Les femmes allaitant leur

bébé à long terme montrent une sexualité moins épanouissante que les autres femmes.

- Les femmes ayant une mauvaise expérience de la reprise des rapports après un précédent accouchement désirent plus tardivement reprendre une activité sexuelle.
- La fatigue est le trouble le plus fréquent ressenti par les femmes en postpartum. 50% des femmes ayant des troubles dans le post-partum (manque de disponibilité, dyspareunies, baisse de l'estime de soi) disent avoir une moins bonne satisfaction sexuelle.
- Les couples communiquant très peu présentent une satisfaction sexuelle beaucoup plus basse que les couples qui arborent une moyenne, bonne ou excellente communication.

Toutes ces pistes nous permettent de formuler quelques propositions.

3.3 Propositions

L'étude de la littérature, ainsi que notre étude permettent de mieux comprendre les mécanismes et les difficultés de la sexualité du couple et de la femme en période périnatale. La tâche des professionnels de santé en sera facilitée pour apporter de l'aide aux couples lors de ces mois de bouleversements.

3.3.1 Vers un dépistage systématique ?

Un certain nombre de dysfonctions sexuelles sont liées à des méconnaissances, ignorances de la sexualité et de ses composantes. Mythes et tabous entourent encore le comportement sexuel, ce qui peut entraîner culpabilité, idée de performance, perturbations relationnelles, fausses dysfonctions sexuelles. L'intérêt de la prévention de ces difficultés sexuelles est pertinent et passe par une éducation à la sexualité des jeunes, mais aussi des adultes.

Une dysfonction sexuelle reste rarement isolée. Avec le temps ou dans le cadre de la relation, une dysfonction sexuelle peut évoluer :

- passage d'une dysfonction sexuelle à une autre (ex. : dyspareunie qui entraînera un trouble du désir).
- passage de l'homme à la femme et inversement (ex. : trouble du désir féminin responsable d'une dysérection)
- passage d'une dysfonction sexuelle à un problème de couple et inversement.

Ceci explique la nécessité d'une évaluation rigoureuse.

En conclusion de leur étude, une équipe suédoise propose un counseling à propos de sexualité pour les femmes enceintes, les hommes, les couples qui inclurait un dépistage des dyspareunies. De plus, ce counseling pourrait se prolonger dans le post-partum où les questions ou intérêts du couple peuvent avoir changé. Ce sera l'occasion de discuter du désir masculin plus prononcé et de l'image du corps de la femme.(32) Dans la culture anglo-saxonne, le terme de "counseling" est utilisé pour désigner un ensemble de pratiques aussi diverses que celles qui consistent à orienter, aider, informer, soutenir, traiter. Le counseling, forme d'accompagnement psychologique et social, désigne une situation dans laquelle deux personnes entrent en relation, l'une faisant explicitement appel à l'autre en lui exprimant une demande aux fins de traiter, résoudre, assumer un ou des problèmes qui la concernent.(44)

Les femmes ayant l'expérience de dyspareunies avant la grossesse sont quatre fois plus à risque de douleurs à la pénétration après l'accouchement. (20) Ces femmes mériteraient d'être dépistées afin de leur offrir une prise en charge adéquate et de nombreux conseils. La mise en place, dans les maternités, de counseling à propos de sexualité pour les femmes enceintes, les hommes, les couples serait bénéfique et inclurait un dépistage des dyspareunies. Ce spécialiste serait là pour prendre le relais et guider la femme sur le long terme.

3.3.2 Propositions pour les professionnels de santé

K. von Sydow met en évidence l'importance de l'information à propos de sexualité, qu'elle provienne du gynécologue ou d'ailleurs. Elle contribue au bien-être sexuel et à la cohésion du couple. Par exemple, le fait que la crainte de faire mal au bébé pendant le rapport peut être atténuée par une meilleure information.(17)

L'étude pilote faite chez les hommes souligne le rôle de l'information, faite notamment par les professionnels. Expliquer la possibilité de poursuivre les relations sexuelles durant la grossesse et inviter l'homme à assister aux visites prénatales de sa femme pour lutter contre son sentiment d'exclusion de la dyade femme-gynécologue, peuvent représenter des moyens pour prévenir les problèmes sexuels du couple. Les thèmes à aborder sont les conséquences de la grossesse sur la sexualité (43%), les possibilités sexuelles pendant la grossesse (61%), les dangers et les contre-indications de l'acte sexuel pendant la grossesse (53%).(13)

Selon le Dr Leuillet, gynécologue et sexologue d'Amiens, les professionnels peuvent écouter et rassurer la plupart des couples. Cette écoute et cette information sont de nature à participer au maintien ou au renforcement de liens harmonieux entre les futurs parents. Le rôle du soignant est de permettre une diversification des pratiques sexuelles et de tendresse, ainsi que d'évaluer l'entente sexuelle. Il est nécessaire de savoir dédramatiser, rassurer et sécuriser les couples. Il faut aider les couples à formuler ses préjugés, verbaliser ses anxiétés, ses peurs.(45)

Ces informations peuvent aider les couples à se sentir plus à l'aise dans les périodes de transition que sont la grossesse et le post-partum. Une discussion à propos des aspects de la sexualité qui vont être modifiés devrait être régulièrement introduite par le praticien durant les entretiens prénataux.(46) (47)

Pendant la grossesse, 21,1% à 29% des gestantes ont recours au personnel médical et paramédical pour s'informer sur la sexualité au cours de grossesse.(48) (12) Par ce faible taux, les gestantes semblent mal informées et sont susceptibles de véhiculer des préjugés. De même, seulement 28% des femmes ont eu une information à propos de la reprise des rapports après l'accouchement.(20)

Discuter de la sexualité avec le couple et les informer des éventuels changements ou difficultés semble bénéfique. Nous pourrions imaginer, qu'en consultation, un moment soit réservé à la question de la sexualité.

Il apparaît que la majorité des femmes discute de contraception avec le praticien (96%), les rapports sexuels sont moins souvent abordés, bien que la femme ait besoin d'aide (69%). Seulement 15% des femmes souffrant de problèmes sexuels lors de la période postnatale en ont discuté avec un professionnel de santé. Dans seulement 29% des cas, le professionnel a discuté avec la femme du moment idéal pour reprendre une sexualité et dans 18% des cas, celle-ci a été informée des éventuels changements dont le couple fera l'expérience. De plus, 91% des femmes déclarent avoir attendu la visite post-natale pour reprendre les rapports. Lors de cette visite, 9% des femmes auraient souhaité poser des questions à propos de dyspareunies ou d'incontinence (urinaire ou anale) et elles n'ont pas osé.(20) (21) Par ailleurs, la cinquième préoccupation des femmes après l'accouchement est d'avoir des informations concernant la reprise d'une activité sexuelle (26,8% des primipares et 18,7% des multipares), alors que la contraception se place en huitième position.(49)

Aborder le sujet de retour de couches avant leur sortie de maternité paraît nécessaire, afin d'éviter le risque de grossesses rapprochées. L'information et la prévention pourront être soutenues en post-natal, lors de chaque rencontre avec la femme.

3.3.3 Propositions pour la sage-femme

La sage-femme a un rôle prédominant dans l'information sur le sujet de la sexualité pendant la grossesse, mais aussi sur la sexualité du post-partum. En effet, ses domaines d'intervention sont spécifiques à la période périnatale. Elle côtoie la femme et le couple à divers moments : consultations prénatales et postnatales, séances de préparation à la naissance, suivi des grossesses à risques. La sexualité du post-partum doit être évoquée en anténatal afin de préparer la femme psychologiquement à vivre le bouleversement qu'est la naissance d'un enfant. Les sages-femmes sont concernées d'autant que la loi HPST du 21 juillet 2009 invite les sages-femmes à s'impliquer dans des « actions de prévention et d'éducation à la santé et leur coordination ». En étendant leurs compétences au suivi gynécologique et à la prescription de la contraception de toutes les femmes, les sages-femmes ne peuvent alors dissocier leurs pratiques de la sexualité de la femme.

D'après C. Audinet, sage-femme sexologue, la sage-femme est « l'actrice idéale » pour susciter le dialogue au sein du couple afin de les inciter à:

- l'apprentissage de la parentalité
- la redécouverte de son propre corps et du corps de l'autre
- la résurgence du désir de chacun
- la réapparition du plaisir partagé(50)

Notre but est de promouvoir l'information des changements possibles de la sexualité de la grossesse et la prévention des éventuelles difficultés sexuelles en prénatal ou en postnatal. Ainsi, nous pourrons améliorer nos pratiques en terme d'accompagnement des femmes, des couples et de leur(s) futur(s) enfant(s). Conscients qu'il n'existe pas de solution unique, nous suggérons que chaque professionnel, chaque établissement s'adapte aux spécificités de leur population, ainsi qu'aux ressources et contraintes liées à leur environnement professionnel.

Une formation spécifique est indispensable pour éviter les prises en charge morcelées et pour permettre le développement de conduites à tenir cohérentes. Il paraîtrait important, pour cela, au niveau national de:

- Soutenir la formation initiale dans les écoles de sages-femmes, en essayant de faire participer des sages-femmes sexologues qui sont au plus près de la réalité de notre métier.
- Développer la formation continue, même si depuis quelques années le sujet est de plus en plus abordé grâce à une forte demande des professionnels. Il est nécessaire de former l'ensemble des consultants d'un même service, ainsi que plusieurs sages-femmes d'une même maternité, particulièrement en suites de couches.

Il semble nécessaire de sensibiliser et de former les sages-femmes hospitalières et libérales afin qu'elles aient les outils de prise en charge et qu'elles travaillent en collaboration pluridisciplinaire. Ces formations pourront prendre différentes formes comme un rappel des bases théoriques ou des jeux de rôle pour s'exercer à l'approche du sujet, afin de ne pas choquer les femmes ou les couples et à leur montrer que la porte est ouverte pour le dialogue.

Les patientes plébiscitent les séances de PNP comme étant le moment idéal en prénatal pour parler de la sexualité de la grossesse, ainsi que de la reprise de la sexualité après l'accouchement. Il semble donc primordial de conseiller à la femme de se mettre en contact avec une sage-femme pour suivre cette préparation à la naissance et à la parentalité. Il paraît opportun que la sexualité du post-partum soit évoquée en anténatal afin de préparer la femme psychologiquement à vivre le bouleversement qu'est la naissance d'un enfant.

De plus, les sages-femmes en suites de couches ont un rôle primordial d'information. C'est l'occasion d'aborder le thème de la sexualité de préconiser une reprise prudente des rapports sexuels si le périnée est cicatriciel ou si la femme a peur de la douleur, de discuter de contraception, de prescrire la méthode la plus adaptée au désir du couple et de prévenir les sécheresses vaginales.(45) L'entretien de sortie est l'opportunité de prévenir les couples sur les éventuelles difficultés pouvant être rencontrées lors de la reprise de la sexualité et pour donner quelques conseils pour faciliter cette reprise. Malgré le manque de disponibilité, les professionnels seront attentifs à donner un espace de paroles aux femmes sur ce sujet avant la sortie.

3.3.4 Autres propositions

De nombreux acteurs sont susceptibles d'intervenir et la pudeur de la femme peut ne pas être respectée, notamment lors du suivi en salle de naissance. Il est primordial de réserver son intimité à la femme et de respecter son corps, il sera alors plus facile pour elle de se recentrer sur son anatomie dans le post-partum. Plusieurs actions peuvent être imaginées :

- Eviter de dénuder la femme.
- Limiter au maximum le nombre de touchers vaginaux, ainsi que le nombre de personnes les réalisant.
- Limiter les aller et venus dans la pièce au moment de l'examen vaginal ou lorsque la femme est exposée pour des soins comme la toilette vulvaire, la pose d'une sonde urinaire ou la suture périnéale.
- Limiter le nombre de personnes présentes lors de l'accouchement

Il serait judicieux de porter attention aux hommes qui reçoivent encore trop peu d'informations concernant la sexualité de la grossesse et la reprise de la sexualité après l'accouchement. Les professionnels de santé pourraient être attentifs à donner des informations concernant la sexualité lors des consultations où les conjoints sont présents. On peut aussi imaginer qu'une partie de l'examen de sortie de suites de couches, incluant la contraception, les conseils d'hygiène et la reprise de la sexualité, se fasse en présence du conjoint, afin que les deux membres du couple reçoivent la même information. En revanche, cela aura lieu à la suite d'un premier entretien avec la patiente qui aura permis de cibler le contexte, afin de ne pas créer de maladresses.

Enfin, les autres professionnels de la périnatalité pourraient être sensibilisés aux modifications de la sexualité du couple et surtout aux conditions de reprise de la sexualité dans le post-partum. Nous pensons particulièrement aux infirmières ou aux auxiliaires de puériculture travaillant en maternité qui passent beaucoup de temps auprès des patientes et qui sont parfois sollicitées à répondre aux questions des femmes concernant la reprise de la sexualité.

3.3.5 L’après dépistage : l’orientation pour une prise en charge de la femme ou du couple

Les professionnels peuvent écouter et rassurer la plupart des couples. L’écoute et l’information sont de nature à participer au maintien ou au renforcement de liens harmonieux entre les futurs parents. Cependant, il est essentiel que les sages-femmes se rapprochent des acteurs pouvant prendre en charge les femmes et initient un travail en collaboration. Nous pensons spécialement aux sages-femmes libérales qui, en dehors de tout réseau de sexologie, ne savent pas vers qui adresser leurs patientes. Des correspondants en sexologie seront recommandés après la grossesse si les problèmes persistent. En effet, aucune thérapie n’a lieu au moment de la grossesse et dans la période qui suit l’accouchement, étant donné que la sexualité de cette période est perturbée de manière presque systématique. Les thérapies ont lieu à distance de ces phases transitionnelles. Le site du Syndicat National des Médecins Sexologues propose un annuaire par département des praticiens en sexologie.(51)

Conclusion

L'accompagnement des femmes et des couples à propos de sexualité doit être possible et efficient à tout moment de la périnatalité.

Nous avons confirmé que l'information des changements possibles de la sexualité de la grossesse et que la prévention des problèmes éventuels liés à la reprise des rapports ont toute leur place dans la pratique des sages-femmes, particulièrement lors des séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité. Grâce à des entretiens auprès des sages-femmes et 128 questionnaires auprès des couples, nous avons réaffirmé sa nécessité et sa faisabilité. En effet, trop nombreuses sont les femmes qui n'osent pas poser des questions à propos de leur sexualité. Ainsi, elles n'obtiennent pas les renseignements qui pourraient les aider à vivre une sexualité plus épanouie pendant la grossesse, ce qui faciliterait sans doute leur reprise des rapports sexuels après l'accouchement et permettrait de retrouver un équilibre dans le couple.

Pour permettre que cette information et cette prévention s'instaurent dans les pratiques professionnelles, il est indispensable de soutenir la formation initiale et de développer la formation continue. Il est nécessaire que les sages-femmes connaissent un vocabulaire adapté pour amener avec tact le sujet de la sexualité afin de permettre à la femme d'en discuter quand elle le souhaite.

Par la suite, il serait intéressant d'étudier la mise en place, dans les maternités, de counseling à propos de sexualité pour les femmes enceintes, les hommes, les couples. Ces consultations seraient bénéfiques et incluraient un dépistage des dyspareunies. Ce counseling pourrait se prolonger dans le post-partum, en même temps que le counseling de contraception, où les questions et intérêts du couple peuvent avoir changé. Ce counseling serait là pour prendre le relais et guider la femme sur le long terme.

Enfin, il serait judicieux de prendre en compte les hommes qui reçoivent encore trop peu d'informations concernant la sexualité de la grossesse et la reprise de la sexualité après l'accouchement.

Bibliographie

1. J-C Billier, R.Ogien. Comprendre la sexualité, revue de philosophie et de sciences sociales. PUF; 2005.

2. Définition de la santé sexuelle par l'Organisation Mondiale de la Santé. 2003.

3. Freud S. Trois essais sur la théorie sexuelle. 1920.

4. Paul Robinson. The Modernisation of Sex. Cornell university press; 1989.

5. Giami A. Misère, répression et libération sexuelle. Mouvements. 2002;(20).

6. Article 222-24 du Code pénal relatif au viol, version consolidée au 7 janvier 2011.

7. Trudel G. La baisse du désir sexuel, méthode d'évaluation et de traitement. Masson collection médecine et psychothérapie; 2003.

8. P. Lopès, F-X Poudat. Manuel de sexologie. Masson; 2007.

9. K. Mah, Y-M. Binik. Are orgasms in the mind or the body? Psychosocial versus physiological correlates of orgasmic pleasure and satisfaction. J Sex Marital Ther. 2005;31(3):187-200.

10. Litzinger S, Gordon KC. Exploring Relationships Among Communication, Sexual Satisfaction, and Marital Satisfaction. Journal of Sex and Marital Therapy. 2005;31:409-424.

11. Trudel G. Sexuality and Marital Life: Results of a Survey. Journal of Sex and Marital Therapy. 2002;28:229-249.

12. Bartellas E, Crane JMG, Daley M, Bennett KA, Hutchens. Sexuality and sexual activity in pregnancy. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2000;107:964-968.

13. S. Reichenbach, F.Alla, J.Lorson. Le comportement sexuel masculin pendant la grossesse: une étude pilote portant sur 72 hommes. Sexologies. 2001;11(42).

14. P. Costa, D. Hassoun, S. Hefez, C. Solano. Sexualité. Nouveaux traitements. Bash; 2010.

15. Article L312-16 du Code de l'éducation, loi du 4 juillet 2001, relatif à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées.

16. Masters WH, Johnson VE. Human Sexual Response. Little. Brown; 1966.

17. K.Von Sydow. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analys of 59 studies. Journal of Psychosomatic Research. 1999;47(1):27-49.

18. Pujols Y, Meston CM, Seal BN. The Association Between Sexual Satisfaction and Body Image in Women. International Society for Sexual Medecine. 2010;(7):905-916.

19. Hicks TL, Forester Goodall S, Quattrone EM, Lydon-Rochelle TL. Postpartum Sexual Functioning and Method of Delivery: Summary of the Evidence. The American College of Nurse-Midwives. 2004;49(5).

20. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor CR, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2000;107(2):186-195.

21. Glazener CMA. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1997;104:330-335.

22. Rogers RG, Borders Noelle, Leeman LM, Albers LL. Does Spontaneus Genital Tract Trauma Impact Postpartum Sexual Function? The American College of Nurse-Midwives. 2009;54(2).

23. Connoly AM, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction. 2005;16:263-267.

24. Brown S LJ. Maternal health after childbirth: Results of an Australian population based survey. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1998;105-156.

25. Klein K, Worda C, Leipold H, Gruber C, Husslein P, Wenzl R. Does the Mode of Delivery Influence Sexual Function after Childbirth? Journal of Women's Health. 2009;18(8).

26. Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. Cesarean Section and Postnatal Sexual Health. Birth. 2005;32(4).

27. Handa VL. Sexual Function and Childbirth. Seminars in Perinatology. 2006;30:253-256.

28. State-of-the-science conference statement on cesarean delivery on maternal request. National Institutes of Health Web site. 2006.

29. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. American Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2001;184:881-890.

30. Brubaker L, Handa VL, Bradley CS, Connoly AM, Moalli P, Brown MB, et al. Sexual Function 6 Months After First Delivery. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2008;111(5).

31. Langer B, Minetti A. Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology. 2006;35:1S59-1S67.

32. Ejegard H, Ryding EL, Sjögren B. Sexuality after Delivery with Episiotomy: A Long-Term Follow Up. Gynecologic and Obstetric Investigation. 2008;(66):1-7.

33. Trudel G. Les dysfonctions sexuelles: évaluation et traitement par des méthodes psychologiques, interpersonnelles et biologiques. Presses de l'Université du Québec; 2005.

34. Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. Canadian Family Physician. 2005;51:1366-1367.

35. Visness CM, Kennedy KI. The Frequency of Coitus During Breastfeeding. Birth. 1997;24(4).

36. Newton N. Interrelationships between sexual responsiveness, birth and breastfeeding. Dans: Contemporary Sexual Behaviour. John Hopkins University Press; 1973.

37. Alder EM. Sexual behaviour in pregnancy, after childbirth and during breast-feeding. Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology. 1989;3(4).

38. Avery MD, Duckett L, Frantzich CR. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. Journal of Midwifery and Women's Health. 2000;45(3).

39. Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E. Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. Nordic College of Caring Sciences. 2005;19:381-387.

40. Ahlborg T, Strandmark M. Factors influencing the quality of intimate relationships six months after delivery: First-time parents' own views and coping strategies. Journal of Psychomatic Obstetrics and Gynecology. 2006;27(3):163-172.

41. M A. De Judicibus, M P. McCabe. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. The Journal of Sex Research. 2002;39(2):94-103.

42. Gjerdingen DK, Center B. First-Time Parents' Prenatal to Postpartum Changes in Health, and the Relation of Postpartum Health to Work and Partner Characteristics. The Journal of the American Board of Family Medicine. 2003;16(4):304-311.

43. Ministère de l'Education Nationale et Ministère de la Santé. Annexe de l'arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme JORF n°294 du 19 décembre 2001. p. 20115. texte n°21.

44. Tourette-Turgis C. Que sais-je? Dans: Le counseling. 1996. p. 25.

45. Leuillet P. La grossesse: Un tsunami pour la sexualité du couple, Assises Françaises de Sexologie et Santé sexuelle, Lille. 2009.

46. Byrd JE, Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. J Fam Pract. 1998.

47. Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality During Pregnancy. The Journal of Sexual Medicine. 2010;136-142.

48. Kouakou KP, Doumbia Y, Djanhan LE, Ménin MM, Kouaho JC, Djanhan Y. Réalité de l'impact de la grossesse sur la sexualité. Résultats d'une enquête auprès de 200 gestantes ivoiriennes. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2010;40:36-41.

49. Farbman Moran C, Holt VL, Martin DP. What Do Women Want to Know After Childbirth? Birth. 1997;24(1).

50. Audinet C. Devenir mère, devenir femme, Entretiens de Bichat, Entretiens des sages-femmes. Expansion Formation et Editions; 2006.

51. Site internet du Syndicat National des Médecins Sexologues www.snms.org.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire adressé aux couples

Madame, Monsieur,

Etudiante sage-femme, dans le cadre de mon cursus scolaire, je réalise mon mémoire de fin d'études. J'ai choisi de travailler sur le sujet de la sexualité du couple, notamment après l'accouchement. Avec l'arrivée du bébé, cette période peut se révéler difficile pour certains couples.

Le tabou présent dans notre société concernant la sexualité peut malheureusement empêcher les couples, ayant des difficultés, de demander de l'écoute et du soutien.
La sage-femme étant l'interlocuteur principal à ce moment de la vie, mon étude cherche à évaluer son rôle dans la prévention des problèmes rencontrés au moment de la reprise des rapports sexuels après l'accouchement. Mon travail a donc pour but d'améliorer l'accompagnement, par les sages-femmes, des couples lors de la grossesse et après l'accouchement.

Je vous remercie de remplir ces questionnaires qui sont essentiels pour l'accomplissement de mon mémoire. Ces documents sont **strictement confidentiels** et ne seront utilisés que dans le cadre de mon travail. Ce questionnaire se remplit en 10 minutes environ.

Votre sage-femme libérale vous a donné ce questionnaire. Vous pouvez le remplir chez-vous, et lui redonner lors d'une prochaine consultation.

Une partie du questionnaire est destinée aux hommes. Celle-ci n'est pas indispensable à mon travail mais se montrera cependant très enrichissante.
Si un membre du couple désire que son conjoint ne connaisse pas ses réponses, les questionnaires hommes et femmes peuvent-être rendus dans des enveloppes séparées.
Certaines questions ont **plusieurs réponses possibles.**
Les femmes ayant eu plusieurs enfants ont des questions supplémentaires.

Si ce sujet vous intéresse, je serais heureuse de recevoir vos témoignages (hommes ou femmes) qui me permettront d'enrichir mes écrits. Ceux-ci seront aussi **strictement confidentiels**.
Vous pouvez donner votre témoignage écrit, dans une enveloppe, à la sage-femme. Ils me seront transmis.

Je vous remercie de votre aide à la réalisation de mon mémoire.

Claire FOUCAULT
Etudiante sage-femme 4ème année

Questionnaire pour les femmes

1) Combien d'enfants avez-vous ?
   - ☐ 1
   - ☐ 2 ou plus

Les femmes ayant accouché plusieurs fois sont invitées à répondre aux questions supplémentaires précédées de *[vous avez plusieurs enfants]*.

2) Quel est votre âge ?.....

3) Etes-vous en couple ?
   - ☐ Oui
   - ☐ Non

4) Depuis combien de temps êtes- vous en couple ?

5) Quelle est votre origine géographique ?
   - ☐ France métropolitaine
   - ☐ Autre :……

6) Quel est votre profession ?
   - ☐ Agriculteur exploitant
   - ☐ Artisan commerçant, chef d'entreprise
   - ☐ Cadre et profession intellectuelle supérieure
   - ☐ Profession intermédiaire
   - ☐ Employé
   - ☐ Ouvrier
   - ☐ Retraité
   - ☐ Sans activité professionnelle

7) Aviez-vous une contraception avant cette grossesse ?
   - ☐ Non
   - ☐ Oui, **laquelle** ?
     - ☐ Pilule
     - ☐ Implant
     - ☐ Dispositif intra-utérin
     - ☐ Anneau vaginal
     - ☐ Préservatif
     - ☐ Patch
     - ☐ Autre ……..

8) Votre conjoint connaissait-il votre moyen de contraception ?
   - ☐ Non, **pourquoi ?**
   - ☐ Oui

9) Vous est-il déjà arrivé de discuter en couple de votre moyen de contraception?
   - ☐ Non
   - ☐ Oui

10) Cette grossesse fut :
   - ☐ Désirée
   - ☐ Inopinée

11) Combien de temps après l'arrêt de la contraception êtes-vous tombée enceinte ?.....

12) Votre grossesse fut-elle induite par des thérapeutiques (traitement hormonaux, FIV, ICSI…) ?
   - ☐ Non
   - ☐ Oui, **lesquelles ?**

13) Si oui, durant cette phase d'attente de grossesse, votre sexualité de couple a-t-elle été perturbée ?
   ☐ Non
   ☐ Oui, **en discutiez-vous en couple ?**
      ☐ Non ☐ Oui

14) Votre religion interdit-elle les rapports sexuels pendant la grossesse ?
   ☐ Non ☐ Oui

15) Votre religion interdit-elle les rapports sexuels durant les mois suivant l'accouchement ?
   ☐ Non
   ☐ Oui, **combien de temps ?**.....

16) Notez la qualité de votre sexualité : **Entourez un chiffre**
   ●avant cette grossesse :

   1 2 3 4 5
   1= insatisfaisante → 5= très épanouissante

   ●pendant cette grossesse :

   1 2 3 4 5
   1= insatisfaisante → 5= très épanouissante

17) Pouvez-vous expliquer en quoi la sexualité pendant la grossesse a été différente ?
   ……
   ……

18) Avez-vous pu discuter de ces éventuels changements en couple ?
   ☐ Non, **pourquoi ?**……
   ☐ Oui

19) [Vous avez plusieurs enfants]
Votre sexualité durant cette grossesse était-elle identique que lors de la (les) grossesse(s) précédente(s) ?
   ☐ *Non, **pourquoi ?***.....
   ☐ *Oui*

20) Avez-vous vécu des événements difficiles lors de cette grossesse?
   ☐ Non
   ☐ Oui, **lesquels ?**
      ☐ Médicaux (amniocentèse, arrêt de travail précoce, hospitalisation…..)
      ☐ Familiaux
      ☐ Professionnels
      ☐ Autre

Veuillez apporter plus de précisons :……

21) Ces évènements ont-ils eu un impact sur la sexualité de votre grossesse ?
   ☐ Non
   ☐ Oui, **pourquoi ?**.....

22) Avez-vous suivi une préparation à l'accouchement ?

☐ Non ***Passez directement à la question 26***

☐ Oui, **laquelle ?**

☐ Classique
☐ Piscine
☐ Sophrologie
☐ Haptonomie
☐ Yoga
☐ Chant prénatal
☐ Autre :……

23) Qui vous a dispensé cette préparation ?

☐ Sage-femme hospitalière
☐ Sage-femme libérale
☐ Médecin
☐ Autre :……..

24) Avez-vous suivi cette préparation :

☐ En groupe et accompagnée de votre conjoint
☐ En groupe mais sans votre conjoint
☐ En couple seulement
☐ Cours individuels
☐ Autre :……..

25)

LA PREPARATION A L'ACCOUCHEMENT	**La sexualité pendant la grossesse**	**La reprise de la sexualité après l'accouchement**
Durant cette préparation vous a-t-on parlé de……. ?	☐ Non ☐ Oui	☐ Non ☐ Oui
●***Si non*, auriez-vous aimé que l'on aborde ce sujet ?**	☐ Non ☐ Oui, pourquoi ?…… …… ……	☐ Non ☐ Oui, pourquoi ?…… …… ……
●***Si oui*, êtes-vous satisfaite des informations que l'on vous a données à ce sujet ?**	☐ Non ☐ Oui	☐ Non ☐ Oui
Avez-vous posé toutes vos questions à ce sujet?	☐ Non ☐ Oui	☐ Non ☐ Oui ☐

26)

LES CONSULTATIONS PRENATALES	**La sexualité pendant la grossesse**	**La reprise de la sexualité après l'accouchement**
Lors des consultations prénatales, le personnel médical vous a-t-il parlé de…?	☐ Non ☐ Oui	☐ Non ☐ Oui
●***Si non*, aviez-vous besoin d'en discuter avec le personnel médical, mais vous n'avez pas osé en parler ?**	☐ Non ☐ Oui	☐ Non ☐ Oui
●***Si oui*, la personne qui a abordé le sujet est :**	☐ Médecin ☐ Sage-femme ☐ Autre :……	☐ Médecin ☐ Sage-femme ☐ Autre :……

27) Evaluez le vécu de la naissance de votre enfant ?

1 2 3 4 5

1= difficile → 5= excellent

28) [Vous avez plusieurs enfants]

Cet accouchement s'est-il mieux passé que le(les) précédent(s) ?

1er accouchement : ☐ *Oui* ☐ *Non*
2ème accouchement : ☐ *Oui* ☐ *Non*
3ème accouchement : ☐ *Oui* ☐ *Non*
4ème accouchement : ☐ *Oui* ☐ *Non*

29) Votre compagnon a-t-il assisté à la naissance ?

☐ Non ☐ Oui

30) Quel fut votre mode d'accouchement ?

☐ Par voie basse
☐ Par voie basse avec forceps, spatules ou ventouse
☐ Par césarienne programmée
☐ Par césarienne en urgence en cours de travail

31) Si vous avez accouché par voie basse, avez-vous eu des lésions périnéales ?

☐ Aucune ☐ Déchirure ☐ Episiotomie

32) Avez-vous eu de fortes douleurs au niveau du périnée les quelques jours suivant l'accouchement ?

☐ Non ☐ Oui

33) *Si oui*, votre douleur a-t-elle été prise en charge par les soignants ?

☐ Non
☐ Oui

34) [Vous avez plusieurs enfants]

Comment avez-vous accouché précédemment ? ***Plusieurs réponses possibles***

☐ *Par voie basse*
☐ *Par voie basse avec forceps, spatules ou ventouse*
☐ *Par césarienne programmée*
☐ *Par césarienne en urgence en cours de travail*

35) [Vous avez plusieurs enfants]

Lors de votre (vos) accouchement(s) précédent(s), avez-vous eu des lésions périnéales ?

☐ *Aucune* ☐ *Déchirure* ☐ *Episiotomie*

36) Avez-vous allaité votre bébé, directement ou indirectement (tire-lait…) ?

☐ Non
☐ Oui, **combien de temps ?**……

37) L'allaitement maternel a-t-il eu un impact sur la reprise de la sexualité après l'accouchement ?

☐ Non
☐ Oui, **pourquoi ?**.....

38) Lors de l'examen de sortie de la maternité, on vous a prescrit une contraception ?

☐ Non

☐ Oui, **laquelle ?**

☐ Pilule ☐ Anneau vaginal

☐ Préservatif ☐ Patch

☐ Implant ☐ Autre :……..

39) La personne ayant prescrit cette contraception était :

☐ Un médecin ☐ Une sage-femme ☐ Autre :……

40) A l'occasion de cet examen de sortie, vous a-t-on parlé de la reprise des rapports sexuels ?

☐ Non ☐ Oui

41) Êtes-vous satisfaite de l'information que l'on vous a donnée à ce sujet ?

☐ Non ☐ Oui

42) Avez-vous posé toutes vos questions ?

☐ Non ☐ Oui

43) En devenant parents, votre relation de couple s'est-elle modifiée ?

☐ Non

☐ Oui, **comment ?**……

44) A l'occasion des différentes consultations après l'accouchement, vous a-t-on et/ou avez-vous pu parler de la reprise des rapports sexuels ?

☐ Non ☐ Oui

45) L'information que vous avez reçue vous a-t-elle satisfaite?

☐ Non, **pourquoi ?**……

☐ Oui

46) [Vous avez plusieurs enfants]

Gardez-vous une mauvaise expérience de la reprise des rapports sexuels lors de vos expériences précédentes ?

☐ *Non* ☐ *Oui*

47) Pour cette grossesse, à quel moment, après l'accouchement, avez-vous :

●eu envie de reprendre les relations sexuelles ?……

●repris les relations sexuelles ? ……

48) [Vous avez plusieurs enfants]

Par rapport aux expériences précédentes, l'envie de reprendre les relations sexuelles était-elle ?

☐ *Plus précoce* ☐ *Au même moment* ☐ *Plus tardive*

49) [Vous avez plusieurs enfants]

Par rapport à la dernière fois, avez-vous repris les rapports ?

☐ *Plus tôt* ☐ *Au même moment* ☐ *Plus tardivement*

50) La contraception que l'on vous avait prescrite, en sortant de la maternité, vous a-t-elle convenu lors de la reprise des rapports ?

☐ Non, **pourquoi ?**……

☐ Oui

51)

	Notez la qualité de votre sexualité lors…… ?
Des premiers rapports après l'accouchement	1 2 3 4 5 1= insatisfaisante → 5= très épanouissante
Des rapports suivants	1 2 3 4 5 1= insatisfaisante → 5= très épanouissante

52) Souffrez-vous de troubles divers ?

- ☐ Pas de désir
- ☐ Pas d'orgasme
- ☐ Douleurs au moment des rapports
- ☐ Défaut de lubrification
- ☐ Appréhension, peur au moment des rapports
- ☐ Fatigue
- ☐ Manque de disponibilité
- ☐ Difficulté de vous retrouver dans votre corps (vergetures, bouleversements corporels)
- ☐ Dépression
- ☐ Varices
- ☐ Fuite d'urines à l'effort (éternuement, toux, portage…)
- ☐ Difficulté à retenir vos urines
- ☐ Difficulté à retenir vos gaz
- ☐ Difficultés à retenir vos selles
- ☐ Autre :……
  ……
  ……
  ……

53) Quels que soient vos problèmes, en avez-vous parlé à votre conjoint ?

- ☐ Non **pourquoi ?**……
- ☐ Oui

54) Ces problèmes affectent-ils votre vie de couple ou votre sexualité ?

- ☐ Non
- ☐ Oui, **pouvez-vous en parler ensemble ?**
  - ☐ Non
  - ☐ Oui

55) Avez-vous parlé de ces problèmes lors de la consultation postnatale ou d'une autre consultation?

- ☐ Non
- ☐ Oui Etes-vous prise en charge pour ces problèmes ? ☐ Non ☐ Oui

56)

	La sexualité pendant la grossesse	**La reprise des rapports après l'accouchement**
Quel aurait été le moment idéal pour vous parler de …… ?	☐ Entretien du 4ème mois ☐ Consultations prénatales ☐ Séances de préparation à l'accouchement	☐ Entretien du 4ème mois ☐ Consultations prénatales ☐ Séances de préparation à l'accouchement ☐ Examen de sortie de la maternité ☐ Consultation post-natale chez le médecin ou la sage-femme ☐ Séances de rééducation périnéale

57) De quelle personne vous-êtes vous sentie la plus proche pour parler de sexualité ?

- ☐ Médecin
- ☐ Sage-femme
- ☐ Autre :……

Questionnaire pour les hommes

1) Quel est votre âge ?.....

2) Quelle est votre origine géographique ?
   - ☐ France métropolitaine
   - ☐ Autre :……

3) Quel est votre profession ?
   - ☐ Agriculteur exploitant
   - ☐ Artisan commerçant, chef d'entreprise
   - ☐ Cadre et profession intellectuelle supérieure
   - ☐ Profession intermédiaire
   - ☐ Employé
   - ☐ Ouvrier
   - ☐ Retraité
   - ☐ Sans activité professionnelle

4) Notez la qualité de votre sexualité avant la grossesse ? **Entourez un chiffre**

   1 2 3 4 5
   1= insatisfaisante → 5= très épanouissante

5) Etiez-vous heureux lorsque votre conjointe vous a annoncé sa grossesse ?
   - ☐ Non
   - ☐ Oui

6) Avez-vous été perturbé par les changements psychiques de votre conjointe ?
   - ☐ Non
   - ☐ Oui, **en quoi ?**

7) Avez-vous été perturbé par les changements corporels de votre conjointe ?
   - ☐ Non
   - ☐ Oui, **en quoi ?**

8) Notez la qualité de votre sexualité pendant la grossesse: **Entourez un chiffre**

   1 2 3 4 5
   1= insatisfaisante → 5= très épanouissante

9) Pouvez-vous expliquer en quoi elle a été différente ?
   ……
   ……
   ……

10) Etiez-vous présent au moment de la naissance de votre enfant ?
    - ☐ Non
    - ☐ Oui

11) L'accouchement a-t-il modifié l'image que vous aviez de votre conjointe ?
    - ☐ Positivement
    - ☐ Négativement

12) En devenant parents, votre relation de couple s'est-elle modifiée ?
- ☐ Non
- ☐ Oui, **comment ?**

13) A quel moment, après la naissance de votre enfant, avez-vous :
- ●eu envie de reprendre les relations sexuelles ?.....
- ●repris les relations sexuelles ? ……

14) Avez-vous dû attendre que votre conjointe se sente prête pour reprendre les rapports ?
- ☐ Non, nous en avions envie au même moment
- ☐ Oui

15) Comment qualifieriez-vous votre sexualité de couple depuis la naissance de votre enfant ?

1 2 3 4 5

1= insatisfaisante ⟶ 5= très épanouissante

16) Quels sont les éléments qui font que votre vie sexuelle est différente ?

……
……
……
……

17) L'information reçue pendant la grossesse ou après l'accouchement, par le personnel médical, à propos de la sexualité du couple vous semble-t-elle claire et complète ?
- ☐ Non
- ☐ Oui
  - ☐ Médecin
  - ☐ Sage-femme
  - ☐ Autre :……
- ☐ Je n'ai pas eu d'information

Annexe 2 : Exemple de questions pour les sages-femmes, entretien avec les sages-femmes de consultation

Lors des consultations, vous arrive-t-il de parler spontanément de la sexualité de la grossesse et /ou du post-partum avec les patientes, les couples ?

Est-ce une habitude pour vous d'en parler ?

Attendez-vous que la patiente en parle ?

Si vous n'abordez pas ce thème, pouvez-vous expliquer pourquoi ?

Est-ce pour vous un sujet difficile à aborder avec la patiente, le couple ?

Vous arrive-t-il d'éviter le sujet ?

Pensez-vous que la sage-femme peut avoir un rôle de prévention dans ce domaine ? Pourquoi ?

Qui est pour vous le professionnel de santé qui est le plus apte à parler de sexualité avec la patiente /couple lors du suivi obstétrical et après l'accouchement?

Quel est le moment qui vous semblerait idéal pour parler de sexualité (de la grossesse et du post-partum) ?

Quelle formation avez-vous reçu à propos de la sexualité ? en sexologie ?

A quel moment avez-vous reçu cette formation ?

Cela-vous satisfait-il ?

Pensez-vous avoir les connaissances requises pour aborder avec assurance le thème de la sexualité avec la patiente /le couple ?

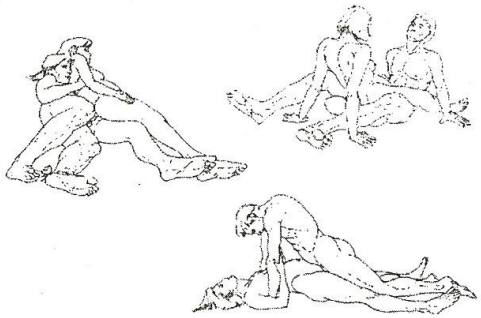
Annexe 3 : Dépliant sur la sexualité du couple réalisé dans le cadre d'un mémoire de sage-femme intitulé «Le manque d'informations sur les rapports sexuels pendant la grossesse» par Katy-Line RUOL

Positions et astuces

Même si ces quelques conseils n'égaleront jamais l'imagination débordante de chaque couple, voici par des illustrations la réponse à une question qui reste souvent non formulée, mais qui préoccupe beaucoup les futurs parents.

Quelles sont les positions compatibles avec un gros ventre ?

- Tant que le ventre n'est pas imposant, toutes les positions sont possibles, à condition que le futur papa ne fasse pas reposer tout son poids sur le ventre de sa partenaire.
- Quand vous pensez que le ventre peut gêner les rapports sexuels.



Nous ne nous permettrons pas de commenter ces positions, qui comportent, comme chacun sait, de nombreuses variantes. Sachez seulement qu'elles "libèrent" le ventre et n'entraînent pas une pénétration trop profonde. Nous laissons libre cours à votre imagination et n'oubliez pas que tous les substituts de l'amour sont autorisés dans la mesure où ils respectent l'intimité, le désir et l'envie de chacun !

Contre-indications aux rapports sexuels

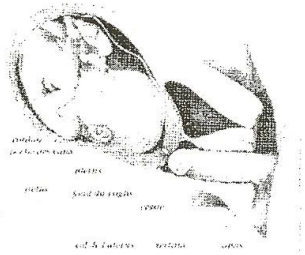
Les rapports sexuels peuvent avoir lieu jusqu'au jour de l'accouchement, cependant il existe certaines contre-indications : - Antécédents de naissances prématurées - Menace d'accouchement prématuré - Rupture précoce des membranes - Écoulement sanguin inexpliqué - Placenta bas inséré - Grossesse multiple.

N'ayez pas de craintes, si les rapports sexuels vous sont interdits, votre gynécologue ou la sage-femme vous en informera. Si vous-même avez un doute, n'hésitez pas à faire part de vos préoccupations aux personnes qualifiées qui suivent votre grossesse.

Gynécologues et sages-femmes ne sont pas là pour juger, mais pour renseigner, vous permettant de vivre une grossesse épanouie.

A retenir

- Les rapports n'entraînent pas de fausses couches, celles-ci étant généralement dues à une anomalie de formation de l'œuf.
- Le sexe de l'homme ne peut pas entrer en contact avec le futur bébé : celui-ci ne peut être touché, écrasé, blessé.



- Inversement, le futur père ne risque absolument pas de se faire "mordre" par son enfant.
- L'orgasme peut provoquer une contraction de l'utérus mais cette dernière ne provoquera pas l'accouchement.
- Lors des relations sexuelles, l'enfant est stimulé. Il bouge, réagit à l'amour de ses parents et se sent comme dans un bain bouillonnant.
- Le bébé est sensible aux caresses sur le ventre de sa future maman.
- Même si les acrobaties ne vous conviennent plus, n'oubliez pas la tendresse et le dialogue.
- Si au cours d'un rapport sexuel, il vous arrive de saigner, venez consulter sans peur et sans honte.

Et si un conseil pratique vous permettait de vivre une grossesse heureuse, sereine et harmonieuse ?

Les gynécologues et sages-femmes sont des personnes qualifiées pour répondre à toutes vos interrogations, alors n'hésitez pas !

En conclusion

Il est conseillé de continuer à faire l'amour pour le bonheur des deux partenaires et la bonne santé du couple.

Maintenir une activité sexuelle pendant la grossesse apporte un sentiment de sécurité et renforce le lien affectif entre les conjoints car il faut savoir qu'il persiste souvent chez la femme enceinte un désir très intense de démonstrations d'amour.

Les rapports amoureux permettent un enrichissement global pour les relations futures après l'accouchement.

Que ce soit pendant la grossesse ou après l'accouchement, le couple doit se sentir libre de poursuivre ou d'interrompre les relations sexuelles d'un commun accord, sachant que de nombreux facteurs extérieurs (souvent méconnus des obstétriciens ou des sages-femmes), interviennent dans les relations entre deux puis trois êtres.

Futurs parents, que cette brochure contribue à vous faire vivre une grossesse heureuse, épanouie et sans tabous !

Dépliant conçu et présenté par Katy-Line Ruol, élève sage-femme 4ème année en finalité de son mémoire portant sur "le manque d'informations sur les rapports sexuels pendant la grossesse".

L'amour en attendant...

Informations sur la sexualité pendant la grossesse

La sexualité pendant la grossesse est, aujourd'hui encore, un sujet tabou, délicat dont on ne parle que très peu : nous proposons aux futurs parents cette documentation explicative afin de le banaliser.

La grossesse est une aventure unique pour chaque couple et chacun vit ce "voyage" long de neuf mois selon ses convictions et son imagination.

Ce dépliant vous donnera des réponses simples aux multiples questions qui restent trop souvent tues.



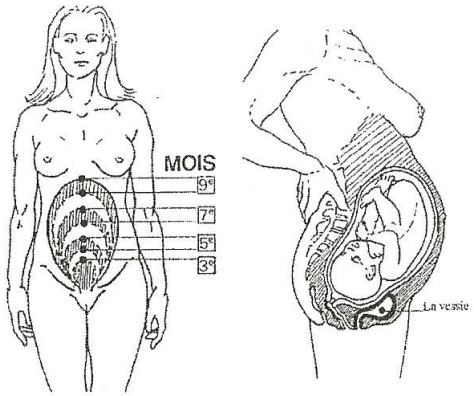
Les modifications anatomiques

Les seins

- Augmentent de volume.
- Deviennent souvent plus durs et plus lourds.
- L'aréole s'élargit, se fonce.
- Le réseau veineux apparaît à la surface de la peau.
- Leur sensibilité augmente.

L'utérus

C'est un "muscle magique" qui grossit tout au long de la grossesse pour atteindre parfois 30 fois son volume initial.
A terme, il peut mesurer 33 cm au lieu de 8 cm..
En se dilatant, il comprime les organes voisins (vessie, intestin, estomac...) provoquant les petits maux de la grossesse : envie fréquente d'uriner, reflux acides, constipation ou diarrhée..., désagréments que la femme enceinte connaît bien.



Le vagin

Il se rétrécit du fait de l'afflux de sang : cela permet pendant les rapports sexuels une meilleure sensation du sexe du partenaire.

La vulve

- Les petites lèvres peuvent devenir violacées.
- Le clitoris augmente de volume.
- Les pertes blanches augmentent en début et en fin de grossesse : ceci est normal.

En général

De nombreuse modifications surprenantes sont observées au niveau du corps :

- la peau
- les cheveux
- l'intestin
- la vessie
- l'odorat
- le goût

Évolution de la sexualité au cours de la grossesse

Premier trimestre : le temps de la sexualité

De la conception à 2 mois 1/2 environ, la femme enceinte vit de profonds changements tant dans sa tête que dans son corps.

Manifestations physiques

De petits signes pas toujours bien vécus marquent le début de la grossesse : nausées, vomissements, tension des seins, constipation, fatigue, essoufflement, somnolence, pouvant entraîner des baisses du désir. Mais, rien n'est systématique.
Les femmes préfèrent la tendresse et les câlins à l'acte sexuel et on observe, en général, une diminution d'environ 20% des rapports les 3 premiers mois. Le conjoint devrait, en réponse aux désirs de sa femme, se montrer tendre et rassurant.

Transformations psychiques

Même si aucune transformation physique n'est visible, le corps porte une vie nouvelle sur laquelle la future mère focalise.
A la fois fascinée et angoissée, la libido de la femme passe pour certaines au second plan.
Pour d'autres futures mamans, rien ne change : le bébé encore immobile reste une idée ; ainsi leur sexualité reste inchangée.

Deuxième trimestre : l'amour comme avant

Au deuxième trimestre, la libido est intensifiée pour différentes raisons.

Manifestations physiques

- Nausées et fatigues se sont envolées.
- Le ventre s'est arrondi, mais pas gênant, permettant une vie sexuelle intensive et harmonieuse.
- La peau est de velours, la chevelure superbe, les seins glorieux.
- Le taux d'hormones féminines augmente considérablement.
- Au niveau du vagin,l'afflux de sang dans les veines pelviennes entraîne un engorgement du bas ventre provoquant une congestion permanente du sexe, la lubrification vaginale est importante.
- Ainsi, certaines femmes découvriront leur premier orgasme à ce moment-là.
- Le partenaire peut être intimidé par les légers changements physiques mais le regain de vitalité et l'enthousiasme de la future mère le bouleversent.

Transformations psychiques

La future mère s'affirme en tant que FEMME et l'intensification de sa sexualité, à cette période, la rassure sur son statut et son pouvoir de séduction.

Quand bébé commence à s'imposer

Aux environs du 4ème mois, le bébé bouge ; le couple accepte à deux l'idée d'un nouvel être.

Il faut savoir

- L'orgasme ne dérange pas le bébé. S'il bouge pendant les rapports, c'est à cause de l'afflux et du reflux de sang dans la région pelvienne.
- Ne pas confondre les spasmes orgasmiques avec les contractions utérines.

Grossesse et entente du couple

La grossesse rime souvent avec entente érotique plus forte, mais elle peut être revélatrice de certains problèmes relationnels ou sexuels : *confiez-vous l'un à l'autre ou osez en parler au médecin ou à la sage-femme qui vous suit !*

La femme : Elle est souvent fière de son gros ventre, se sent forte et a l'impression de dominer le Monde.

L'homme : soit il ne voit plus le corps de sa compagne comme un objet de désir, soit il n'ose exalter ses fantasmes craignant des conséquences néfastes pour la suite de la grossesse.
Il peut se sentir frustré, isolé puisque sa compagne vit seule physiquement, une aventure commencée à deux.
Où le partenaire se situe-t-il: comme époux, amant ou père?
Les futurs parents doivent se faire plaisir et par les relations sexuelles et par la complicité : le dialogue permet de conserver une entente harmonieuse.
L'enfant dans le ventre doit apparaître comme une preuve d'amour, un lien supplémentaire, un nouveau centre d'espoir et d'intérêts communs.
Attendre un enfant à deux, c'est magique et gratifiant

Troisième trimestre : un desir inconstant

Lors du dernier trimestre, la future maman voit ses désirs s'émousser et on observe souvent une diminution des rapports sexuels.

Trois mois parsemés d'inquiétudes

Au niveau physique, les signes sont nombreux et pesants : jambes lourdes, lumbagos, fatigue, hémorroïdes, brûlures d'estomac, ventre imposant rendent les femmes fragiles, voire déprimées.
Les couples ont souvent peur de déclencher l'accouchement par les rapports sexuels.
Plus on s'approche du jour J, plus la future mère appréhende la douleur et plus son désir sera inhibé et sa capacité orgasmique bloquée.

La tendresse prime

Le ventre de plus en plus imposant rend l'acte sexuel acrobatique. Mais le dialogue permet un échange amoureux : favorisez les gestes tendres, les baisers, les câlins, les caresses, les massages...
Chaque membre du couple doit se montrer compréhensif et sécurisant !
Dialogue et tendresse permettent de traverser avec bonheur cette période de gestation si riche en émotions contradictoires...

Résumé

Lors du suivi périnatal, le thème de la sexualité est peu abordé avec la femme ou le couple. Or, la santé sexuelle d'un couple favorise son épanouissement, notamment en post-partum où les relations de couples peuvent être fragilisées par l'arrivée d'un enfant.

Afin de connaître le rôle des sages-femmes dans la prévention des difficultés sexuelles, nous avons réalisé des entretiens auprès de dix sages-femmes, et analysé 128 questionnaires distribués auprès de couples de province et de Paris.

Nous avons déterminé les moments où les femmes étaient les plus disponibles et les plus demandeuses d'une information concernant la sexualité de la grossesse et la reprise des rapports après l'accouchement.

Notre objectif était de sensibiliser les sages-femmes sur la prévalence et les conséquences des difficultés sexuelles des couples ainsi que sur le rôle primordial qu'elles peuvent avoir dans le soutien de ces femmes à travers l'écoute, la prévention, le dépistage, l'information et l'orientation.

Mots-clés: Sexualité du post-partum, Difficultés sexuelles, Information, Sage-femme

Title and Abstract

Postpartum sexuality. Assessment of the information given to couples during pregnancy and after delivery and their impact on resumption of sexual activity.

During the perinatal follow-up, the theme of sexuality is very often neglected with women and couples. Now, a couple's sexual health helps their well-being, particularly in postpartum when the couple relationships can be upset by the arrival of a child.

In order to know the role of midwives in the prevention of sexual difficulties, we have interviewed ten midwives and analyzed 128 questionnaires given to couples in Paris and in the country.

We have determined the moments when women were more available, requiring more information about pregnancy sexuality and resuming of sexual intercourse after delivery.

Our objective was to make midwives aware of prevalence and consequences of sexual problems of couples as well as of the significant role that they can have in supporting these women through listening, prevention, detection, information and orientation.

Keywords : Postpartum sexuality, Sexual difficulties, Information, Midwife