



HAL
open science

De la vie à deux à la vie à trois : impact de la naissance du premier enfant sur la reprise de la sexualité du couple

Solène Douard

► To cite this version:

Solène Douard. De la vie à deux à la vie à trois : impact de la naissance du premier enfant sur la reprise de la sexualité du couple. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01070872

HAL Id: dumas-01070872

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01070872v1>

Submitted on 2 Oct 2014

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.

Bibliothèque universitaire Santé

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

Ecole de Sages-femmes de Caen

De la vie à deux à la vie à trois :

Impact de la naissance du premier enfant sur la reprise
de la sexualité du couple

Mémoire présenté et soutenu par
Solène Douard
Née le 13 Juillet 1990
En vue de l'obtention du diplôme d'état
De Sage-femme

Promotion 2010/2014

*« Le cerveau a la pensée, le cœur a l'amour,
le ventre a la paternité et la maternité. »*

Victor HUGO

Ecole de Sages-femmes de Caen

De la vie à deux à la vie à trois :

Impact de la naissance du premier enfant sur la reprise
de la sexualité du couple

Mémoire présenté et soutenu par
Solène Douard
Née le 13 Juillet 1990
En vue de l'obtention du diplôme d'état
De Sage-femme

Promotion 2010/2014

REMERCIEMENTS

En préambule de ce mémoire, je souhaitais remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce travail.

Plus particulièrement à Véronique Coutance, sage-femme sexologue, d'avoir accepté de diriger ce mémoire, d'avoir consacré tant de temps, pour avoir toujours répondu présente lorsque nécessaire et pour son soutien tout au long de cette année. A Claire Bouet, sage-femme cadre enseignante, pour sa disponibilité, ses conseils, son soutien et sa bienveillance. A Catherine Hurel, médecin sexologue, pour ses références bibliographiques.

Merci à toute l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme de Caen pour son enseignement et son encadrement.

Je souhaitais également remercier les sages-femmes du CHU (suites de naissances, consultations, surveillance intensive de grossesse) pour avoir récupéré certains questionnaires auprès des femmes en suites de naissances et pour avoir répondu à celui qui leur était consacré.

Et surtout, merci aux femmes qui ont accepté de répondre à mon questionnaire avec gentillesse et sincérité, et à toutes celles qui ont participé à un entretien pour avoir parlé librement et sans tabou de ce sujet dont beaucoup l'estime ainsi.

Et particulièrement,
Mes parents,
Ma sœur Morgane.

SOMMAIRE

Partie 1 : INTRODUCTION

1. La sexualité	1
1.1 Définition	1
1.2 Le désir sexuel	1
1.3 Le plaisir sexuel	2
1.4 Le rapport sexuel	2
1.5 La communication et l'image de soi	2
2. Les dysfonctions sexuelles féminines	3
2.1 L'anaphrodisie	3
2.2 Le vaginisme et les dyspareunies	3
2.3 La sécheresse vaginale	4
2.4 L'anorgasmie	4
3. La sexualité pendant la grossesse	5
3.1 Les modifications physiques	5
3.2 Les modifications psychologiques	6
4. La sexualité dans le post-partum	7
5. Rôle des sages-femmes	9
Problématique	10

Partie 2 : ETUDE

Matériel et Méthode

1. Mise en place de l'étude	11
2. Critères d'inclusion et d'exclusion	12
3. Traitement des données	12

Résultats

1. Les femmes interrogées en suites de naissances	13
1.1 Situation des femmes	13
1.2 Sexualité avant la grossesse	14
1.3 La première grossesse	14
1.4 PNP	15
1.4.1 Sexualité pendant la grossesse	15
1.4.2 Sexualité après l'accouchement	15
1.5 Accouchement	15
1.6 Reprise de la sexualité	16
1.6.1 Délai après l'accouchement	16
1.6.2 Qui est à l'initiative de la reprise ?	16
1.6.3 La pénétration	16
1.6.4 Les appréhensions	17
1.7 Sexualité après l'accouchement	18
1.8 Communication	20

1.9	Image du corps	20
1.10	Allaitement maternel	21
1.11	Réducation périnéale	21
1.12	9 mois après l'accouchement	22
1.13	Influence de la sexualité	22
1.14	Informations	23
2.	Concernant les sages-femmes	24
2.1	Situation des Sages-Femmes	24
2.1.1	<i>Le sexe</i>	24
2.1.2	<i>L'âge</i>	25
2.1.3	<i>La durée de travail</i>	25
2.1.4	<i>Le lieu de travail</i>	25
2.2	Formation sur la sexualité	25
2.3	Sexualité pendant et après la grossesse	25
2.4	Les connaissances des sages-femmes	25
2-5	Informations	26
Partie 3 : DISCUSSION		
1.	Les forces et les faiblesses de l'étude	27
1.1	Les forces de l'étude	27
1.2	Les faiblesses de l'étude	27
2.	Données générales	28
3.	La première grossesse	28
3.1	Les modifications de la sexualité pendant la grossesse	28
3.2	Parler de sexualité pendant la grossesse	30
4.	La sexualité dans le post-partum	30
4.1	La reprise de la sexualité	30
4.2	Les appréhensions et les difficultés à la reprise de la sexualité	31
4.3	L'allaitement maternel	33
4.4	La rééducation périnéale	34
5.	Communication, image du corps et degré de satisfaction sexuelle	34
5.1	Communication avec l'entourage et le professionnel de santé	34
5.2	Le vécu des modifications corporelles	35
5.3	La satisfaction sexuelle	37
6.	Un peu plus tard...	38
7.	Les informations	39
	CONCLUSION	43
	BIBLIOGRAPHIE	44
	ANNEXE I	49
	ANNEXE II	56
	ANNEXE III	58

ABREVIATIONS

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MFIU : Mort Fœtale In Utero

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RPM : Rupture Prématuration des Membranes

VPN : Visite Post natale

PARTIE 1 :

INTRODUCTION

1. La sexualité

La sexualité est un sujet complexe et souvent tabou que beaucoup d'entre nous n'osent aborder. Complexe de part son aspect subjectif qui émane de la personnalité de chaque individu. Freud confiera : « La vie sexuelle de la femme est encore un continent noir pour la psychologie... »

1.6 Définition

La sexualité d'une femme est unique, chacune a une entité, une vie sociale et relationnelle qui lui sont propre. Les désirs et les attentes sont façonnés par les origines culturelles, sociales, spirituelles et par les expériences personnelles qui à leur tour, influencent leur vie sexuelle. Il ne peut y avoir une seule définition de la sexualité [1].

La santé sexuelle, telle que la définit l'OMS, est « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence » [2]. La sexualité et les relations sexuelles s'inscrivent dans le quotidien de chacun où divers besoins s'impliquent à différents stades de la vie. La sexualité peut être exprimée par des pensées, des fantasmes et non pas seulement par des comportements sexués à visée reproductive. C'est ce qui distingue l'homme de l'animal. « La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. » [2]. L'Homme a su faire de la sexualité une fonction érotique où le plaisir tient une place essentielle.

1.7 Le désir sexuel

Le désir sexuel est séparé et séparable de l'activité génitale [3]. Il ne peut être oublié lorsque l'on parle de sexualité puisque la notion de désir préside l'organisation de la vie sexuelle. Autrement appelé libido ou pulsion sexuelle, le désir permet la projection dans un comportement sexuel [4]. Différentes composantes s'opèrent auprès du désir : l'influence sociétale, la culture, la religion et l'éducation, la biologie et ses influences hormonales et la composante relationnelle se caractérisant par l'harmonie du couple [5]. De nos jours et en majeure partie, le désir sexuel des êtres humains ne vise pas en premier lieu la reproduction mais d'abord la recherche de plaisir.

1.8 Le plaisir sexuel

Le plaisir est défini par le Larousse comme un « état de contentement qui crée chez quelqu'un la satisfaction d'une tendance, d'un besoin, d'un désir. Ce qui plaît, divertit, procure à quelqu'un ce sentiment agréable de contentement » [6]. Pour certaines femmes, le plaisir sexuel correspond à l'atteinte de l'orgasme lors du rapport.

1.9 Le rapport sexuel

Le rapport sexuel ne se limite pas seulement au coït. C'est un dialogue charnel entre deux individus permettant d'atteindre l'orgasme quel qu'en soit le moyen. Dialogue charnel auquel s'ajoutent la sensualité, l'imagination, la liberté d'esprit et la volonté de donner et recevoir du plaisir [5]. C'est ce qui donne le côté magique d'un rapport sexuel.

Il est défini par V.Johnson et W.Master comme une succession de 4 phases distinctes : l'excitation, le plateau, l'orgasme et la résolution [9].

- La phase d'excitation chez la femme se caractérise par la lubrification vaginale et la tumescence de la muqueuse du vagin.
- Le plateau est un moment plus ou moins long où le degré d'excitation reste stable.
- S'ensuit l'orgasme. C'est une manifestation globale de l'organisme engendrant un plaisir intense. Cette intensité est variable selon la zone excitée, les partenaires, l'environnement. Une femme peut avoir plusieurs orgasmes durant un rapport.
- Enfin, la phase de résolution n'apparaît qu'après le dernier orgasme chez la femme et après l'éjaculation chez l'homme. Il correspond à la période où les phénomènes d'excitation diminuent. Le corps est totalement apaisé et la conscience est détendue : « C'est le bonheur avec un sentiment de plénitude » [10].

1.10 La communication et l'image de soi

Instaurer un climat de confiance, d'affect et d'émotion est essentiel à la bonne entente du couple. En effet, cela influence les relations sexuelles, notamment pour la femme qui a besoin de temps et d'une ambiance calme pour pouvoir se détendre et laisser son corps s'exprimer [7]. Par ailleurs, la communication est importante dans un couple. Elle permet d'échanger sur des ressentis, d'améliorer certaines situations lorsque des difficultés apparaissent. Elle permet aux deux membres du couple d'être en phase.

Outre la communication, la confiance passe également par l'image de soi. Cette image que nous renvoie notre corps ou le regard de l'autre et l'interprétation que chaque individu en fait permettent une certaine acquisition de l'estime de soi et ainsi de la

confiance en soi. Cela permet à chacun d'aller vers l'autre, de s'ouvrir à l'autre et d'engendrer une relation qui relève de la séduction laquelle ouvrira la sphère de l'action sexuelle.

L'estime de soi, la confiance en soi et la communication sont trois aspects fondamentaux dans la construction puis la bonne entente du couple et ainsi dans la satisfaction sexuelle. Cependant, des dysfonctionnements peuvent apparaître et être source de tension dans l'intimité du couple.

2. Les dysfonctions sexuelles féminines

Différents facteurs peuvent être la cause de vulnérabilité chez les partenaires engendrant des troubles sexuels réels. Ces troubles peuvent eux-mêmes avoir des répercussions sur l'entente du couple.

2.1 L'anaphrodisie

L'anaphrodisie ou l'hypo désir sexuel se définit comme « la réduction ou la disparition de toute une partie des motivations érotiques de la femme ou de l'homme [8]. La femme expose des sentiments négatifs et présente une aversion pour la sexualité. C'est un trouble du désir sexuel. Liée à une problématique personnelle, l'anaphrodisie peut être induite par des maladies, l'absorption de certaines substances ou encore un environnement protecteur tel qu'un contrôle parental surdimensionné [11].

2.2 Le vaginisme et les dyspareunies

Le vaginisme est un mécanisme de défense contre toute intrusion vaginale. C'est un réflexe qui s'opère par la contraction involontaire des muscles releveurs de l'anus et des adducteurs empêchant ainsi toute pénétration. Il existe deux sortes de vaginisme. Primaire ; la pénétration s'est toujours avérée impossible. Les causes sont la crainte de la douleur ou l'existence d'une phobie par l'ignorance de son corps, culpabilité ou antécédent de traumatisme sexuel. Secondaire ; le vaginisme s'explique par l'impossibilité de pénétration suite à un traumatisme, une maladie ; la pénétration ayant été préalablement possible. Ces femmes font abstraction de leur féminité de par la non intégration de leur vagin dans leur schéma corporel. Le vaginisme n'exclut pas toute sexualité : il existe des couples vivant une sexualité épanouie sans pénétration. Des jeux sexuels restent possibles : des caresses, pratique de la sodomie etc. Il existe des vaginiques enceintes. [14]

La dyspareunie est une douleur vulvaire vaginale ou pelvienne persistante ou récurrente associée à la pénétration vaginale. Cette douleur peut survenir à l'intromission, durant les mouvements, au contact profond ou dans les suites du rapport. [14]

2.3 La sécheresse vaginale

C'est la conséquence d'un trouble d'hydratation du vagin. Les sécrétions vaginales varient en fonction de l'activité sexuelle et du cycle menstruel. Toute perturbation hormonale peut altérer les sécrétions et entraîner une sécheresse occasionnelle. Les causes sont multiples : hormonales, médicamenteuses, infectieuses ou encore psychologiques. C'est parfois un trouble de l'excitation sexuelle.

Si dans la majorité des cas, la ménopause est le moment le plus opportun aux sécheresses vaginales de par la carence en oestrogènes, la grossesse, le post-partum et l'allaitement maternel n'en sont pas moins une période de déséquilibre hormonal et émotionnel entraînant des plaintes de sécheresse vaginale de la part de ces futures et nouvelles mères.

2.4 L'anorgasmie

L'état psychique est prépondérant. Associé à l'état physique, il est nécessaire au fonctionnement de la sexualité féminine. Ce sont deux processus complexes et non automatiques [7]. L'orgasme est la décharge qui fait suite à la montée de l'excitation sexuelle par les stimulations des récepteurs proprioceptifs dans la région des organes génitaux. Il se caractérise par des contractions rythmiques des muscles périnéaux.

L'anorgasmie est définie comme la souffrance exprimée devant l'absence d'atteinte du plaisir intense qu'est l'orgasme [14]. C'est un trouble sexuel qui s'inscrit dans un processus évolutif entraînant d'autres difficultés, qu'elles soient d'ordre sexuel ou relationnel. L'anorgasmie peut s'avérer exceptionnelle quand elle est liée à une situation, à un environnement, au partenaire ; ou durable lorsque la femme n'a jamais connu l'orgasme lors de rapports sexuels ou d'une masturbation. Elle peut être primaire ou secondaire, clitoridienne ou vaginale.

La méconnaissance de son corps et des réactions sexuelles féminines, les antécédents d'abus sexuel, la consommation de toxiques, le stress, les conflits conjugaux sont des causes d'anorgasmie [16]. D'autres facteurs comme une grossesse non désirée, l'infertilité, des difficultés économiques et relationnelles ou une expérience sexuelle humiliante sont dits précipitants [12]. De plus, une image érotique de la femme est

véhiculée à travers les médias, les films pornographiques. Une pression s'exerce ainsi sur les femmes : l'idée de devoir être excitables, facilement excitées et l'obligation d'en jouir. Une anxiété peut apparaître et entraver l'atteinte de l'orgasme.

3. La sexualité pendant la grossesse

La grossesse est un moment unique dans la vie d'une femme, dans celle de son conjoint et ainsi dans celle du couple. C'est une période de bouleversements aussi bien physiques que psychologiques où la sexualité peut se trouver perturbée. L'harmonie sexuelle existant avant la grossesse joue un rôle important dans la manière d'appréhender la sexualité durant cette période. Il en est de même de la bonne entente et de la communication au sein du couple [13]. Durant cette période, une nouvelle identité se construit consciemment ou non puisqu'il y a ébauche du passage du statut de femme à celui de mère.

Beaucoup de croyances sont présentes dans l'imagination des couples concernant la sexualité pendant la grossesse. La peur de blesser le fœtus, de le sentir ou de le « salir » sont des témoignages fréquents des pères. Les rapports sexuels ne sont pas interdits pendant la grossesse. Il n'existe même que de rares contre indications aux rapports sexuels: MAP sévère, placenta praevia et RPM [13].

3.1 Les modifications physiques

Dès le début de la grossesse, la femme doit accepter ses modifications corporelles. Il existe des changements physiques et psychiques, progressifs tout au long de la grossesse et propres à chaque femme.

Le premier trimestre est fréquemment marqué par la présence de nausées voire de vomissements et de fatigue. Ces « petits maux de la grossesse » vont souvent provoquer une diminution du désir de la femme et ainsi de la fréquence des rapports sexuels [15]. La peur d'une fausse couche au premier trimestre peut également pour certaines femmes, engendrer une raréfaction voire une éviction des rapports sexuels.

Le second trimestre selon Master et Johnson, voit apparaître une recrudescence du désir de la femme et de l'intensité de l'orgasme du fait de l'imprégnation hormonale. Cependant, c'est à cette période que la perception des mouvements fœtaux est présente. Il peut en résulter une gêne, une crainte autant de la part de la femme que de l'homme. [15]

Les modifications corporelles continuent de s'opérer. La femme voit son ventre s'arrondir jusqu'à gêner la réalisation des actes quotidiens, notamment de la sexualité lors du troisième trimestre. La femme a du mal à se mobiliser, est essoufflée, n'arrive pas à trouver sa position pour dormir. La fatigue prédomine ne laissant que peu de place à des rapports sexuels qui, pour la plupart des couples, deviennent insatisfaisants. La place du ventre rond doit laisser libre cours à l'imagination quant aux positions praticables.

Quant à l'homme, il voit le corps de sa compagne épouser des formes qu'il ne connaissait pas. Pour certains et certaines, cela peut freiner le désir éprouvé. A cela s'ajoutent, les craintes et les appréhensions quant au futur accouchement [15]. La sexualité se trouve ainsi transformée. Durant les rapports sexuels, l'homme pourra éventuellement céder sa marque de « domination » sexuelle à la femme [17].

3.2 Les modifications psychologiques

C'est un véritable remaniement que va traverser la future mère pendant neuf mois afin d'élaborer son nouveau statut: « devenir mère de cet enfant ». Un recentrage psychique de la mère sur elle-même est observé. Il est important d'énoncer à ce propos la notion de maternité. Concept introduit en France en 1961 par Paul-Claude RACAMIER, psychanalyste. Ce terme est une condensation des mots « maternel », « maternité » et « natalité ». Il se définit par « l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité » [18].

L'état psychologique de la femme enceinte laisse apercevoir un jeu d'humeurs très variées qui se succèdent. Cela se traduit par le terme de labilité émotionnelle. Cette dernière se caractérise par une perméabilité extrême à l'émotion. La femme enceinte se trouve vulnérable, soumise aux agressions extérieures et plus fragile [19]. Cette labilité émotionnelle est, en partie, due à un bouleversement hormonal (progestérones, œstrogènes, catécholamines, corticostéroïdes), mais également au contexte environnemental et à l'histoire personnelle de la femme.

Des questions implicites et préoccupantes traversent l'esprit de chaque femme enceinte au regard des profondes modifications subies dans l'attente d'une naissance et du nouveau rôle qui l'attend: qui vais-je devenir ? Quelle mère vais-je être ? Pourrais-je encore plaire ou séduire même si je suis mère ? Ces préoccupations constituent la matière première à partir de laquelle s'effectuera cette nouvelle identité. Elle devra alors trouver un compromis entre son statut de mère et celui de femme, se redéfinir elle-même à travers son

couple, son entourage et plus globalement la société d'aujourd'hui [21]. « La grossesse est un tsunami dans la sexualité du couple ! » [20]. La recherche d'une identité nouvelle maternelle n'est pas un chemin facile à emprunter, mais pourtant nécessaire.

4. La sexualité dans le post-partum

Certains définissent le post-partum comme « le temps du bilan, le moment où, après la tempête, l'équipage du « navire-couple » se doit de constater les éventuelles avaries, colmater les brèches, accepter en son sein un nouveau membre, s'il ne veut pas que le navire aille « à vau l'eau » ou que, tout simplement, il coule. Il y va de la vie, non seulement du navire, mais aussi de chacun des membres de l'équipage, et de plus particulièrement du dernier arrivé dont les qualités de navigateur dans l'avenir dépendent fondamentalement de ce rude apprentissage. » [22]. L'arrivée d'un nouveau-né « chamboule » le quotidien du couple qui doit se réadapter et réorganiser sa vie.

Il est probable qu'après un accouchement, la femme ne soit pas toujours prête à reprendre les rapports sexuels dès la sortie de la maternité. D'abord, la modalité d'accouchement caractérise une sidération des sensations périnéales due aux différents traumatismes de l'accouchement (distension, déchirures, épisiotomie) [23]. Une chute des hormones après l'accouchement entraîne une diminution de la libido. Une sécheresse vaginale est plus souvent constatée rendant les rapports difficiles. Des douleurs peuvent apparaître par le manque de lubrification. La présence de pertes vaginales durant les jours voire les semaines suivant l'accouchement est un frein à la reprise de la sexualité [24].

Pour les femmes qui allaitent : les seins changent de fonction. Passant de la fonction érotique à la fonction alimentaire, les seins sont plus sensibles, plus lourds. Parfois les caresses deviennent douloureuses et l'éjection possible de lait durant un rapport sexuel rappelle à cette femme son statut de mère durant un acte où elle est « amante » [17]. D'autre part, des complications comme les hémorroïdes et/ou les incontinences urinaires, de gaz ou fécales peuvent induire une honte et inhiber le désir.

Enfin, les modifications corporelles dues à la grossesse peuvent entraîner un sentiment de mal être et renvoyer une image de soi qui est, pour la femme, des plus désagréables. La vision de ce corps avec un poids excessif, des vergetures, un ventre mou, un vagin trop large ne la rend pas confiante. L'image de soi érotique est à reconstruire.

L'allaitement maternel est un facteur inhibiteur du désir sexuel dû à un nouveau climat hormonal. La prolactine est l'hormone de la satiété sexuelle. L'ocytocine est décrite comme l'hormone de l'attachement et notamment en cette période post natale, de l'attachement mère-enfant. Il se peut ainsi que l'allaitement maternel engendre un sentiment de bien-être où la femme se sent comblée par son enfant [28]. Ceci peut entraîner une mise à l'écart du conjoint et l'émergence d'une tension au sein du couple. Il peut ainsi exister une discordance du désir sexuel. La femme souffre d'un hypodésir mais peut parfois accepter le rapport sexuel pour le bien-être du couple ; rapport souvent marqué par une tension ou un manque de lâcher prise dû à la présence de l'enfant [26].

La femme ne se sent pas désirable, attractive et n'est pas à l'aise avec ce nouveau corps occasionnant un stress. C'est à ce moment là que la communication au sein du couple est importante afin de rassurer la femme et lui redonner confiance [25].

La fatigue causée par la grossesse et la naissance, les nuits interrompues par les tétées ou les biberons peuvent altérer la disponibilité des mères et l'intimité des couples [17]. Cette pression exercée par la vie de famille engendre un ajustement des priorités au détriment de la vie sexuelle.

Un sentiment de vide peut se faire ressentir à la suite de l'accouchement : le « no man's land » [28]. La jeune mère n'est plus le centre d'attention qu'elle était pendant la grossesse. Un désarroi peut ainsi se manifester faisant apparaître certaines doutes.

L'anxiété repose également sur la crainte de ne pas être une « bonne mère ». Toute l'attention se concentre sur l'enfant. C'est ce que Winnicott appelle : la préoccupation maternelle primaire [29]. Cependant, il est important pour le bien-être du couple de se retrouver seul à seul, de réinstaurer une séduction essentielle à l'épanouissement sexuel. Ce dernier influencerait « l'harmonie affective nécessaire au développement de l'enfant » [27]. Non seulement la femme devient mère, mais l'homme devient père et doit assurer ce nouveau statut. La sexualité est vécue différemment chez la femme comme chez l'homme. Ce changement de statut est souvent à l'origine d'une nouvelle approche de la sexualité.

Le temps est un processus incontournable est nécessaire au couple et à son adaptation aux modifications apportées par l'arrivée d'un enfant. Le Dr Dudkiewicz-Sibony déclara : « Il a fallu neuf mois au ventre de la femme enceinte pour se faire, il en faudra au moins autant pour se défaire. » Après toutes les perturbations de la grossesse et de la naissance, le changement de statut de femme en mère peut être une période difficile dans laquelle la sage-femme tient une place importante.

5. Rôle des sages-femmes

Une barrière émanant des professionnels de santé et des femmes peut s'installer quand il est question de sexualité. Cela peut rester un sujet tabou, difficile à aborder. Bien que chaque sage-femme parle de contraception, trop peu d'entre elles s'expriment sur la reprise de la sexualité. Or, la prescription de la contraception induit l'existence de relations sexuelles. Le rôle des sages-femmes prend alors tout son sens puisque ce sont elles qui occupent une place privilégiée auprès de la jeune mère durant le post-partum.

L'accompagnement psychologique des sages-femmes occupe durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, une place prépondérante. « L'accompagnement global », privilège de la profession de sage-femme, crée d'étroites relations entre la sage-femme et ses patientes. Ces relations s'exercent autour de nombreux processus de la maternité (grossesse, accouchement et post-partum) où la sage-femme met à profit ses compétences et son savoir-faire afin d'accompagner le plus physiologiquement possible ces processus. Le rôle des sages-femmes auprès de leurs patientes inscrit une expérience singulière, porteuse d'une signification profonde dans la vie des femmes, de leur conjoint et ainsi du couple. En effet, les femmes bouleversées par un trop plein d'émotions accueillent volontiers le rôle « protecteur » et bienveillant de la sage-femme.

L'empathie, ou « einfülling » en allemand, qui signifie « ressentiment intérieur », s'explique par l'habileté d'une personne à ressentir et comprendre les composantes émotionnelles d'une autre personne. L'empathie est prônée par de nombreux spécialistes pour apporter de l'aide, encourager la communication et accompagner au mieux. L'empathie est une qualité souvent retrouvée chez les sages-femmes. [30]

Dans le post-partum, beaucoup de femmes souffrent de maux, qu'ils soient physiques, psychiques ou relationnels, impliquant une diminution de leur satisfaction sexuelle. Une information, claire et précise est essentielle tout au long de la grossesse et dans le post-partum afin d'accompagner au mieux tous ces bouleversements. C'est à la sage-femme, durant son accompagnement, de s'adapter à chacun des couples et de donner les informations sur la sexualité au moment qui lui semblera opportun. Pourquoi ne pas en parler à différents moments de la maternité d'une femme favorisant ainsi une meilleure assimilation des informations ?

PROBLEMATIQUE

Assurer le suivi global durant toute la grossesse et le post-partum fait partie des compétences des sages-femmes. Bien que la contraception soit largement abordée lors de la visite de sortie de la maternité, il semblerait qu'il y ait un réel manque d'informations concernant la reprise de la sexualité.

Quand est-il possible de refaire l'amour après l'accouchement ? Est-ce douloureux ? Est-ce pareil qu'avant ? Face à ces difficultés sexuelles, certains couples peuvent se sentir désemparés, ne sachant vers qui se tourner. Ce sont des témoignages sur ces difficultés rencontrées après l'accouchement qui ont attiré notre attention sur le vécu de la reprise de la sexualité.

Se demander quelle est l'évolution du degré de satisfaction sexuelle après la naissance d'un enfant est l'objectif principal de cette étude.

Les objectifs secondaires sont :

- Evaluer les besoins des couples concernant l'apport d'information sur la sexualité par les professionnels de santé.
- Sensibiliser les sages-femmes sur la réalité de la sexualité du post-partum et leurs moyens d'action.

Pour se faire, des hypothèses ont été émises :

- Le mode d'accouchement et l'état périnéal influent sur le délai de la reprise de la sexualité.
- Le degré de satisfaction sexuelle diminue nettement après la naissance du premier enfant en raison de facteurs variés mais associés.
- Il existe un manque d'information en matière de sexualité dans le post-partum.

PARTIE 2 :

ETUDE

MATERIEL ET METHODE

Afin de pouvoir traiter le thème le plus précisément possible, l'étude a fait participer les femmes venant d'accoucher mais également les sages-femmes

1. Mise en place de l'étude

Tout d'abord, une enquête descriptive a été réalisée auprès des femmes en suites de naissances dans une seule maternité de niveau III qui regroupe 3000 accouchements par an.

Le choix de l'utilisation du questionnaire a été sélectionné. Il interrogeait rétrospectivement des multipares sur la reprise de la sexualité après la naissance de leur premier enfant. Le sujet abordé étant complexe, il pouvait se révéler tabou et mettre ainsi mal à l'aise les femmes. L'anonymat a été respecté, aucune question ne permettait d'identifier le destinataire. L'emploi d'un questionnaire « semi-directif » s'est révélé intéressant afin de laisser à la femme le choix de s'exprimer librement. Il se composait de 47 questions.

120 questionnaires ont été distribués de manière aléatoire entre le 15 juin et le 30 juillet 2013. Le questionnaire était donné à l'arrivée en suites de naissances. Il pouvait ainsi être rempli durant l'hospitalisation. 8 minutes étaient nécessaires afin d'y répondre. Sur les 120 questionnaires distribués, 116 ont été récupérés, soit un taux de 96,7% de réponse. Parmi ces 116 questionnaires, 1 n'a pu être exploité car il était incomplet. 4 questionnaires ont été perdus de vue.

Dans un deuxième temps, un questionnaire a été réalisé à l'attention des sages-femmes dans cette même maternité et aux sages-femmes libérales entre le 12 octobre et le 30 novembre 2013. Des questionnaires ont été distribués aux sages-femmes travaillant en suites de naissances, en consultations pré et postnatales, en cours de PNP et 16 questionnaires ont été envoyés par courrier aux sages-femmes libérales. Celui-ci a permis d'évaluer le positionnement des sages-femmes sur ce sujet. 23 questionnaires ont été récupérés au CHU de Caen et 8 m'ont été renvoyés par les sages-femmes libérales.

Enfin, des entretiens auprès des femmes ont été menés en suites de naissances afin d'illustrer et d'apporter un appui concret à l'étude. 10 entretiens semi-directifs d'une durée moyenne de 50 minutes ont permis aux femmes de s'exprimer librement en tout anonymat.

2. Critères d'inclusion et d'exclusion

L'étude inclue des multipares dont la première grossesse avait été simple et quelque soit le mode d'accouchement, voie basse ou césarienne avec la naissance d'un enfant né vivant. Le questionnaire concernait la sexualité après leur première grossesse. Cependant, les multipares dont l'ainé avait plus de 6 ans ont été exclues. Au préalable, quelques questionnaires avaient été distribués pour ainsi juger de la pertinence des souvenirs concernant la première grossesse. A partir de 7 ans, les femmes avouaient ne plus très bien se souvenir de tous les détails autour de la sexualité au cours de leur première grossesse et dans le post-partum.

D'autres critères d'exclusion ont été déterminés:

- Les femmes ne parlant pas le français
- Les mineures
- Les grossesses multiples
- Les antécédents de MFIU
- Les femmes seules pendant et/ou après la grossesse
- Les femmes dont le nouveau-né était prématuré ou malade
- Les femmes dont la religion interdit les rapports pendant et/ou après la grossesse.

3. Traitement des données

Une fois les questionnaires remplis, la base de données utilisée afin de traiter au mieux les résultats est Excel.

Concernant les entretiens auprès des femmes en suites de naissances, l'interprétation étant subjective, ils ne serviront qu'à illustrer les résultats avancés dans cette étude.

RESULTATS

1. Les femmes interrogées en suites de naissances

Durant toute l'étude, seule la première grossesse est prise en compte. Interrogeant des multipares, le premier accouchement a pu ne pas avoir lieu au même endroit que le déroulement de cette étude.

115 femmes ont été interrogées. Cependant certaines n'ont pas répondu à toutes les questions diminuant ainsi le nombre de réponses. Le nombre de réponses est indiqué pour chaque question.

1.1 Situation des femmes

L'âge moyen des femmes interrogées est de 30,5 ans. La plus jeune avait 20 ans et la plus âgée avait 40 ans. Deux tiers des femmes ont entre 26 et 34 ans.

- 47% des femmes (n=54/115) sont employées.
- 11,4% (n=13/115) sont cadres supérieurs.
- 5,2% (n=6/115) sont professeurs des écoles.
- 4,3% (n=5/115) sont ouvrières.
- 3,5% (n=4/115) travaillent en libéral.
- 1,7% (n=2/115) sont agricultrices.
- 1,7% (n=2/115) ont une profession intermédiaire.
- 22,6% des femmes (n=26/115) étaient sans emploi (chômage/femme au foyer).

Toutes les femmes interrogées étaient en couple avant, pendant et après la grossesse.

78,2% (n=90/115) des femmes interrogées venaient d'accoucher de leur 2^{ème} enfant. 15,6 % (n=18/115) de leur 3^{ème} et 6% (n=7/115) des femmes interrogées avaient plus de 3 enfants.

1.2 Sexualité avant la grossesse

Le critère de jugement était celui du degré de satisfaction sexuelle, caractérisé par 4 qualificatifs : Très Epanouie (TE), Epanouie (E), Moyennement Epanouie (ME) et Non Epanouie (NE).

- TE: 31,2% (n=35/112)
- E: 57,2% (n=64/112)
- ME: 11,6% (n=13/112)
- NE : 0%

1.3 La première grossesse

10,4% (n=12/115) des femmes n'avaient pas désiré leur première grossesse.

8,8% (n=10/114) des femmes souffraient de troubles sexuels avant la grossesse, dont 6 femmes de baisse de la libido.

14,8% (n=17/115) des femmes ont vécu un moment difficile soit d'ordre médical obstétrical, familial ou professionnel au cours de leur grossesse altérant leur sexualité.

92,2% (n=106/115) des femmes ont eu des rapports sexuels pendant la grossesse. Celles qui n'en ont pas eu relatent un problème d'ordre médical ou relationnel.

Il était demandé aux femmes de décrire leur satisfaction sexuelle à chacun des trois trimestres de la grossesse. Le critère de jugement étant le même qu'avant la grossesse :

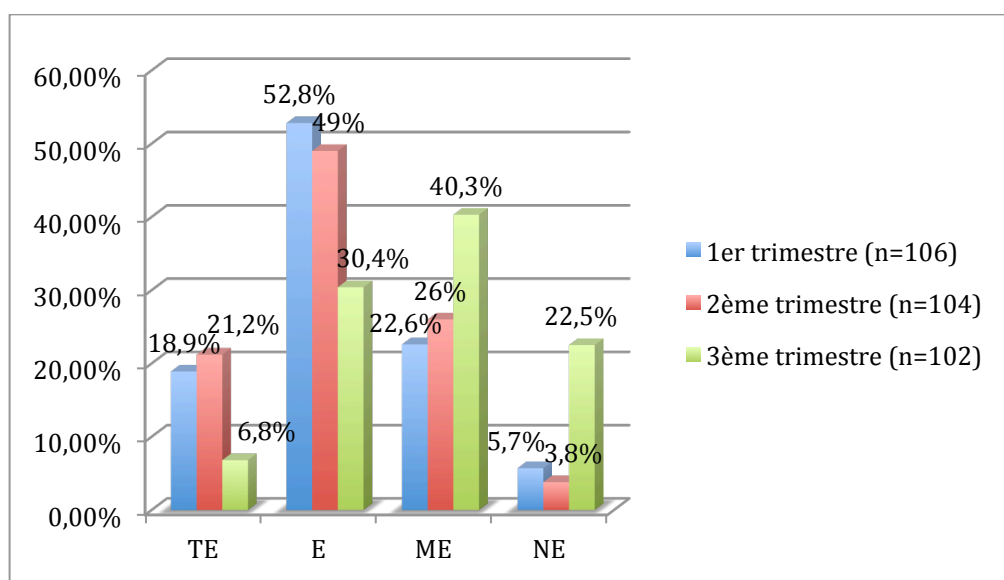


Figure 1 : Degré de satisfaction sexuelle durant les 3 trimestres de la grossesse

1.4 PNP

69,3% (n=79/114) des femmes ont participé aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité lors de leur première grossesse.

1.4.1 *Sexualité pendant la grossesse*

45,6% (n=36/79) des femmes ayant participé aux cours n'ont pas reçu d'information sur la sexualité pendant la grossesse. Parmi elles, 28 femmes auraient aimé en recevoir.

Parmi les femmes ayant participé à la PNP, 49,4% (n=39/79) n'osait pas poser de questions concernant la sexualité pendant la grossesse dont 38,5% (n=15/39) par pudeur. Beaucoup de femmes n'osaient pas poser de question car le sujet n'avait pas été abordé. *« C'est difficile de poser des questions quand la sage-femme n'en parle pas. »*

1.4.2 *Sexualité après l'accouchement*

48,1% (n=38/79) des femmes n'ont pas reçu d'information concernant la reprise de la sexualité. Parmi elles, 31 femmes auraient aimé en recevoir.

49,3% (n=34/69) des femmes n'osaient pas poser de questions concernant la reprise de la sexualité après l'accouchement, dont 53% (n=18/34) par pudeur, *« ce n'est pas toujours évident d'en parler en groupe et on ne se rend pas compte des bouleversements qui découlent du premier accouchement sur la sexualité »*.

1.5 Accouchement

83,5% (n=96/115) des femmes ont accouché par voie basse dont 23% (n=22/96) par extraction instrumentale (ventouse, forceps, spatules). 16,5% des femmes (n=19/115) ont accouché par césarienne.

Parmi celles qui ont accouché par voie basse spontanée: 55,4% (n=41/74) ont eu une déchirure vaginale simple, 22,9% (n=17/74) une épisiotomie, 9,5% (n=7/74) ont eu un périnée intact (PI), 9,5% ont eu des éraillures et seulement deux femmes ont eu une déchirure vaginale compliquée (DVC).

Parmi celles qui ont accouché par voie basse instrumentale : 50% (n=11/22) ont eu une épisiotomie, 40,9% (n=9/22) ont eu une déchirure vaginale simple (DVS) et 9,1% (n=2/22) ont eu un périnée intact.

Une question permettait aux femmes de mettre des mots sur la représentation de leur déchirure. Cependant, des disparités importantes dans les résultats et une non corrélation entre les représentations des femmes et leur déchirure n'a pas permis d'exploiter cette question.

1.6 Reprise de la sexualité

1.6.1 *Délai après l'accouchement*

53,3% (n=56/105) des femmes ont repris une sexualité avant 6 semaines dont 12,4% (n=13/105) au cours du premier mois, 30,5% (n=32/105) entre 6 et 8 semaines c'est-à-dire au moment de la visite post natale (VPN) et 16,2% (n=17/105) ont repris les rapports après 3 mois.

Le test du Chi2 n'a pas retrouvé de différence significative entre le délai de la reprise de la sexualité et le mode d'accouchement (voie basse spontanée, extraction instrumentale ou césarienne) ($p=0,884$). Ce test n'a également pas permis d'affirmer qu'il existe une différence significative entre le délai de la reprise et l'impact de l'accouchement sur le périnée (PI, éraillures, DVS, épisiotomie ou césarienne) ($p=0,552$).

1.6.2 *Qui est à l'initiative de la reprise ?*

Pour 48,7% (n=55/113) des couples, la demande de la reprise de la sexualité s'est faite conjointement. Pour 46% (n=52/113) des couples, c'est le mari qui a demandé et seulement pour 5,3% (n=6/113) des couples la demande a été exprimée par la femme.

1.6.3 *La pénétration*

Lors de la reprise de la sexualité, pour 96,4% (n=110/114) des couples il y a eu pénétration.

1.6.4 Les appréhensions

13,3% (n=15/113) des femmes n'ont eu aucune difficulté ni appréhension quant à la reprise de la sexualité.

61% (n=69/113) appréhendaient un peu, 16,8% (n=19/113) beaucoup et 8,9% (n=10/113) énormément : « *c'était difficile de réinvestir cette zone comme une zone de plaisir.* »

Parmi les femmes qui appréhendaient, sont répertoriés : (*plusieurs appréhensions pouvaient être associées à la même femme*)

- la douleur : 78,6% (n=77/98)
- la baisse de libido: 33,7% (n=33/98)
- la mauvaise image de soi : 26,5% (n=26/98)
- la suture : 24,5% (n=24/98)
- la présence de l'enfant : 20,4% (n=20/98)
- les saignements : 12,2% (n=12/98)
- la peur d'une nouvelle grossesse : 5,1% (n=5/98)
- inconnu : 2% (n=2/98)
- la sécheresse : 1% (n=1/98)

69,4% des femmes (n=77/111) souffraient de différents maux répertoriés comme suit: (*plusieurs maux pouvaient être associés à la même femme*)

- la baisse de la libido : 65% (n=50/77)
- la sécheresse vaginale : 37,6% (n=29/77)
- la difficulté à atteindre l'orgasme : 32,5% (n=25/77) « *Il a fallu apprendre à se donner du temps de retrouver les sensations d'avant et un corps qui réagisse comme avant. Difficile pour mon conjoint se sentant touché dans sa virilité.* »
- la douleur : 23,4% (n=18/77)
- l'incontinence : 5,2% (n=4/77)
- la tristesse : 3,8% (n=3/77)
- la fatigue, la présence de l'enfant, le blocage du mari : 1,3% (n=1/77)

Parmi celles qui ne souffraient pas de maux soit 30,6% (n=34/111) des femmes, 7 femmes ont eu une césarienne. Ainsi, 63,2% (n=12/19) des césariennes ont exprimé au moins une difficulté lors de la reprise de la sexualité.

23,4% des femmes souffraient de douleur lors de la reprise de la sexualité. Cela concernait pour 25% des femmes, celles ayant subi une épisiotomie, pour 15,8% les césarisées, pour 14% les femmes ayant eu une DVS et pour 11,1% les femmes ayant eu un PI.

Selon le test du Chi2, il n'y a pas de différence significative entre le mode d'accouchement (voie basse spontanée, extraction instrumentale, césarienne) et la douleur ($p=0,252$).

1.7 Sexualité après l'accouchement

Selon le test du Chi2, il existe un lien significatif entre la satisfaction sexuelle pendant la grossesse et au moment de la reprise de la sexualité ($p<0,001$).

Le critère de jugement était le même qu'avant et pendant la grossesse.

- TE : 6,3% (n=7/112) « *les retrouvailles après ces événements furent parfaites* »
- E : 22,3% (n=25/112)
- ME : 50,9% (n=57/112) « *je ne sentais pas grand chose.* »
- NE : 20,5% (n=23/112) « *maladresse, manque de gestes rassurant de la part de mon mari* », « *reprise en faveur du désir de mon conjoint et non du mien.* »

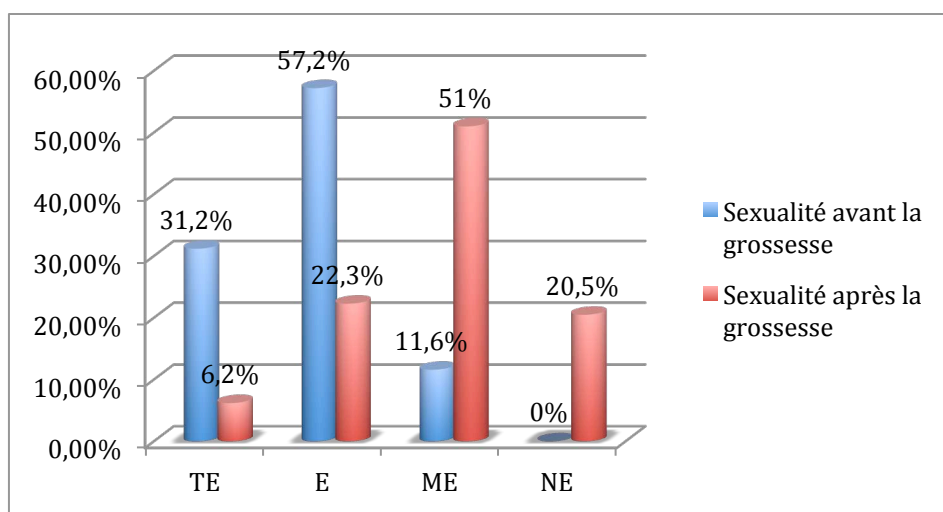


Figure 2 : Degré de satisfaction sexuelle avant et après la grossesse

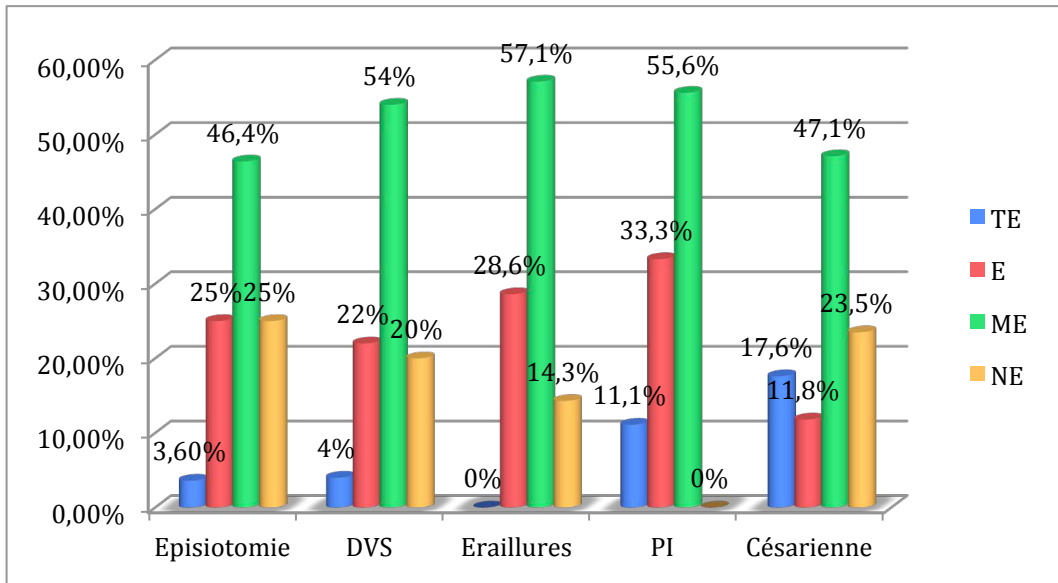


Figure 3 : Degré de satisfaction sexuelle à la reprise de la sexualité selon le mode d'accouchement

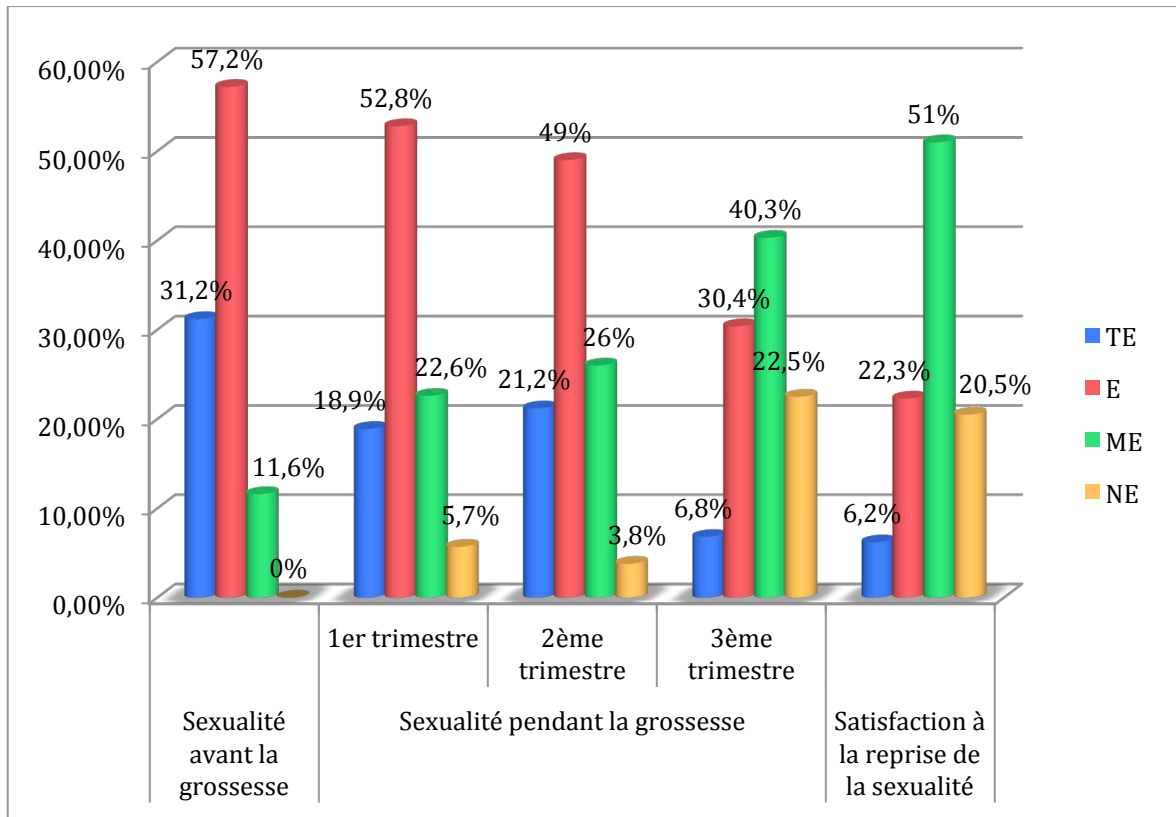


Figure 4 : Evolution du degré de satisfaction sexuelle avant, pendant et après la grossesse

1.8 Communication

Parmi les 69,4% (n=77/111) des femmes souffrant de maux :

- 6,5% (n=5/77) n'ont pas pu en parler ni avec leur conjoint ni avec quiconque et se sont isolées. « *Je n'osais pas lui en parler, j'avais peur* », « *je niais le temps passé sans rapports.* »
- 11,7% (n=9/77) n'en ont parlé qu'avec leur sœur, leur amie ou leur sage-femme.
- 33,8% (n=26/77) n'en ont parlé qu'avec leur conjoint, « *il était très compréhensif, ça a suffi.* »
- 48% (n=37/77) en ont parlé avec leur conjoint mais également avec leur sœur/amie (n=18), la sage-femme (n=14), le gynécologue (n=8) puis leur mère (n=3) et le médecin traitant (n=1).

1.9 Image du corps

44,7% (n=51/114) des femmes ne se sentaient pas à l'aise avec leur corps au moment de la reprise de la sexualité. 39 femmes ont donné des raisons à ce malaise.

La prise de poids est l'élément principal pour 48,7% (n=19/39) d'entre elles « *C'était difficile d'accepter sa nouvelle morphologie, ayant pris 36 kilos, les débuts ont été difficiles moralement* », puis le ventre mou pour 23,1% (n=9/39). S'ensuit la perte de confiance en soi jusqu'à aller à un dégoût de soi pour une femme, les pertes de lait qui deviennent gênantes, perte de sensation.

75% (n=24/32) des femmes très épanouies ou épanouies lors de la reprise des rapports sexuels sont à l'aise avec leur corps.

1.10 Allaitement maternel

64,9% (n=74/114) des femmes ont allaité. 77% (n=57/74) des femmes ont repris une sexualité pendant l'allaitement.

19,3% (n=11/57) de ces femmes ont trouvé une amélioration dans la qualité des rapports sexuels suite à l'arrêt de l'allaitement maternel.

23% (n=17/74) des femmes ont repris une activité sexuelle après l'arrêt de l'allaitement.

La durée moyenne de l'allaitement était de 4 mois.

La moyenne de la reprise de la sexualité est de 6 semaines pour les femmes qui allaitaient. Pour les femmes qui n'allaitaient pas, la moyenne est de 7 semaines.

54,1% des femmes qui allaitent ont repris une sexualité dans les 6 premières semaines versus 51,4% des femmes qui n'allaitent pas.

Le test du Chi2 n'a pas retrouvé de différence significative entre le délai de reprise de la sexualité et le mode d'alimentation de l'enfant ($p=0,781$).

1.11 Réducation périnéale

64,3% (n=74/115) des femmes ont réalisé la rééducation périnéale dont 87,8% (n=65/74) avec une sage-femme.

22,7% (n=15/66) des femmes ont trouvé une amélioration quant à la qualité du rapport sexuel après la rééducation périnéale que ce soit avec une sage-femme ou un kiné.

10,8% (n=8/74) des femmes ont repris les rapports après la rééducation périnéale.

1.12 9 mois après l'accouchement

Il était demandé aux femmes de comparer leur sexualité avant la grossesse et à distance de l'accouchement.

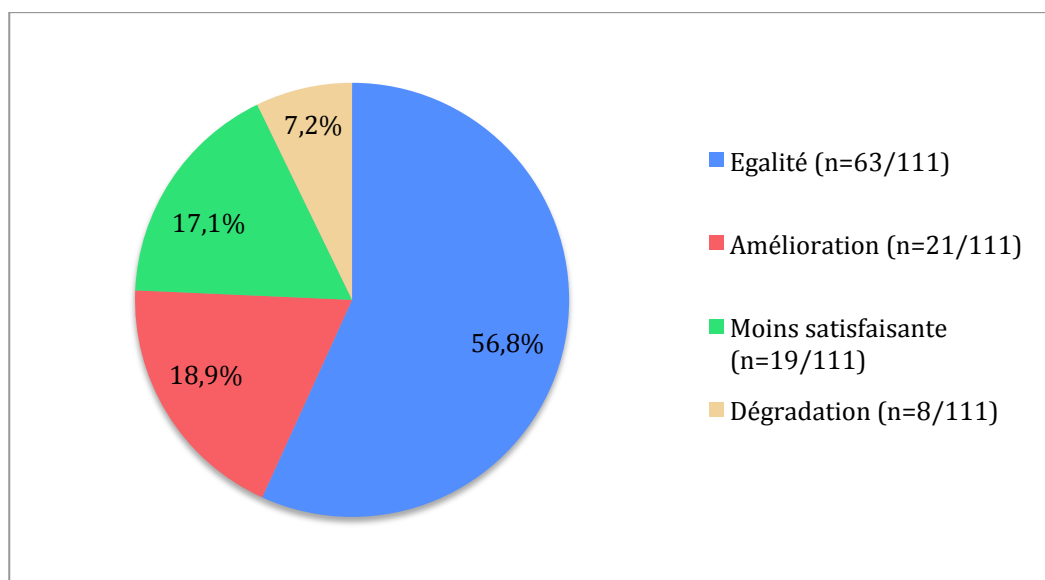


Figure 5 : Comparaison de la sexualité 9 mois après l'accouchement par rapport à leur sexualité avant la grossesse.

D'après les femmes interrogées, il faut en moyenne 4 mois pour retrouver la satisfaction sexuelle d'avant la grossesse.

1.13 Influence de la sexualité

Pour 68,4% (n=78/114) des femmes, la reprise de la sexualité a eu une influence sur : (plusieurs réponses étaient possibles)

- leur vie de couple pour 94,9% (n=74/78) des femmes:
 - positivement dans 91,9% des cas, « la complicité retrouvée et reformer un couple à deux », « redevenir une femme et ne plus être qu'une maman ».
 - négativement dans 8,1% des cas
- la relation avec leur enfant : positivement pour 28,2% (n=22/78) des femmes.
- leur vie professionnelle : positivement pour 19,2% (n=15/78) des femmes.

1.14 Informations

Au moment de la visite de sortie de la maternité, 54,4% (n=62/114) des femmes n'ont pas reçu d'informations concernant la reprise de la sexualité.

Durant toute la grossesse et le post-partum, 52,6% des femmes (n=60/114) n'ont pas reçu d'informations dont 20% (n=12/60) ne jugeaient pas nécessaire d'en recevoir, *« ce n'était pas une source d'inquiétude. »*

Sur les 54 femmes ayant reçu des informations, 45 en ont reçu de la part des sages-femmes.

Seulement 1 femme sur les 54 a reçu des informations de sa mère, 2 de leur sœur et 5 de leurs amies. 4 femmes se sont documentées dans les livres, magazines ou sur internet. Le médecin traitant a délivré des informations pour 2 femmes.

87% (n=47/54) des femmes ayant reçu des informations trouvent que cela leur a été bénéfique.

Sur les 54 femmes ayant reçu des informations, 22 en ont reçu lorsqu'elles étaient seules avec le professionnel de santé, 30 étaient en couple et 1 en a reçu seule et en couple.

Sur les 22 femmes ayant reçu des informations seules, 90,9% (n=20) d'entre elles auraient aimé en recevoir en présence de leur conjoint.

Sur les 30 femmes en ayant reçu en couple, 30% (n=9) auraient aimé en recevoir seule et 13,3% (n=4) auraient préféré en avoir seule et en couple.

70,4% (n=81/115) des femmes pensent que la délivrance des informations concernant la sexualité devrait se faire en couple.

21,8% (n=25/115) des femmes pensent que bénéficier des informations seules serait mieux.

7,8% (n=9/115) des femmes pensent que les professionnels de santé devraient parler de sexualité à la femme seule mais également apporter des informations au papa lors de consultations en couple : *« il est important de pouvoir poser les question « gênantes » seule mais aussi d'être informé en couple pour le papa. »*

L'avis des femmes a été demandé concernant la meilleure période, selon elles, pour recevoir des informations et par quel professionnel de santé.

Le moment le plus propice à la délivrance des informations concernant la reprise de la sexualité serait : *(plusieurs réponses pour une même femme)*

Les suites de naissances pour 43,2% (n=48/111) des femmes.

La VPN pour 37,8% (n=42/111) des femmes.

La rééducation périnéale pour 37,8% (n=42/111) des femmes.

La PNP pour 30,6% (n=34/111) des femmes.

Les consultations prénatales pour 9,9% (n=11/111) des femmes.

L'entretien du 4^{ème} mois pour 8,1% (n=9/111) des femmes.

Plus tard pour 2,7% (n=3/111) des femmes.

Le professionnel le plus à même de délivrer ces informations serait : *(plusieurs réponses pour une même femme)*

Les sages-femmes pour 85,7% (n=96/112) des femmes.

Les gynécologues pour 42,9% (n=48/112) des femmes.

Les sexologues pour 7,1% (n=8/112) des femmes.

Les médecins traitants pour 5,4% (n=6/112) des femmes.

Les psychologues pour 2,7% (n=3/112) des femmes.

2. Concernant les sages-femmes

Toutes les informations décrites ci-après se basent sur les réponses de 31 sages-femmes.

2.1 Situation des Sages-Femmes

2.1.1 Le sexe

6,5% (n=2) de sages-femmes ayant répondu sont des hommes.

93,5% (n=29) de sages-femmes ayant répondu sont des femmes.

2.1.2 L'âge

L'âge moyen des sages-femmes est de 40 ans.

2.1.3 *La durée de travail*

L'ancienneté moyenne des sages-femmes est de 18,3 ans.

2.1.4 *Le lieu de travail*

25,8% (n=8) des sages-femmes travaillent en libéral.

74,2% (n=23) des sages-femmes travaillent à l'hôpital.

2.2 Formation sur la sexualité

67,7% (n=21) des sages-femmes disent ne pas avoir reçu de formation durant les études ou par la suite.

16,1% (n=5) des sages-femmes ont reçu une formation durant les études.

16,1% (n=5) des sages-femmes ont reçu une formation autre.

4 sages-femmes sur ces 5 ont reçu une formation avec une sage-femme sexologue.

2.3 Sexualité pendant et après la grossesse

12,9% (n=4) des sages-femmes ne parlent pas de sexualité par manque de temps, de formation ou n'y pensent pas.

Pour 61,3% (n=19) des sages-femmes, les femmes osent parler de sexualité en posant des questions.

Pour 38,7%(n=12) des sages-femmes, les femmes n'osent pas parler de sexualité.

9,7% (n=3) des sages-femmes ne sont pas à l'aise avec le sujet.

100% (n=31) des sages-femmes pensent qu'il est important de parler de sexualité.

2.4 Les connaissances des sages-femmes

58,1% (n=18) des sages-femmes jugent leurs connaissances sur ce sujet insuffisantes et aimeraient une formation complémentaire.

41,9% (n=13) des sages-femmes jugent leurs connaissances suffisantes et ne souhaiteraient donc pas de formation complémentaire. »

2-5 Informations

Il a également été demandé aux sages-femmes de citer le ou les moments les plus favorables ainsi que le ou les professionnels de santé pour délivrer des informations sur la sexualité.

Le moment le plus propice pour transmettre des informations sur la sexualité aux femmes serait : *(plusieurs réponses pour une même sage-femme)*

La VPN pour 58,1% (n=18) des sages-femmes.

La PNP pour 54,8% (n=17) des sages-femmes.

Les suites de naissances pour 48,4% (n=15) des sages-femmes.

Les séances de rééducation périnéale pour 45,2% (n=14) des sages-femmes.

Les professionnels les plus à même de prodiguer ces informations seraient : *(plusieurs réponses pour une même sage-femme)*

Les sages-femmes pour 93,5% (n=29) des sages-femmes.

Les sexologues pour 54,8% (n=17) des sages-femmes.

Les gynécologues pour 25,8% (n=8) des sages-femmes.

Les médecins traitants pour 12,9% (n=4) des sages-femmes.

Les psychologues pour 3,2% (n=1) des sages-femmes.

PARTIE 3 :
DISCUSSION

1. Les forces et les faiblesses de l'étude

1.1 Les forces de l'étude

Tout d'abord, le sujet a semblé intéresser les femmes puisqu'un seul refus a été enregistré lors de la distribution des questionnaires. Sur les 120 questionnaires, 116 ont été rendus soit un taux de réponse de 96,7%.

Par ailleurs, l'utilisation de divers outils (questionnaires pour les femmes, pour les sages-femmes et les entretiens auprès des femmes) viennent alimenter et appuyer concrètement l'avancée des propos de cette étude. Notamment, les entretiens ont permis un échange direct et intime donnant vie à ce mémoire.

1.2 Les faiblesses de l'étude

La question « Qu'est-ce que la sexualité pour vous ? » aurait peut-être dû être posée afin de mieux préciser la période de la reprise de la sexualité. Cependant, l'analyse de chaque réponse n'aurait pu être exploitée dans ce

L'enquête n'interrogeait que les femmes. Il aurait été intéressant de recueillir également l'avis des hommes. Une collègue réalisant une partie de son mémoire sur ce sujet nous apportera la vision des hommes sur la sexualité.

Au fil du recueil de données, certaines questions posées se sont révélées inexploitable ou ayant peu d'intérêt. Comme celle de la contraception à la sortie de la maternité, question qui n'a finalement pas été exploitée. De plus, le choix de l'utilisation du questionnaire donne la possibilité aux femmes de ne pas répondre à certains items.

Le questionnaire portait sur la première grossesse des femmes ayant abouti à la naissance d'un enfant et pour certaines cela datait de 6 ans. Cela pose la question du souvenir. Cependant, ce point peut être vu autrement ; les femmes ont le recul suffisant ce qui leur permet de mettre des mots clairs et précis sur les émotions ressenties.

Seulement 31 questionnaires pour les sages-femmes ont été remplis. Cet échantillon est trop restreint pour le généraliser à l'ensemble de la profession. C'est une démarche qualitative permettant de recruter des informations afin de faire évoluer les pratiques.

2. Données générales

Le but de cette étude était de montrer l'impact de la naissance du premier enfant sur la reprise de la sexualité d'un couple. La comparaison des résultats de notre étude à ceux de la littérature nous permettra de faire quelques observations sur le vécu des femmes durant le post-partum.

L'âge moyen de la maternité selon l'INSEE 2013 est de 30,1 ans. Ce chiffre est retrouvé dans cette étude puisque l'âge moyen des femmes est de 30,5 ans [31].

Selon le bilan démographique de l'INSEE de 2013, la majorité des femmes ont deux enfants. La population étudiée ici concerne majoritairement (78,2%) des femmes ayant accouché de leur deuxième enfant [31].

De même, cette étude dévoile un taux de 22,6% de femmes n'ayant aucun revenu (chômage/femmes au foyer). Selon l'INSEE, 25% des femmes n'auraient aucune ressource.

La population étudiée est représentative de la population française.

La majorité des femmes (88,4%) étaient épanouies dans leur sexualité avant la grossesse. Il existait cependant 13 femmes qui n'étaient que moyennement épanouies. En effet, 10 d'entre elles avouaient souffrir de troubles sexuels avant la grossesse et notamment de baisse de libido.

3. La première grossesse

Pour pouvoir dialoguer sur la reprise de la sexualité dans le post-partum, il était indispensable de s'intéresser à la modification de la sexualité durant la grossesse.

3.1 Les modifications de la sexualité pendant la grossesse

12 femmes n'avaient pas désiré leur première grossesse. Une grossesse non désirée peut effectivement influencer sur la sexualité puisque les modifications engendrées par celle-ci sont d'autant plus difficiles à accepter que l'on n'y est pas préparé.

Contrairement aux théories de Master et Johnson, l'étude réalisée ne retrouve que faiblement l'amélioration sexuelle au 2^{ème} trimestre [32]. Pour seulement 22,6% des

femmes, la satisfaction sexuelle s'est améliorée par rapport au 1^{er} trimestre. Cet épanouissement lors de la sexualité peut s'expliquer par une certaine féminité ressentie lors de la grossesse et par une modification des sensations notamment par la turgescence du vagin, décrit par Master et Johnson. Une femme déclarait : « *ma libido était exacerbée comme jamais, je me sentais femme.* » Bergeret-Amselek élargit la définition du concept de « maternité » de Racamier à « une étape existentielle clef dans l'éclosion de l'identité d'une femme sur le parcours de sa féminité ou féminité en pleine croissance » [33].

Kouakou K.P montre une diminution de la satisfaction des rapports sexuels tout au long de la grossesse [34]. Cette diminution correspond à l'observation faite durant notre étude pour 53% des femmes. Une augmentation du nombre de femmes non épanouies au troisième trimestre est observée. En effet, 4,7% des femmes sont non épanouies au cours des deux premiers trimestres, ce chiffre est pratiquement multiplié par 5 pour atteindre 22,5% au troisième trimestre (Figure 1, p.14). De même, le nombre de femmes ayant des rapports diminue au fil des trimestres : « *Il n'y a pas eu de rapports au troisième trimestre, nous n'étions pas à l'aise avec le gros ventre et le plaisir provoquait des contractions.* »

Notre étude montre un faible pourcentage (7,8%) de femmes n'ayant pas eu de rapports sexuels durant la grossesse. Ce chiffre peut s'expliquer par des problèmes d'ordre médical qui contre-indiquent les rapports ou des difficultés relationnelles : « *on a essayé un peu au début, on s'est forcé, l'un comme l'autre. Moi, je n'avais pas d'envie physique, mon mari avait plus peur.* » Nous retrouvons également une réticence émanant souvent des conjoints, « *mon mari n'y arrivait pas, peur de gêner le bébé* », « *mon conjoint avait peur, sentir le bébé bouger était beaucoup plus troublant* », « *c'est le fait de savoir que y avait bébé dedans, c'est un blocage psychologique.* ». La grossesse est à l'origine de nombreuses modifications psychologiques et physiques pouvant se répercuter sur la sexualité du couple. Ce dernier n'étant pas préparé à un tel bouleversement, il peut alors voir apparaître des anxiétés injustifiées et disproportionnées.

C'est pourquoi les couples ont besoin d'informations pour comprendre ces changements et savoir s'adapter. Afin de déculpabiliser, une information appropriée à chaque couple devrait leur être délivrée [35].

3.2 Parler de sexualité pendant la grossesse

La sexualité reste pour beaucoup de femmes un sujet tabou. Parmi celles qui ont participé à la PNP, la moitié d'entre elles n'ont pas osé poser de question sur ce thème et ainsi n'ont pas obtenu toutes les informations qu'elles souhaitaient : *« je pense que si une personne était venue pour m'en parler, j'aurais écouté bien volontiers mais je n'aurais pas fait la démarche de moi même. »* La pudeur est un facteur prédominant mais les femmes disent également que le sujet est rarement abordé spontanément par le professionnel de santé. Il est possible alors de penser que les femmes accepteraient plus facilement de parler de sexualité si c'était le cas.

70% des femmes n'ayant pas eu d'information sur la sexualité durant la grossesse auraient aimé en recevoir afin d'obtenir des réponses à leur question. Il en est de même pour 74% des femmes concernant la sexualité après l'accouchement : *« j'aurais aimé en avoir, ça m'aurait permis de me rassurer et de me dire que finalement j'étais normale. »* Ces chiffres montrent bien qu'il existe un réel manque d'information alors que les femmes sont demandeuses tant pour la sexualité durant, qu'après la grossesse.

4. La sexualité dans le post-partum

4.1 La reprise de la sexualité

Selon certains auteurs, 57% des femmes retrouvent une sexualité à 6 semaines du post-partum [36] [37]. Nous retrouvons sensiblement ce même pourcentage dans notre étude qui comptabilise un chiffre de 54%.

Le délai moyen retrouvé concernant la reprise de la sexualité est de 7 semaines. Glazener CM, dans son étude, a également trouvé un résultat similaire [38]. Une femme parmi notre population a repris la sexualité 1 an après l'accouchement ce qui a augmenté notre moyenne. Il aurait été intéressant de s'interroger sur cette reprise si tardive, sous forme d'entretien. Cependant, les questionnaires étant anonymes, cela n'a pas été possible.

Worantat W et Andrews V, dans leurs études, ont montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre le délai de la reprise des rapports et le mode d'accouchement [39] [40]. Il aurait été possible de penser que les femmes ayant eu un accouchement par

voie vaginale reprenaient les rapports plus tardivement que les femmes césarisées. Parallèlement, nous avons également constaté qu'il n'y avait pas de différence significative entre le délai de reprise et l'état périnéal. Cela vient corroborer l'aspect plurifactoriel de la relation sexuelle : l'environnement, les facteurs relationnels, psychologiques sont également fondamentaux. La première hypothèse émise est ainsi rejetée.

C'est pratiquement un couple sur deux qui reprend une sexualité à la demande du conjoint. Ce résultat pourrait être expliqué par l'ignorance des conjoints des diverses modifications qui se sont opérées chez leur compagne du fait de l'accouchement. Pour seulement 5,3% des couples, la femme est à l'initiative de la reprise de la sexualité.

Le vécu de l'accouchement se situe sur deux plans pour la femme: physique et psychologique. Pour le conjoint, ce vécu se situe sur le plan psychologique mais avec une perception parfois différente de sa femme après l'accouchement sur le plan physique et psychologique ce qui peut freiner la reprise des rapports sexuels. Les craintes et la peur de faire mal peuvent être des constituants de cet aspect psychologique.

La présence du compagnon lors de la délivrance des informations sur la reprise de la sexualité pourrait permettre à de nombreux couples de mieux se comprendre et de dialoguer.

Pour la grande majorité des femmes, il y a eu une pénétration lors du premier rapport sexuel ce qui n'est pas retrouvé dans la littérature. Les femmes de notre étude ont pu considérer la reprise de la sexualité comme un rapport sexuel. Or, il a pu y avoir rapprochement à caractère sexuel sans pour autant y avoir pénétration.

4.2 Les appréhensions et les difficultés à la reprise de la sexualité

Von Sydow K a prouvé qu'après la naissance du premier enfant, l'entente sexuelle avait tendance à diminuer. 14% des femmes disent à ne pas avoir eu de problèmes quant à la reprise des rapports [41]. Cette étude vient conforter nos chiffres, puisque 13,3% des femmes n'ont eu aucune difficulté ni appréhension. Barrett a montré une nette diminution du pourcentage de femmes ne souffrant d'aucune plainte avant et après la grossesse passant de 62% à 17% [42]. Notre étude est quelque peu différente mais nous retrouvons cette dévaluation puisqu'avant la grossesse, 91,2% des femmes ne souffraient d'aucune

plainte dans leur vie sexuelle, ce chiffre a chuté à 30,6% à la reprise de la sexualité après l'accouchement.

Ainsi, une grande majorité de femmes ont exprimé au moins une difficulté quant à la reprise de la sexualité tant dans la littérature que dans notre étude.

Rollini C en listant les dysfonctions les plus fréquentes durant le post-partum place le trouble du désir en premier [43]. Il apparaît en effet comme le trouble principal dans plusieurs études et notamment dans celle de Kouakou KP [44] puisque 81,6% des femmes décrivent une baisse de désir. 65% des femmes de notre étude expriment une diminution de la libido ce qui représente un pourcentage inférieur à celui de Kouakou KP. Cependant, c'est également la première difficulté rencontrée chez les femmes de notre population. Il en est de même pour l'étude de Barrett G, comme dans la plupart des études, qui déclare comme principales difficultés sexuelles au moment du post-partum la baisse de libido, la sécheresse vaginale et la douleur. Nous retrouvons également ces trois problèmes (respectivement 65%, 37,6% et 23,4%). Néanmoins la difficulté à atteindre l'orgasme apparaît dans notre étude en troisième position avec un pourcentage de 32,5% relayant la douleur à la quatrième place. Nous nous sommes intéressés à l'orgasme par un autre biais, notre questionnaire étant celui du degré de satisfaction sexuelle. La femme pouvait très bien se sentir épanouie lors d'un rapport sans pour autant atteindre l'orgasme.

Les français Langer B et Minetti A se sont intéressés aux complications de l'épisiotomie. Il semblerait que le taux de dyspareunies soit plus élevé les premières semaines du post-partum pour les femmes ayant subi une épisiotomie [45]. Nous retrouvons en effet un plus grand pourcentage de femmes exprimant une douleur après une épisiotomie (25%) que celles ayant eu une césarienne (16%), une DVS (14%) ou un PI (11%). Les femmes ayant eu une déchirure spontanée éprouveraient moins de douleur lors de la reprise de la sexualité que celles ayant subi une épisiotomie. Il est ainsi important d'encourager le non recours systématique à l'épisiotomie lors d'un accouchement et nos pratiques actuelles de sage-femme vont en ce sens. Cependant, Andrews V a prouvé qu'il n'y avait pas de différence significative entre la douleur et l'état périnéal [40]. Nous avons également retrouvé cela dans notre étude.

La douleur est subjective et appréhendée différemment selon chacun. 78,6% des femmes craignaient beaucoup la douleur mais seulement 23,6% d'entre elles ont pu la

ressentir : « *j'appréhendais beaucoup mais au final ça s'est très bien passé* ». La méconnaissance de l'anatomie et la représentation souvent fautive de la déchirure pourrait expliquer cette différence. Il est important pour la femme de se réapproprier son corps et notamment cette intimité afin d'éviter toute appréhension disproportionnée. Des informations et des conseils propres à chaque femme pourraient leur permettre d'avancer sereinement dans cette reconstruction. Informer pour rassurer mais également pour autoriser. Beaucoup de femmes attendent « le feu vert » de la sage-femme ou du médecin lors de la visite post-natale pour reprendre une sexualité.

Notre étude interrogeait également des femmes ayant accouché par césarienne car en effet il serait possible de croire que ces femmes n'aient aucune difficulté sexuelle à proprement parler. Or, Handa VL a prouvé qu'elles connaissaient également des difficultés pour 2/3 d'entre elles [46]. Il a été possible de mettre en valeur l'existence de problèmes pour plus de 60% des femmes césarisées de notre étude au moment de la reprise des rapports. « *La première fois, on avait arrêté avant la fin, j'étais trop tendue à cause du stress. Ce n'était pas terrible. J'avais peur de l'ouverture de la cicatrice. J'ai eu très mal* ». La demande d'une césarienne sans raison médicale, ayant simplement pour but la préservation du périnée ne serait donc pas justifiée. La césarienne ne préserverait pas des difficultés sexuelles dans le post-partum.

4.3 L'allaitement maternel

Il a été très intéressant de questionner les femmes sur le mode d'alimentation de leur enfant puisque, selon la littérature, l'allaitement maternel influencerait sur la reprise de la sexualité après l'accouchement.

65% de femmes ont allaité leur enfant à la sortie de la maternité. Notre étude se rapproche de la population générale puisque le taux d'allaitement maternel en France en 2012 était de 69% [50]. Une étude canadienne s'est intéressée au délai de la reprise des rapports selon le mode d'alimentation de l'enfant. 38,7% des femmes qui allaitaient ont repris une sexualité 6 semaines après l'accouchement contre 58,2% des femmes qui n'allaitaient pas [51]. Notre étude n'est pas en lien avec celle-ci puisque les chiffres sont respectivement de 54,1% et 51,4%. Nous avons également retrouvé une moyenne du délai de reprise de la sexualité après l'accouchement plus bas chez les femmes qui ont allaité : 6 semaines versus 7 semaines. Ceci coïncide avec l'étude de Master et Johnson qui a révélé

un intérêt sexuel plus précoce des femmes allaitantes que celles qui n'allaitaient pas [9]. De plus, notre étude n'a pas retrouvé de différence significative entre le délai de reprise de la sexualité et le mode d'alimentation de l'enfant ($p=0,781$). Il n'y a pas d'explication qui puisse être donnée au vu de ces résultats.

4.4 La rééducation périnéale

Pratiquement 23% des femmes ayant réalisé des séances de rééducation périnéale ont exprimé une amélioration dans leur sexualité. C'est un pourcentage qui ne peut être négligé. Ces séances, au nombre de 10 pour la plupart des femmes, se révèlent être fondamentales autant sur le plan physique que relationnel et psychique. Elles ont pour but la tonification du périnée mais également une prise de conscience de l'état périnéal, des muscles et des sensations. C'est un moment privilégié où un climat de confiance s'installe permettant d'aborder la sexualité. Ces séances sont réalisées le plus souvent par les sages-femmes libérales. Ces dernières, interrogées dans notre étude, parlent toutes de la sexualité avec leurs patientes. Les femmes sollicitent en grande majorité les sages-femmes pour la réalisation de cette rééducation.

Les femmes voient en ces séances une continuité de leur suivi dans la maternité. Il est important de souligner la nécessité et la finalité des séances de rééducation du périnée même après une césarienne afin d'avoir une participation avoisinant les 100%. Cela permettrait une amélioration de la sexualité et d'aborder ce thème avec toutes les femmes au moins une fois durant la maternité.

5. Communication, image du corps et degré de satisfaction sexuelle

5.1 Communication avec l'entourage et le professionnel de santé

Bien que plus des trois quarts des femmes parlent de leurs problèmes ou inquiétudes à leur mari, plus de la moitié d'entre elles en parlent également à d'autres personnes (professionnels de santé, famille, amis) : « *j'en parlais à de la famille, des bonnes copines pour savoir comment ça c'était passé pour elles* ». Nous observons que seulement 28,6% des femmes parlent de leurs problèmes aux professionnels de santé (sages-femmes ou gynécologues). Il est alors possible de s'interroger sur ce peu de

demande auprès de ces professionnels. La pudeur, rapportée par un grand nombre de femme notamment pendant les cours de PNP, pourrait être une réponse.

Mais cette réticence ne pourrait-elle pas s'expliquer par le temps relativement court imparti à une simple consultation pour un sujet qui réclame une attention particulière et chronophage ?

La communication est un lien très important qui permet une réassurance auprès de la femme. Il est alors possible de se demander qui doit aborder la question de la sexualité. La patiente ? Le professionnel de santé ?

Le besoin de réconfort est souvent nécessaire de la part du conjoint ou du professionnel de santé, notamment sur la « normalité » de toutes ces modifications : *« cela est important pour rassurer les mamans, leur dire que c'est normal, qu'on est comme ça et puis chacun son rythme, chacun son vécu », « j'ai culpabilisé de cette absence totale de libido ».*

L'étude d'Olsson en évoque l'importance que cela soit physiquement ou psychiquement [25]. Il est nécessaire d'expliquer la normalité du changement corporel qui s'installe durant toute la grossesse et bien après, de rassurer sur la baisse de libido, de la sécheresse vaginale et de prodiguer des conseils.

Le moral et l'estime de soi ont besoin d'être soutenus dans le post-partum, dans l'acceptation du nouveau rôle de la femme. C'est ici qu'apparaissent d'autres difficultés, notamment celle de la femme qui ne se voit plus que mère et non « amante ». *« Notre rôle de mère passe en priorité, on veut tellement être parfaite qu'on laisse notre rôle de femme de côté. »* Parfois, les hommes ont du mal à retrouver en leur compagne l'amante qu'elle était face à la mère qu'elle est devenue: *« le papa faisait un blocage, à ses yeux j'étais une maman et non pas une amante ».*

5.2 Le vécu des modifications corporelles

Il était primordial d'aborder la question de l'image que la femme avait de son corps car, comme nous l'avons vu précédemment, la silhouette se modifie, épouse des formes encore inconnues jusque là.

L'étude d'Olsson A nous éclaire sur le vécu des modifications corporelles après l'accouchement. La plupart des femmes se trouvaient moins désirables [25]. Notre étude rejoint celle d'Olsson A. Le fait de se sentir moins attractive était énoncé par la plupart des femmes, *« je ne sentais rien du tout et ne me sentais pas désirable. »* Près de la moitié de

ces femmes expose comme premier problème la prise de poids puis le ventre « mou ». Des synonymes ont été utilisés pour décrire leur ventre : « flasque », « élastique », « élargie » ou « détendu ». Une femme est allée jusqu'à exprimer un dégoût d'elle-même vis à vis de son corps. Selon Olsson A, les femmes considèrent les changements pendant la grossesse comme un aspect négatif de la maternité et ne sont pas fières de l'image que renvoie leur corps. Une femme de notre étude déclarait : *« les miroirs, je les évitais. La grossesse transforme beaucoup notre corps et c'est difficile à accepter. C'est une intrusion. Je n'ai pas apprécié le fait d'être enceinte. Ce que cela faisait sur mon corps. Je n'aimais pas mon état, je me sentais mal dans ma peau, je me sentais un peu comme empoisonnée, malade. Je me sentais diminuée enceinte. »*

Néanmoins, certaines femmes expriment une satisfaction sexuelle différente et meilleure qu'auparavant. Dans notre étude, il est possible de constater une amélioration de la satisfaction sexuelle chez 19% des femmes, *« l'approche était différente mais plus épanouissante. »* Ce résultat n'est pas négligeable et pourrait s'expliquer par une meilleure connaissance du corps selon Olsson A. Il est également envisageable de penser que la maternité en elle-même puisse « libérer » certaines femmes et laisser ainsi s'exprimer une féminité absolue. Ces dernières ne se sont jamais senties aussi épanouies dans leur féminité que durant leur grossesse. *« C'était merveilleux de voir le bout de son ventre grossir de jour en jour. Mon conjoint, lui, était fasciné par mon ventre, il n'en revenait pas de voir comment il pouvait grossir autant de jour en jour. Il était émerveillé. C'était des sensations intenses que je ne connaissais pas. »*

Une étude américaine en 2010 a démontré une corrélation entre la satisfaction sexuelle de la femme et l'image qu'elle a d'elle-même [49]. Ceci se retrouve dans notre étude puisque 75% des femmes épanouies ont une bonne image de leur corps lors de la reprise de la sexualité.

Il n'est pas facile pour les femmes d'assumer de tels changements lorsqu'elles n'y sont pas préparées et de s'accepter dans une nouvelle sexualité. Nous avons vu qu'il existait un lien entre la satisfaction sexuelle et l'image que la femme a d'elle-même. Une prévention durant la grossesse sur la prise de poids semble nécessaire. Outre le fait que cela complique certaines grossesses et l'accouchement, une prise de poids excessive peut entraîner une mauvaise image de soi et se répercuter sur la sexualité. Une réassurance appropriée de la part des professionnels de santé ainsi qu'une information sur le délai

nécessaire à cette « reconstruction corporelle » ne pourraient qu'aider les femmes durant cette période d'adaptation.

5.3 La satisfaction sexuelle

La sexualité dans le post-partum apparaît fragilisée. Le degré de satisfaction sexuelle n'est plus le même et a nettement diminué après l'accouchement. En effet, le pourcentage de femmes ME a été multiplié par 5 quand celui des femmes TE a été divisé par 5. Quant aux femmes NE, elles représentent plus de 20%. (Figure 2, p18)

Nous pouvons constater que le mode d'accouchement n'influence pas le degré de satisfaction sexuelle. En effet, il existe autant de femmes césarisées qui sont non épanouies que très épanouies. De même, il y a autant de femmes ayant subi une épisiotomie qui sont non épanouies qu'épanouies. (Figure 3, p19) L'image que la femme a de son corps et les douleurs corporelles ressenties sont des facteurs personnels influençant le degré de satisfaction sexuelle.

Il nous avait semblé important de s'intéresser au vécu de la ou des déchirures afin d'avoir le ressenti de chaque femme. Cependant, il existait trop de disparités dans les résultats qu'aucune conclusion n'a pu être émise. Cette question nous permet juste de montrer que le vécu est subjectif et singulier.

La sexualité avant la conception conditionne celle de la grossesse qui elle-même influe sur celle du post-partum. La grossesse et l'accouchement sont des épreuves qui vont, dans la majorité des cas, altérer la qualité de la sexualité du couple. Plus un couple a une sexualité épanouie et « solide » avant la grossesse, plus la durabilité est assurée. La grossesse et le post-partum ne seront alors pas des épreuves insurmontables. Pour d'autres, cela le sera. Un certain nombre de couples se séparent peu après la naissance de leur enfant comme l'indique le Dr Geberowicz, dans le livre *Le Baby-clash* : « 20 à 25 % des couples se séparent dans les premiers mois après la naissance du bébé. Et ce chiffre est en progression constante. »

Certains auteurs ont émis l'hypothèse d'un lien entre le désir sexuel après l'accouchement, l'épanouissement et la satisfaction sexuelle pendant la grossesse [47]. Une sexualité épanouie durant la grossesse favoriserait une bonne entente sexuelle du couple dans le post-partum. Notre étude a permis d'exprimer un lien significatif entre la

satisfaction sexuelle pendant la grossesse et au moment de la reprise de la sexualité ($p < 0,001$). De son côté, Ahlborg T a cherché des facteurs permettant la bonne cohésion dans l'intimité du couple. Une sexualité épanouie pendant la grossesse, l'acceptation du rôle parental et la communication au sein du couple jouent un rôle important dans la vie sexuelle [48]. La PNP et l'accompagnement global par les sages-femmes autour de la maternité, notamment durant la grossesse, peuvent contribuer fortement à l'épanouissement du couple dans la parentalité et également dans leur vie intime.

Nous avons donc pu constater une diminution du degré de satisfaction sexuelle dans le post-partum. L'anxiété, les difficultés lors du rapport (douleurs, sécheresse vaginale), un manque de communication au sein du couple ou encore une mauvaise image du corps sont d'autant de facteurs variés et associés demandant une réadaptation de la vie intime du couple. Ainsi notre deuxième hypothèse est validée.

6. Un peu plus tard...

Le Dr Dudkiewicz-Sibony a déclaré : « Il a fallu neuf mois au ventre de la femme enceinte pour se faire il en faudra au moins autant pour se défaire. » Il nous est apparu indispensable d'évaluer la qualité de la sexualité à distance de l'accouchement. Nous aurions pu penser alors que 9 mois peuvent être nécessaire au couple pour retrouver la même sexualité qu'auparavant. Cependant, ce n'est pas ce que nous avons pu constater. En effet, pour 57% des femmes, la sexualité était similaire 9 mois après l'accouchement. Comme nous l'avons vu précédemment, la sexualité des femmes a pu s'améliorer suite à l'accouchement. Ce ressenti a été exprimé par 19% des femmes (Figure 5, p.22).

Néanmoins, presque un quart des femmes a décrit sa sexualité comme moins satisfaisante qu'auparavant dont 7% d'entre elles comme une sexualité qui s'était nettement dégradée (Figure 5, p.22). Ce terme est fort et pourtant, cela explique bien le fait que la sexualité d'un couple peut se dégrader suite à un accouchement. Il serait juste de se demander si pour ces femmes, d'autres facteurs extérieurs à la grossesse et à l'accouchement ne seraient pas responsables de cette dégradation.

Barret G s'est intéressé au taux de satisfaction sexuelle 6 mois après l'accouchement [42]. Pratiquement 40% des femmes ont exprimé une sexualité moins satisfaisante qu'auparavant contre 25% dans notre étude au bout de 9 mois, 50% comme similaire et 10% ont trouvé une amélioration. Il est probable qu'une amélioration de la satisfaction sexuelle puisse apparaître avec le temps.

Nous observons que la reprise de la sexualité a, pour 60% des femmes, une influence positive sur le couple : « *le fait de reprendre la vie sexuelle après être devenue maman m'a apporté le sentiment d'être une femme accomplie.* » Pour la plupart des couples, la sexualité est un facteur essentiel, fondamental de la cohésion du couple. « *C'est important, c'est ce qui fonde le couple, cela fait partie de la bonne entente.* » Néanmoins, pour 8,1% des femmes, la reprise de la sexualité a eu une influence négative sur l'entente du couple, « *l'utilisation de gel lubrifiant ne rendait pas l'acte naturel, je n'arrivais pas à me détendre, ça m'énervait, mon couple en a souffert.* »

Il aurait été intéressant, pour ces femmes, de pouvoir en parler avec un intime ou un professionnel. Les femmes nous indiquent que cette reprise a également eu une influence positive sur la relation avec l'enfant et sur le plan professionnel. Ceci explique l'impact d'une sexualité épanouie sur le couple lui-même mais également sur son environnement. Plus épanouie, la femme est plus à même d'affronter ses responsabilités tant familiales que professionnelles.

7. Les informations

Toutes les sages-femmes de notre étude considèrent la sexualité comme un sujet important et pour plus de 60% d'entre elles, la femme ose en parler spontanément. Pourtant, plus de la moitié des femmes, au nombre de 60 n'ont pas reçu d'information sur la sexualité durant leur maternité dont 48 auraient aimé en recevoir. Selon notre étude, il n'y a pas de moment plus propice qu'un autre pour donner ou recevoir des informations: « *peu importe pourvu que le praticien soit à l'écoute et la patiente en confiance !* »

Aborder ce sujet plusieurs fois durant la grossesse et le post-partum permettrait aux femmes de ne pas ignorer ces informations, « *tous les moments sont bons* ». Par ailleurs, il existe un sujet fortement lié à la sexualité, que les sages-femmes abordent systématiquement lors de la visite de sortie: la contraception. Et pourtant, plus de la moitié des femmes ne reçoivent aucune information sur la reprise de la sexualité quand la question de la contraception est posée : « *on ne m'a parlé que de la contraception* ». Les raisons exposées par les sages-femmes sont le manque de temps, de formation et le fait de ne pas toujours y penser. Il ne s'agirait pas d'exposer tous les aspects possibles mais

simplement d'informer afin de lever les appréhensions et d'autoriser à reprendre sa sexualité « quand on veut ». Ceci afin d'ouvrir la porte du dialogue pour ces femmes qui n'osent pas aborder le sujet. Même si certaines femmes ne sont pas très réceptives quelques jours après avoir mis au monde leur enfant, elles en auront au moins entendu parler et reviendront plus facilement poser des questions. Contrairement à ce que nous pourrions penser, dans les jours suivant la naissance de leur enfant, le sujet suscite intérêt et questions, surtout si l'information a pu être donnée en présence du père.

Ce corps qui a été « expertisé » tous les mois durant la grossesse va être lentement réapproprié. Les femmes ont parfois besoin que nous les autorisions à réinvestir leurs corps, que nous leur donnions « le feu vert » pour retrouver leur sexualité de couple. Cette sexualité est à redécouvrir. Elle sera peut-être sublimée par une féminité absolue, ne sera peut-être plus aussi épanouissante qu'avant de par l'épreuve de la maternité ou de l'accouchement, s'améliorera peut-être avec le temps ou ne se relèvera peut-être pas de cette épreuve. Il y a ainsi autant de couples que de situations à découvrir, à accompagner. Il est fondamental d'aborder ce sujet au moins une fois durant la grossesse. La maternité est un moment propice dans la vie d'une femme pour échanger librement sur la sexualité.

Notre étude montre que les femmes souhaitent la présence de leur conjoint lors de la délivrance des informations sur la sexualité. Ce souhait met l'accent sur le besoin des femmes d'être comprises par leur compagnon, « *un peu de réalisme sur les changements et de compréhension de la part de mon mari.* » De plus, même si la majorité des femmes souhaitent recevoir ces informations en couple, peut-être, à un moment donné, serait-il judicieux d'aborder le sujet seulement avec la femme afin que cette dernière puisse s'exprimer librement et sans retenue sur des questions intimes et personnelles.

Afin de délivrer les informations sur la sexualité, les femmes comme les sages-femmes pensent que le professionnel de santé le plus accessible est la sage-femme. Cette dernière se trouve au cœur de l'intimité des femmes. Cela lui permet une approche à la fois sur le plan physique et psychique, ce qui fait la singularité de ce métier.

Très peu de femmes ayant reçu des informations au cours de leur maternité recherchent des conseils supplémentaires (famille, amie, lecture, internet). Les explications délivrées par les professionnels de santé suffisent probablement aux femmes et correspondent à leurs attentes. En effet, 87% de celles qui ont reçu des informations ont

trouvé cela bénéfique. Cela les a rassurées, leur a permis de dédramatiser et leur a permis de mieux comprendre. « *C'est rassurant de savoir que les difficultés ressenties étaient normales et courantes* ».

67% des sages-femmes interrogées disent ne pas avoir reçu de formation sur la sexualité et la maternité. Pour certaines, c'est l'expérience personnelle qui sert de formation. Et pourtant, cela fait plus de 25 ans que l'enseignement de sexologie pendant les études de sages-femmes a été instauré. Seulement 5 sages-femmes ont eu recours à des informations ou formations sur la sexualité via un professionnel de santé (sage-femme sexologue ou sexologue). Ceci explique le fait que plus d'une sage-femme sur deux estime ses connaissances insuffisantes et souhaite une formation complémentaire. De plus, pratiquement 10% d'entre elles ne sont pas à l'aise avec le sujet, probablement par manque d'informations.

Une meilleure compréhension concernant les mécanismes et les difficultés de la sexualité du couple rencontrées lors de la maternité a été permise grâce à la littérature et à notre étude. Nous avons pu constater un très grand nombre d'appréhensions et de craintes disproportionnées concernant la reprise de la sexualité. Une information claire, précise et adaptée à chacun des couples permettrait sûrement une approche plus sereine de la sexualité dans le post-partum.

Il ne peut exister une solution unique en matière de sexualité puisque cette dernière est personnelle et teintée de subjectivité. C'est à la sage-femme et au médecin, de par leurs compétences et qualités, de délivrer des informations générales concernant la sexualité à tous les couples mais également de s'adapter à leurs besoins et leurs questionnements. La sexualité fait partie intégrante de la profession de la sage-femme et ce, d'autant plus depuis la loi HPST de juillet 2009 stipulant leur implication « dans des actions de prévention et d'éducation à la santé ». Ainsi, il est essentiel de favoriser, au niveau national, la formation des étudiants sages-femmes à la sexualité et ce, avec un professionnel compétent (sage-femme ou médecin sexologue), permettant une approche plus réaliste. Il est également important de soutenir la formation continue des sages-femmes sur ce sujet afin de répondre avec précision aux attentes des femmes. Il est possible de participer à des journées dédiées à la sexualité, voire à des formations diplômantes.

Von Sydow K exprime l'importance de l'information des couples sur la sexualité

pour le bien-être et la bonne entente entre les deux partenaires [41]. Il serait nécessaire que le professionnel de santé aborde en premier le sujet de la sexualité en couple et avec la femme seule. C'est un thème qui peut encore être tabou et ainsi mettre mal à l'aise. Le professionnel de santé doit être à l'écoute des femmes et des couples afin de les conseiller au mieux, de les aider à dédramatiser et surtout de leur expliquer la normalité de toutes les modifications existantes lors de la maternité. Ces informations se basent sur du « counseling » c'est-à-dire « une relation dans laquelle une personne tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels elle doit faire face » [52]. Il est important d'insister sur le fait que tout ce qui est échangé est confidentiel, que les professionnels de santé sont là pour répondre à toutes les attentes des femmes et surtout qu'aucun jugement n'est exprimé. Toutes ces choses faciliteraient la mise en confiance et ainsi l'ouverture de la femme sur ce sujet.

Le professionnel de santé en parlant de contraception, que ce soit durant la visite de sortie ou lors de la VPN, devrait systématiquement aborder le thème de la sexualité afin de dépister certaines difficultés facilitant l'accès à des consultations spécialisées. A ce propos, il devrait être dit à toutes les femmes enceintes ou non qu'il existe des consultations de sexologie possibles avec des sages-femmes ou des médecins sexologues si elles souhaitent un entretien particulier. C'est ce que rappelle l'OMS dans le guide du post-partum. Les informations et les conseils sur la vie sexuelle ont été identifiés comme un des besoins de la femme durant cette période qui devient alors une opportunité idéale dans la mise en avant des problèmes relevant de la santé sexuelle et de son fonctionnement [53]. A cela, il est important de rappeler la notion de santé sexuelle, définie par l'OMS en 1975 comme « l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux de l'être humain sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et un épanouissement de la personnalité, de la communication et de l'amour ». La santé physique et mentale est largement étayée lors de consultations. La santé sexuelle est reconnue comme une dimension du bien-être ; bien-être dont il est nécessaire de s'assurer. Il est alors facile de comprendre l'importance de s'enquérir de la bonne santé sexuelle au même titre que celle physique et mentale.

Beaucoup de femmes disent avoir été touchées, lors de la récupération des questionnaires, d'avoir pu partager leur expérience et expriment l'intérêt du choix de ce sujet encore trop peu abordé selon elles.

CONCLUSION

La naissance du premier enfant a un impact considérable sur la sexualité du couple dans le post-partum. Les femmes, en général, accordent de l'importance à ce sujet qui suscite de nombreuses interrogations.

Pour une grande majorité, les femmes voient leur satisfaction sexuelle diminuer tout au long de la grossesse et du post-partum sans pour autant y avoir été préparées. Elles expriment beaucoup d'appréhensions et de craintes lors de la reprise de la sexualité après l'accouchement. Divers facteurs peuvent influencer sur ces modifications mais néanmoins aucune généralité ne peut être faite car chaque couple vit sa sexualité différemment.

La reprise de la sexualité est un sujet encore trop peu abordé. N'osant poser de questions par pudeur, la plupart des femmes n'ont pas accès aux informations qui leur permettraient de vivre une sexualité épanouie pendant la grossesse, d'aborder sereinement la reprise de la sexualité dans le post-partum et ainsi de trouver un équilibre dans cette nouvelle vie à trois.

L'information au sujet des différentes modifications de la sexualité et d'éventuels problèmes dans le post-partum joue un rôle important dans la pratique des sages-femmes. En effet, ces dernières tiennent une place prépondérante au cœur de l'intimité des femmes. De plus, les femmes et les couples sont très demandeurs d'informations sur les changements pouvant être rencontrés.

L'abord du sujet de la sexualité devrait être systématique pour tous les couples durant la maternité. Il devrait l'être également pour toutes les femmes en bonne santé puisque depuis peu, elles peuvent consulter une sage-femme dans le cadre du suivi gynécologique de prévention. Il est ainsi important de favoriser la formation initiale et continue de ces professionnels de santé en matière de sexologie.

Il n'est pas facile de passer de la vie à deux à la vie à trois sans impact sur la reprise de la sexualité ; c'est ici que tient toute la difficulté de devenir père et mère et de rester partenaires.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] RQASF (Réseau Québécois d'Action pour la Santé des femmes). La sexualité : plaisir et santé sexuelle au mitan de la vie. 2009.
- [2] WHO (World Health Organization). Defining sexual health : report of a technical consultation on sexual health. 2002 Jan.
- [3] Regan PC, Berscheid E. Lust: What We Know About Human Sexual Desire. Thousand Oaks : Sage publications Inc ; 1999 : 173.
- [4] Langis P. Le désir et l'attirance. In : Langis P, Germain B. La sexualité humaine. Saint-Laurent : ERPI ; 2009 : 258-260.
- [5] Trudel G. Sexuality and Marital Life : Results of a Survey. Journal of Sex and Marital Therapy. 2002 ; 28(3) : 229-249.
- [6] Dictionnaire Le Petit Larousse. Montréal : Larousse ; 2003 : 788.
- [7] Monnet V, Vos A. Le plaisir féminin. Dossier sexologie. Genève ; 81.
- [8] Wayneberg J. Guide pratique de sexologie médicale. Masson ; 1994 : 45.
- [9] Masters William H, Johnson Virginia E. Les réactions sexuelles. Paris : Robert Laffont ; 1968.
- [10] Leleu G. Les secrets de la jouissance au féminin. Paris : Leduc.S ; 2011 : 26.
- [11] Dietrich E. (page consultée le 15 octobre 2013). Les dysfonctions sexuelles féminines, [en ligne]. <http://www.centre-mosaique.com>.
- [12] SFMS (Société Francophone de Médecine Sexuelle). Les dysfonctions sexuelles chez la femme. 2011 Déc 15.

- [13] Waynberg J. Guide pratique de sexologie médicale. Masson ; 1994 : 51-56.
- [14] CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français). Item 40 : Sexualité et ses troubles. 2011 : 5-9.
- [15] Orji EO, Ogunlola IO, Fasubaa OB. Sexuality among pregnant women in South West Nigeria. J Obstet Gynaecol. 2002 ; 22 : 166-168.
- [16] Germain B. Les difficultés sexuelles et leurs traitements. In : Langis P, Germain B. La sexualité humaine. Saint-Laurent : ERPI ; 2009 : 429-431.
- [17] Kenneth J, Reamy S. Sexuality in the puerperium. Archives of sexual behavior. 1987 ; 16(2).
- [18] Racamier PC. A propos des psychoses de la maternalité. In : Racamier P-C. Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée. Paris : ESF ; 1978 : 43.
- [19] Molénat F. Mères vulnérables : les maternités s'interrogent. Stock-Laurence Pernoud : Paris ; 1998 : 179.
- [20] Leuillet P. La grossesse : un tsunami pour la sexualité du couple. Assises françaises de sexologie et santé sexuelle. Lille ; 2009.
- [21] Stern D, Bruschiweiler-Stern N, Freeland A. La naissance d'une mère. Odile Jacob : 1998 ; 39-65.
- [22] Loisel C. Importance de la réhabilitation de la sexualité dans le post-partum. Les dossiers de l'obstétrique. Fév 1994 ; 214 : 23-26.
- [23] Bonnierbale M, Porto R. Sexualité du post-partum. Dossier : Gynécologie psychosomatique. Sexologies ; 4(16) : 7-12.
- [24] Merger R, Levy.J, Melchior J. Précis d'obstétrique. Paris : Masson ; 2001 : 159-162.

- [25] Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E, Nissen E. Women's thoughts about sexual life after childbirth. *Scan J Caring Sci.* 2005 ; 381-387.
- [26] Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynaecol.* 2001 ; 184 : 881-890.
- [27] Messenger C. Etre mère et rester femme, où quand Eros joue à cache-cache. *Les dossiers de l'obstétrique.* 1994 : 214 : 27-30.
- [28] Bing E, Colman L. *La femme enceinte et la sexualité.* Editions de l'homme. 1978.
- [29] Winnicott DW. La préoccupation maternelle primaire. In : Winnicott DW. *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris : Payot ; 1969 : 168-174.
- [30] Garyfallia L. Analyse du concept d'empathie : illustration d'une approche. *Recherche en soins infirmiers.* 1999 Sept ; (58) : 47-50.
- [31] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (page consultée le 24 janvier 2014). Bilan démographique 2012, [en ligne]. <http://www.insee.fr/>.
- [32] Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Response.* Boston : Little. Brown ; 1966.
- [33] Bergeret-Amselek C. *Le mystère des mères.* 8ème ed. Paris : Desclée de Brouwer ; 2005.
- [34] Kouakou KP, Doumbia Y, Djanhan LE et al. Réalité de l'impact de la grossesse sur la sexualité. Résultats d'une enquête auprès de 200 gestantes ivoiriennes. *J Gynecol Obst Bio R:* 2010 ; 468 : 10-16.
- [35] Ruol KL. L'amour en attendant. *Les Dossiers de l'Obstétrique.* 2000 ; 279 : 5-21.
- [36] Rogers RG, Borders N, Leeman LM, Albers LL. Does Spontaneous Genital Tract Trauma Impact Postpartum Sexual Function. *J Midwifery Wom Heal.* 2009 ; 54(2).

- [37] Connolly AM, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J Pel.* 2005 ; 16 : 263-267.
- [38] Glazener CM. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Bri J Obstet Gynaec.* 1997 ; 104 : 330- 335.
- [39] Woranitat W, Taneepanichskul S. Sexual fonction during the postpartum period. *J Med Assoc Thai.* 2007 Sep ; 90(9) : 1744-1748.
- [40] Andrews V, Thakar R and al. Evaluation of post-partum perineal pain and dyspareunia : A prospective study. *Eur J Obstet Gyn R B.* 2007 ; 152-156.
- [41] Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res.* 1999 ; 47(1) : 27-49.
- [42] Barrett G, Pendry E, Peacock J et al. Women's sexual health after childbirth. *Bri J Obstet Gynaec.* 2000 ; 107(2) : 186-195.
- [43] Rollini C. L'évaluation sexologique dans le post-partum. *Journée de périnéologie.* 2009 Nov 6 ; 17.
- [44] Kouakou K-P, Doumbia Y, Djanhan L.E et al. Réalité de l'impact de la grossesse sur la sexualité. Résultats d'une enquête auprès de 200 gestantes ivoiriennes. *J Gynecol Obst Bio R* : 2010 ; 468 : 10-16.
- [45] Langer B, Minetti A. Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. *J Gynecol Obst Bio R.* 2006 ; 35 : 1s59-1s67.
- [46] Handa VL. Sexual Function and Childbirth. *Semin Perinatol.* 2006 ; 30 : 253-256.
- [47] De Judicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *The Journal of Sex Research.* 2002 ; 39(2) : 94-103.

- [48] Ahlborg T, Strandmark M. Factors influencing the quality of intimate relationships six months after delivery: First-time parent's own views and coping strategies. *J Psychosom Obst Gyn.* 2006 ; 27(3) : 163-172.
- [49] Pujols Y, Meston CM, Seal BN. The Association Between Sexual Satisfaction and Body Image in Women. *J Sex Med.* 2010 ; 7 : 905-916.
- [50] INVS (Institut de Veille Sanitaire). Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire.* 2012 Sept ; 34 : 383.
- [51] Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Can Fam Physician.* 2005 ; 51 : 1366-1367.
- [52] English AC, English HB. *A Comprehensive dictionary of Psychological and Psychoanalytical terms.* Ed David Ma Kay & Co : New York ; 1958 : 127.
- [53] WHO (World Health Organization). *Post partum care of the mother and the newborn: a practical guide.*

ANNEXES

ANNEXE I

Questionnaire dédié aux femmes en suites de naissances

Bonjour Madame,

Je m'appelle Solène DOUARD.

Actuellement étudiante Sage-Femme en 4^{ème} année, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la **reprise de la sexualité après l'accouchement**. Je m'intéresse plus particulièrement à la reprise de la sexualité après le **1^{er} accouchement**.

Votre témoignage m'intéresse. Ce questionnaire est anonyme.

Afin que ce questionnaire soit le plus exploitable possible, je vous invite à y répondre avec sincérité.

Ce questionnaire comporte 47 questions.

Temps moyen nécessaire pour y répondre : 8min

VOUS CONCERNANT

1) **Quel âge avez-vous?**

2) **Combien d'enfants avez-vous ?**

3) **Votre profession :**

cadre supérieur

artisan, commerçant, chef d'entreprise

employé

ouvrier

agriculteur exploitant

étudiant

sans

autre :

4) **Pratiquez-vous une religion qui interdit les rapports sexuels pendant la grossesse ?**

OUI

NON

5) **Pratiquez-vous une religion qui interdit les rapports sexuels durant les semaines suivant l'accouchement?**

OUI

NON

6) **Dans l'année précédant votre grossesse, comment vous sentiez-vous dans votre sexualité?**

très épanouie

épanouie

moyennement épanouie

non épanouie

7) **Souffriez-vous de troubles sexuels avant la grossesse (baisse de la libido, douleur lors des rapports...)?**

OUI

NON

Si oui, pouvez-vous nous en dire plus :

VOTRE 1^{ère} GROSSESSE

- 8) **Viviez-vous en couple durant cette grossesse ?**
 OUI NON
- 9) **Etait-ce une grossesse désirée?**
 OUI NON
- 10) **Avez vous eu des rapports sexuels pendant la grossesse ?**
 OUI NON (passez directement Q11)

Si oui, comment vous sentiez-vous dans votre sexualité ?

Au 1^{er} trimestre de grossesse :

- très épanouie moyennement épanouie
 épanouie non épanouie

Au 2^{ème} trimestre de grossesse :

- très épanouie moyennement épanouie
 épanouie non épanouie

Au 3^{ème} trimestre de grossesse :

- très épanouie moyennement épanouie
 épanouie non épanouie

- 11) **Avez-vous vécu un/des moments difficiles durant cette grossesse ?**
 NON
 OUI d'ordre : Familiaux
 Médicaux
 Professionnels
 Autres :

Cela a-t-il eu un impact sur votre sexualité durant cette période ?
 OUI, pourquoi : NON

.....

VOTRE 1^{er} ACCOUCHEMENT

- 12) **A quel terme avez-vous accouché ?**
..... semaines et / ou mois
- 13) **Quel était le poids de votre bébé à la naissance ?**
- 14) **Votre bébé a-t-il été hospitalisé en néonatalogie ?**
 NON
 OUI, combien de temps :
- 15) **Comment avez-vous accouché?**
 Naturellement par voie basse

- Par voie basse avec forceps, ventouse, spatules
- Par césarienne (passez directement à la question 17)

16) Après l'accouchement, avez-vous été suturée ?

- NON
- OUI :
 - Eraillures
 - Déchirure vaginale simple
 - Déchirure compliquée du périnée
 - Episiotomie

Avez-vous vécu cela comme quelque chose de : (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> douloureux | <input type="checkbox"/> très grave |
| <input type="checkbox"/> supportable | <input type="checkbox"/> grave |
| <input type="checkbox"/> gênant | <input type="checkbox"/> anodin/pas grave du tout |

APRES L'ACCOUCHEMENT

17) A la sortie de la maternité, quelle contraception vous a-t-on prescrite?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> aucune | <input type="checkbox"/> préservatifs, spermicides, capes |
| <input type="checkbox"/> pilule | <input type="checkbox"/> implant |
| <input type="checkbox"/> stérilet à diffusion hormonale MIRENA ® | <input type="checkbox"/> anneau vaginal, Nuvaring ® |
| <input type="checkbox"/> stérilet au cuivre | <input type="checkbox"/> autre : |

18) A ce moment là, vous a-t-on parlé de la reprise des rapports sexuels ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|------------------------------|------------------------------|

19) Viviez-vous en couple après cet accouchement ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|------------------------------|------------------------------|

20) Lequel de vous deux a demandé en premier la reprise de la sexualité?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> vous | <input type="checkbox"/> votre conjoint |
| <input type="checkbox"/> les deux conjointement | |

21) Combien de temps après votre 1^{er} accouchement a eu lieu la reprise de la sexualité?

.....

22) Appréhendez-vous ce moment?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pas du tout (passez directement à la Q24) | <input type="checkbox"/> beaucoup |
| <input type="checkbox"/> un peu | <input type="checkbox"/> énormément |

23) Pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

Par crainte de :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> douleurs : | <input type="checkbox"/> mauvaise image de mon corps |
| <input type="checkbox"/> saignements | <input type="checkbox"/> manque d'envie |
| <input type="checkbox"/> suture | <input type="checkbox"/> la présence de l'enfant |
| <input type="checkbox"/> une nouvelle grossesse | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> autre : | |

24) Comment vous êtes-vous sentie dans votre sexualité au moment de la 1^{ère} reprise?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> très épanouie | <input type="checkbox"/> moyennement épanouie |
| <input type="checkbox"/> épanouie | <input type="checkbox"/> non épanouie |

Si vous voulez en dire plus :

.....

25) Y a-t-il eu pénétration lors de cette reprise?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|------------------------------|------------------------------|

26) Vous sentiez-vous à l'aise vis à vis de votre « nouveau » corps ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> OUI | |
| <input type="checkbox"/> NON, précisez : | |

.....

27) Avez-vous retrouvé le niveau de satisfaction sexuelle que vous connaissiez avant la grossesse ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|------------------------------|------------------------------|

Si oui, au bout de combien de temps :

28) 9 mois après votre accouchement, comment qualifiez-vous votre sexualité ?

Vous diriez que votre sexualité...

- s'est améliorée par rapport à ce que vous viviez avant la grossesse et l'accouchement
- a retrouvé le même niveau de satisfaction qu'avant la grossesse
- est devenue moins satisfaisante
- s'est nettement dégradée
- est devenue totalement insatisfaisante

29) La reprise de la sexualité a-t-elle eu une influence sur

Votre vie de couple :

- OUI : Bonne / Mauvaise
- NON

Votre relation avec votre enfant :

- OUI : Bonne / Mauvaise
- NON

Votre vie professionnelle :

- OUI : Bonne / Mauvaise

NON

Si vous voulez en dire plus :

.....
.....

30) Au moment de la reprise de la sexualité, souffriez-vous de différents problèmes : (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Baisse du désir sexuel | <input type="checkbox"/> Insatisfaction générale de ma sexualité |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à atteindre l'orgasme | <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire/fécale/gaz |
| <input type="checkbox"/> Manque de lubrification | <input type="checkbox"/> Grande tristesse |
| <input type="checkbox"/> Douleur, précisez : | <input type="checkbox"/> Je n'en avais aucun (passez à la Q33) |
| <input type="checkbox"/> Autre : | |

Voulez-vous nous en dire plus :

.....

31) A ce moment de la reprise de la sexualité, pouviez-vous facilement en parler avec votre conjoint ?

- OUI NON, pourquoi :

32) Avez-vous pu en parler à une autre personne ?

Si OUI, à qui ?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> un/une sage-femme | <input type="checkbox"/> une amie |
| <input type="checkbox"/> un/une gynécologue | <input type="checkbox"/> votre mère |
| <input type="checkbox"/> votre médecin traitant | <input type="checkbox"/> une sœur |
| <input type="checkbox"/> autre : | |

Si NON, pourquoi ?

.....
.....

33) Avez-vous réalisé les séances de rééducation du périnée ?

- OUI : avec qui ? NON
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> une sage-femme | |
| <input type="checkbox"/> un kiné | |

Si oui, avez-vous constaté des modifications dans la sexualité après la rééducation ?

- OUI NON
- La reprise de la sexualité s'est faite après la rééducation du périnée

Si vous voulez vous en dire plus :

.....
.....

34) Avez-vous allaité votre enfant (directement ou indirectement : tire-lait) ?

- OUI, combien de temps : NON (Passez directement à la Q 36)

35) A l'arrêt de l'allaitement maternel, avez-vous remarqué des modifications quant à la qualité des rapports sexuels ?

- OUI :
 Amélioration
 Dégradation
 NON
 La reprise des rapports sexuels s'est faite après l'arrêt de l'allaitement

36) Avez-vous participé aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité ?

- OUI NON (passez directement Q39)

37) Lors des cours, vous a-t-on parlé des rapports sexuels pendant la grossesse ?

- OUI NON

Si non, auriez-vous aimé que l'on vous en parle ?

- OUI NON, pourquoi :

Avez-vous pu poser toutes vos questions sur ce sujet ?

- OUI NON, pourquoi :

38) Lors des cours, vous a-t-on parlé de la reprise des rapports sexuels après l'accouchement ?

- OUI NON

Si non, auriez-vous aimé que l'on vous en parle ?

- OUI NON, pourquoi :

Avez-vous pu poser toutes vos questions sur ce sujet ?

- OUI NON, pourquoi :

LES INFORMATIONS

39) Après votre premier accouchement, avez-vous reçu des informations concernant la reprise des rapports sexuels ?

- OUI (ne pas répondre Q44) NON (passez directement à la Q44)

40) De qui avez-vous reçu ces informations ?

- une sage-femme une amie internet
 une gynécologue une sœur lectures, presse
 votre médecin traitant votre mère autre :.....
 un sexologue

41) Vous ont-elles été bénéfiques ?

- OUI NON

Dans les deux cas expliquez pourquoi :

- 42) A quel moment ces informations vous ont-elles été données ?**
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Au début de la grossesse | <input type="checkbox"/> En suites de naissances |
| <input type="checkbox"/> Pendant la grossesse | <input type="checkbox"/> A la visite post-natale |
| <input type="checkbox"/> Pendant les cours de préparation à l'accouchement | |
| <input type="checkbox"/> Aux séances de rééducation | |

- 43) Lorsque vous avez reçu ces informations, étiez-vous**
- | | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> seule | <input type="checkbox"/> en couple |
|--------------------------------|------------------------------------|

- 44) Auriez-vous aimé en recevoir ?**
- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|------------------------------|------------------------------|

Si non, pourquoi ?

- 45) Selon vous, quel moment serait le plus approprié pour aborder le sujet de la reprise de la sexualité après l'accouchement ?**
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Entretien du 4 ^{ème} mois | <input type="checkbox"/> A la visite post-natale |
| <input type="checkbox"/> Consultations prénatales | <input type="checkbox"/> Séance de rééducation du périnée |
| <input type="checkbox"/> Les cours de préparation à l'accouchement | <input type="checkbox"/> Plus tard : |
| <input type="checkbox"/> En suites de naissances | |

- 46) Quelle est la personne qui vous semblerait la plus adaptée pour vous parler de sexualité ?**
- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sage-femme | <input type="checkbox"/> gynécologue |
| <input type="checkbox"/> médecin traitant | <input type="checkbox"/> sexologue |
| <input type="checkbox"/> psychologue | <input type="checkbox"/> autre: |

- 47) Pensez-vous qu'il soit plus judicieux de vous délivrer des informations sur la sexualité :**
- | | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> seule | <input type="checkbox"/> en couple |
|--------------------------------|------------------------------------|

Je vous remercie d'avoir consacré du temps à cette étude.
--

ANNEXE II

Questionnaire dédié aux sages-femmes

Bonjour Madame, Monsieur,

Je m'appelle Solène DOUARD.

Actuellement étudiante Sage-Femme en 4^{ème} année, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la **reprise de la sexualité après l'accouchement**.

Afin de compléter le questionnaire distribué aux femmes en suites de naissances, je vous sollicite, cela me permettra d'avoir le point de vue des professionnels.

Je vous invite à répondre à ce questionnaire avec sincérité, celui-ci étant anonyme.

Nombre de questions : 11

1) **Etes-vous :** une femme un homme

2) **Quel âge avez-vous ?**

3) **Depuis combien de temps pratiquez-vous le métier de sage-femme ?**

.....

4) **En tant que sage-femme, vous exercez :**

En milieu hospitalier : En suites de naissances
 Pratiquant les cours de PNP
 En consultation prénatale et/ou postnatale

En libéral

5) **Parlez-vous spontanément de sexualité aux femmes ?**

OUI NON

Si non, pourquoi ?

par manque de temps
 par manque de formation sur ce sujet
 vous n'y pensez pas
 vous n'êtes pas à l'aise avec ce sujet

6) **Quelle formation avez-vous reçu à propos de la sexualité durant/après la grossesse?**

.....

7) Les femmes, en majeure partie, vous posent-elles des questions sur la reprise de la sexualité après l'accouchement ?

OUI NON

Si oui,

- vous vous sentez à l'aise avec les questions posées
 vous ne faites qu'aborder le sujet, pourquoi ?
 vous pensez qu'il est trop tôt pour en parler
 vous n'êtes pas à l'aise
 vous aimeriez avoir une formation complémentaire afin de pouvoir mieux répondre

8) Pensez-vous que cela soit important que les femmes aient des informations sur la reprise de la sexualité après l'accouchement ?

OUI NON, pourquoi :
.....

9) Selon vous, quel moment serait le plus approprié pour aborder le sujet de la reprise de la sexualité après l'accouchement ?

- Entretien du 4^{ème} mois A la visite post-natale
 Consultations prénatales Rééducation périnéale
 Les cours de préparation à l'accouchement Plus tard :
 En suites de naissances

10) Selon vous, quel professionnel serait plus à même de parler de la sexualité au couple ?

- sage-femme gynécologue
 sexologue psychologue
 médecin traitant autre :

11) Pensez-vous avoir toutes les connaissances requises sur ce sujet afin d'apporter l'aide nécessaire aux couples qui sont en demande ?

OUI NON

Si vous souhaitez en dire plus :
.....

Je vous remercie d'avoir consacré du temps à cette étude.

ANNEXE III

Questions posées lors de l'entretien semi-directif

- 1) Que représente la sexualité pour vous ?

- 2) Comment vous sentiez-vous dans votre sexualité à chaque trimestre de votre première grossesse ?

- 3) Comment vous sentiez-vous lors de la reprise de la sexualité après l'accouchement ?

- 4) Que pensez-vous de la délivrance des informations sur la sexualité pendant la grossesse et dans le post-partum ?

RESUME : La sexualité reste encore pour certains un sujet tabou. La grossesse et le post-partum sont deux épreuves à travers laquelle la sexualité du couple peut se trouver modifiée. Dans ce contexte, l'arrivée du premier enfant a-t-il un impact sur la reprise de la sexualité ? A travers une étude rétrospective, réalisée auprès de 120 femmes ayant accouché, une évolution de la sexualité du couple a pu être mise en évidence. Divers facteurs influent sur ces modifications nécessitant une information de la part des professionnels de santé. Cependant, chaque femme est unique et vit sa sexualité avec son histoire personnelle et sa sensibilité.

MOTS-CLEFS : Sexualité, post-partum, grossesse, degré de satisfaction sexuelle, appréhensions, informations

TITRE : De la vie à deux à la vie à trois : impact de la naissance du premier enfant sur la reprise de la sexualité du couple.

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME
ECOLE DE SAGES-FEMMES DE CAEN
PROMOTION 2010-2014

ABSTRACT : The sexuality still remains a taboo subject for some people. The pregnancy and the post-partum which represent two disruptions can change the sexuality of the couple. Therefore, has the first child's birth an impact on the resumption of intercourse ? Through a retrospective study realized with 120 women having given birth, an evolution of the sexuality in the couple has been emphasized. Information from health professionals is necessary because of various factors which have an effect on these modifications. However, each woman is unique and experiences her sexuality through her own life and her sensitivity.

KEY-WORDS : Sexuality, post-partum, pregnancy, sexual satisfaction degree, apprehensions, informations.

TITLE : The life from two to three : impact of the first birth on the resumption of the sexuality within the couple.

STATE DIPLOMA OF MIDWIFE
CAEN MIDWIVERY SCHOOL
PROMOTION 2010-2014

