



HAL
open science

État des lieux de la prise en charge sexologique des femmes en post-partum : étude descriptive auprès des professionnels de santé du département du Puy-de-Dôme

Florence Hostachy

► To cite this version:

Florence Hostachy. État des lieux de la prise en charge sexologique des femmes en post-partum : étude descriptive auprès des professionnels de santé du département du Puy-de-Dôme. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01082057

HAL Id: dumas-01082057

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01082057v1>

Submitted on 12 Nov 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.



UdA | Université d'Auvergne

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE CLERMONT-FERRAND**
Université d'Auvergne- Faculté de médecine



**ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE
SEXOLOGIQUE DES FEMMES EN POST-PARTUM**

Etude descriptive auprès des professionnels de santé
du département du Puy de Dôme

Mémoire présenté et soutenu par
HOSTACHY Florence
Née le 02 Juillet 1991
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Année 2014

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE CLERMONT-FERRAND**
Université d'Auvergne- Faculté de médecine

**ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE
SEXOLOGIQUE DES FEMMES EN POST-PARTUM**

Etude descriptive auprès des professionnels de santé
du département du Puy de Dôme

Mémoire présenté et soutenu par
HOSTACHY Florence

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Année 2014

Remerciements :

A Nathalie COMBARET, sage-femme sexologue, pour son aide, sa pédagogie et sa passion.

A Delphine POUMEYROL, sage-femme enseignante, pour son aide et ses précieux conseils.

A ma famille, à Laetitia, Marine, Anne-Sophie, Evelyne et Séverine pour leur soutien durant ces études, même à 10 000 km.

GLOSSAIRE

CDOSF : Conseil Départemental de l'ordre des Sages-femmes

DES : Diplôme d'Etude Spécialisé

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DPC : Développement professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

VPN : Visite post-natale

INTRODUCTION

REVUE DE LA LITTERATURE..... 3

1	GENERALITES SUR LA SEXUALITE FEMININE.....	4
2	LA SEXUALITE DU POST-PARTUM.....	12
3	LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET LA PRISE EN CHARGE DE LA SEXUALITE.....	19

MATERIEL ET METHODE..... 27

1	L'ETUDE.....	28
2.	MATERIEL.....	28
3.	METHODE.....	29

RESULTATS..... 32

1	DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE.....	33
2.	LA PRISE EN CHARGE SEXOLOGIQUE LORS DE LA VPN.....	37
3.	LA PRISE EN CHARGE SEXOLOGIQUE LORS DE LA VPN.....	43
4.	LES REPONSES AUX CAS CLINIQUES.....	44
5.	LE RESSENTI DES PROFESSIONNELS.....	45

DISCUSSION..... 50

1	LES LIMITES DE L'ETUDE.....	51
2.	LES POINS FORTS.....	52
3	LA POPOULATION ETUDIEE.....	52
4	L'EVALUATION DE LA SANTE SEXUELLE LORS DE LA VPN.....	54
5	LA PRISE EN CHARGE DE LA SEXUALITE DU POST-PARTUM EN DEHORS DE LA VPN.....	58
6	LE RESSENTI DES PROFESSIONNELS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE LA SEXUALITE.....	59
7	LA FORMATION EN SEXOLOGIE.....	62
8	PROJET D'ACTION.....	64

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

INTRODUCTION

Alors que la sexualité est un sujet actuellement très médiatisé, il semble persister une frontière entre gynécologie-obstétrique et sexologie. Il est pourtant difficile de prendre en charge la santé des femmes sans prendre en charge leur sexualité qui fait partie intégrante et essentielle de leur vie. [1]

La sage-femme peut représenter un des principaux interlocuteurs pour aborder ce sujet. Elle est en effet, amenée à suivre la santé des femmes à des étapes importantes de leurs vies sexuelles : lors des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, mais aussi lors du suivi de grossesse et de la période post-natale. [2]

Lorsqu'un couple consulte pour des difficultés sexuelles, il est fréquent de l'entendre faire un parallèle entre la venue des enfants et la dégradation de leur vie conjugale. Durant le post-partum, la sexualité devient problématique pour la majorité des couples [3, 4]

La fonction sexuelle féminine peut être altérée par des événements de vie comme une grossesse ou un accouchement. 63% des femmes rencontrent des difficultés sexuelles à huit semaines du post-partum, mais très peu abordent le sujet avec un professionnel de santé. [5, 6]

A distance de l'accouchement, la consultation post-natale ayant lieu entre 6 et 8 semaines après l'accouchement est un moment privilégié pour aborder les éventuelles difficultés rencontrées lors de la reprise de l'activité sexuelle. En moyenne la reprise des rapports sexuels se situe à 6 semaines du post-partum. [7, 8]

Mon choix s'est orienté sur ce sujet car j'ai pu observer au cours de mes stages que rares étaient les professionnels à parler de sexualité lors de la visite post-natale. Quelle est la place accordée à l'évaluation de la santé sexuelle lors de la visite post-natale ? Les professionnels de santé évaluent-ils systématiquement la santé sexuelle de la femme durant le post-partum, rencontrent-ils des difficultés ?

Pour répondre à ces questions, il a été réalisé une étude descriptive auprès des professionnels de santé du département du Puy de Dôme (sages-femmes, gynécologues et médecins généralistes) afin de faire un état des lieux des pratiques actuelles concernant la prise en charge sexologique des femmes dans le post-partum.

Il convenait d'abord de définir la sexualité féminine, d'en préciser les particularités durant le post-partum et de décrire le rôle des professionnels de santé. Les résultats de l'étude ont ensuite permis de proposer une discussion et des projets d'action afin d'améliorer la prise en charge sexologique des femmes en post-partum.

REVUE DE LA LITTERATURE

1 GENERALITES SUR LA SEXUALITE FEMININE

1.1 Quelques définitions

1.1.1 Santé sexuelle

Ma sexualité est-elle normale ? Voici une question que peut se poser une femme ou un homme à tout moment de sa vie. La notion de normalité en sexologie est un sujet très sensible. En effet, même si chacun a une vie sexuelle très personnalisée sur le plan des désirs, des fantasmes et bien sûr de la pratique sexuelle, il existe néanmoins des anomalies de fonctionnement.

« Il n'existe pas de définition stricte d'une sexualité normale. Elle dépend des normes sociales, culturelles, et de l'âge du sujet. Elle doit être une pratique sexuelle convenant au sujet, dans les limites de la loi et n'entraînant pas de souffrance pour lui-même ou pour sa (son) partenaire. » [9]

Après avoir défini un concept de santé mentale, l'OMS a donné une définition de la santé sexuelle. « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contrainte, discrimination ou violence. » [10]

Il a été ainsi reconnu que santé mentale et santé sexuelle constituent deux composantes distinctes de la santé globale de l'être humain.

1.1.2 Contexte de la sexualité féminine en France

1.1.2.1 *Les évolutions récentes*

Les changements de la société française durant les dernières décennies ont contribué à l'évolution du contexte de la sexualité. En effet, la transformation des structures familiales, l'augmentation de l'autonomie sociale et économique des femmes, le renforcement de la norme d'égalité entre les sexes et la précarisation de certains groupes sociaux ont modifié les pratiques sexuelles et particulièrement celles des femmes.

Le développement de l'épidémie du SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) au début des années 80, puis la diffusion des traitements dans les années 90, a également induit d'importantes modifications du contexte de la sexualité.

Les études réalisées auprès des femmes ont attesté d'une évolution continue dans le sens d'une vie sexuelle de plus en plus diversifiée (hausse du nombre de partenaires déclarés, des rapports avec des personnes du même sexe, diminution de l'âge du premier rapport sexuel, élargissement du répertoire des pratiques sexuelles, augmentation de l'activité sexuelle chez les femmes de plus de cinquante ans). [11]

1.1.2.2 Les divergences entre hommes et femmes

Alors que les comportements sexuels se rapprochent et que l'aspiration à l'égalité entre hommes et femmes n'a jamais été aussi forte, des différences persistent entre les pratiques et les représentations de la sexualité des femmes et des hommes.

Au fil des générations les hommes séparent de plus en plus sexualité et affectivité. Les représentations de la sexualité restent marquées par un clivage qui oppose une sexualité féminine pensée prioritairement dans le registre de l'affectivité et de la conjugalité, à une sexualité masculine pensée majoritairement dans le registre des besoins naturels et du plaisir.

Ces divergences s'inscrivent dans une vision du monde qui considère la biologie comme la cause essentielle des différences hommes/femmes en matière de sexualité.

L'INSERM a pu mettre en évidence ces différences concernant la sexualité des hommes et des femmes grâce à une étude sur le contexte de la sexualité en France réalisée en 2006. [11]

Ainsi les femmes et dans une moindre mesure les hommes, adhéraient majoritairement à l'idée selon laquelle les hommes auraient « par nature plus de besoins sexuels que les femmes » (75% des femmes et 62% des hommes).

De même, quelles que soient les tranches d'âges, la sexualité paraissait toujours plus indispensable à l'équilibre personnel de l'homme qu'à celui de la femme.

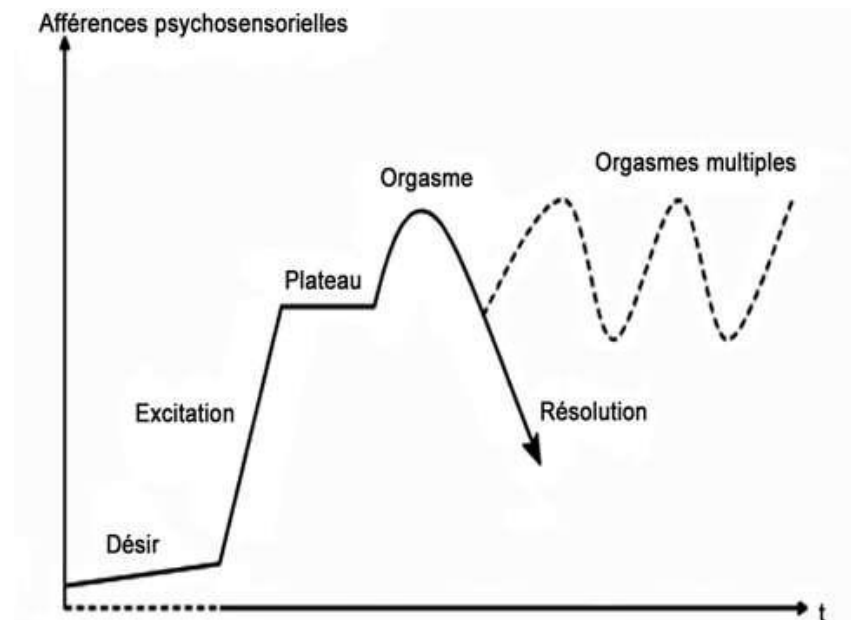
1.1.3 Physiologie de l'activité sexuelle féminine

La réponse sexuelle est une vraie expérience psychophysiologique. Elle est conditionnée par le développement psychosexuel, par les attitudes psychologiques envers la sexualité et la relation à l'objet.

L'excitation se déclenche à partir de stimuli psychologiques et physiques, comme des fantasmes et/ou des stimuli visuels, tactiles, auditifs et olfactifs.

La réponse sexuelle se caractérise par une série de phases qui furent décrites par les chercheurs américains Master et Johnson : la phase d'excitation, plateau, orgasme et résolution. En 1977, H. Kaplan et H. Lief ont ajouté à ce cycle, avant la phase d'excitation, la phase du désir. [12] (Figure 1)

Figure 1 : Cycle de la réponse sexuelle chez la femme



1.1.3.1 Le désir

Le désir est la capacité de se projeter dans une relation sexuelle. Chez la femme, le désir sexuel est parfois ambigu, car il peut être confondu avec du désir affectif. [13] De plus, la libido est régulée par des sécrétions hormonales ovariennes (estrogènes et androgènes), elles-mêmes commandées par l'axe hypothalamo-hypophysaire.

1.1.3.2 La phase d'excitation

L'excitation a une durée variable, elle dépend de l'intensité et de l'efficacité de la stimulation, (mais aussi de l'âge). Cliniquement, on observe chez la femme des modifications physiologiques :

- un effacement des grandes lèvres qui s'aplatissent contre le périnée
- un gonflement des petites lèvres
- une vasocongestion avec transsudation vaginale lubrifiante ;
- un allongement et un élargissement de la cavité vaginale de 25% environ par relaxation des muscles lisses de la paroi vaginale ;
- une turgescence du corps du clitoris ;
- une érection et une augmentation de la taille des mamelons. [13]

1.1.3.3 La phase de plateau

Elle correspond au maintien d'un niveau d'excitation élevé pendant une période plus ou moins longue, et aboutit normalement à l'orgasme. La lubrification vaginale s'amplifie et le tiers externe du vagin subit une congestion vasculaire. Les muscles bulbo-caverneux se contractent, les bulbes s'engorgent et se raffermissent, réduisant le diamètre de l'orifice d'entrée vaginale de 30%. Les muscles péri vaginaux serrent la base du pénis, et le vagin prend une forme de poire : rétrécie à l'entrée et élargie dans le fond. [13]

Le plateau correspond à la phase de congestion maximale des seins, on observe une augmentation du volume, une érection des mamelons et une tumescence de l'aréole. [12]

1.1.3.4 L'orgasme unique ou multiple

Du grec, « organ » qui signifie « être rempli d'ardeur ». L'orgasme féminin consiste en une série de contractions rapides et rapprochées des muscles péri vaginaux et périnéaux en concomitance d'une décharge d'adrénaline, de noradrénaline et d'une augmentation de la prolactine. L'utérus présente aussi de fortes contractions lors de l'orgasme ainsi que les sphincters internes et externes de l'anus.

Pour Masters et Johnson, il n'existe physiologiquement qu'un seul orgasme qu'il soit provoqué par stimulation digitale, mécanique du clitoris ou par coït.

L'orgasme dure normalement entre 3 et 25 secondes, et est associé à une faible diminution de l'état de conscience. Il faut noter que la femme peut avoir plusieurs orgasmes successifs si la stimulation sexuelle ne s'interrompt pas, et la phase de résolution ne survient alors qu'après le dernier orgasme. [12, 14]

1.1.3.5 La phase de résolution

Cette phase qui suit l'orgasme se caractérise par un retour à l'état normal avec sensation de bonheur et plénitude. Elle est caractérisée par un sentiment de relaxation mentale et physique, une détente musculaire et un sentiment de bien-être général. [12, 14]

1.2 Les dysfonctions sexuelles féminines

Selon le DSM-IV, une dysfonction sexuelle est caractérisée par une perturbation des processus qui caractérisent le déroulement de la réponse sexuelle, par une douleur associée aux rapports sexuels, une forte répulsion de l'activité sexuelle ou un cycle de la réponse sexuelle exagéré. [15]

Si les troubles sexuels féminins sont moins apparents que les troubles masculins, ils n'influent pas moins sur la qualité de vie des femmes. Comme chez les hommes, les dysfonctions sexuelles féminines peuvent souligner des problèmes de santé, interférer sur la vie de couple, et amener les femmes qui en souffrent à une profonde détresse. [16]

1.2.1 Trouble du désir

1.2.1.1 Trouble du désir sexuel hypo actif

Chez la femme, le trouble du désir sexuel hypo actif est l'absence ou la réduction persistante ou récurrente de fantasmes sexuelles, de pensée et/ou de désir pour les activités sexuelles. [13]

1.2.1.2 Trouble d'aversion sexuelle

Le trouble d'aversion phobique est récurrent ou persistant caractérisé par un évitement des contacts sexuels avec un partenaire provoquant un stress personnel.

Les troubles du désir sexuel peuvent être primaires, dans ce cas la patiente n'a jamais éprouvé de désir et peut même en ignorer la possibilité.

Le désir sexuel hypoactif secondaire s'installe suite à une période où le désir existait, l'origine de ce trouble peut être hormonale (prise d'oestro-progestatifs ou ménopause). Les étiologies sont souvent environnementales et/ou psychologiques (image négative de la nudité, problèmes de communication dans le couple, choc émotionnel...) La baisse du désir peut être secondaire à une infidélité conjugale ou à la naissance d'un enfant. [17]

Dans l'étude française réalisée en 2006 par l'INSERM, à la question « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une absence ou insuffisance de désir sexuel ? », 6,8% des femmes ont répondu « souvent » ; et 29 % « parfois ». [11]

1.2.2 Troubles de l'excitation sexuelle

Il s'agit d'une difficulté persistante ou récurrente à obtenir ou maintenir une excitation sexuelle suffisante, se traduisant le plus souvent par un manque de lubrification vaginale. Ce trouble est rarement isolé chez la femme qui peut présenter un ensemble de troubles incluant le manque de désir, l'absence d'excitation et d'accès au plaisir. [14, 17]

1.2.3 Troubles de l'orgasme : l'anorgasmie

Il s'agit de l'absence voire du retard persistant ou répété de l'orgasme après une phase d'excitation sexuelle normale. Il existe chez la femme une grande variabilité dans le type ou l'intensité de la stimulation nécessaire pour déclencher un orgasme. [17]

Une peur de la perte de contrôle, de se laisser aller ou de se sentir soumise est souvent évoquée par la patiente anorgasmique.

Le diagnostic d'un trouble de l'orgasme repose sur le jugement du clinicien qui estime que la capacité orgastique de la femme est inférieure à ce qu'elle devrait être, compte tenu de son âge, de son expérience sexuelle et de l'adéquation de la stimulation sexuelle reçue. [10]

1.2.4 Les troubles sexuels avec composantes douloureuses

1.2.4.1 Le vaginisme

Il s'agit de spasmes involontaires, répétés ou persistants, de la musculature du tiers externe du vagin: les muscles releveurs de l'anus et les adducteurs. Leur contraction empêche toute pénétration, peuvent la rendre très douloureuse et perturber ainsi les rapports sexuels. [14, 15]

Le vaginisme est complet et primaire si la pénétration s'est toujours avérée impossible.

L'origine du vaginisme primaire est un traumatisme psychique (agressions sexuelles, inceste) ou un traumatisme physique (blessure de la vulve). [13]

Le vaginisme secondaire se manifeste comme le vaginisme primaire mais suite à une période où l'activité sexuelle était jugée comme satisfaisante. Il peut apparaître suite à une lésion organique, la pénétration devient impossible ou très douloureuse suite à un traumatisme gynécologique, iatrogène, psychique ou obstétrical.

Un cas particulier est celui de la femme ayant subi une épisiotomie ou déchirure périnéale développant secondairement un vaginisme : dans ce cas il y a persistance psychique de l'image d'une vulve et d'un vagin "blessé". [18]

1.2.4.2 Les dyspareunies

Les dyspareunies sont des douleurs génitales persistantes ou répétées, associées aux rapports sexuels, qui peuvent concerner l'homme ou la femme. Ce trouble est souvent associé à des lésions ou affections médicales, plus fréquentes chez la femme en raison des grossesses et de leurs complications. Il peut être uniquement lié à des facteurs psychologiques. [14, 15]

On distingue les dyspareunies superficielles (d'intromission) des dyspareunies profondes. La dyspareunie d'intromission est une douleur survenant lors de l'intromission du pénis, elle réside dans la région vulvaire ou vulvo-vaginale.

La dyspareunie profonde est une douleur abdomino-pelvienne survenant lors du rapport sexuel et pouvant persister. [14]

1.2.5 Les étiologies communes des dysfonctions sexuelles

Les dysfonctions sexuelles peuvent représenter le symptôme de problèmes biologiques, intrapsychiques, conflits interpersonnels ou une combinaison de ces facteurs.

Il existe des causes organiques, toxiques (drogues, alcool, poisons), médicamenteuses, psychiques et relationnelles. [14, 16, 17]

1.2.5.1 Les étiologies organiques

Sur le plan somatique les dysfonctions sexuelles peuvent être provoquées par des affections gynécologiques, génétiques, endocriniennes, cardiovasculaires, neurologiques ou infectieuses.

1.2.5.2 Les causes psychiques individuelles

- Les troubles mentaux : la plupart des troubles mentaux sont antisexuels, excepté la manie, qui stimule la sexualité. La dépression est le trouble mental le plus fréquemment responsable de dysfonctions sexuelles, bien que de façon inconstante dans ses formes de sévérité modérée.
- Les traumatismes psychiques souvent provoqués par les abus sexuels survenus dans l'enfance (harcèlement, attouchements, viols, maltraitance)
- Les tabous éducatifs, une image de la sexualité parentale négative
- Les carences affectives, ou absence d'empreinte en termes de tendresse
- L'empreinte d'une première expérience sexuelle négative, adolescente « non prête », pour faire comme les autres etc.
- **Une image négative de soi**, qui peut être associée à un surpoids ou une prise de poids suite à une grossesse par exemple. Le désir sexuel féminin est en partie narcissique, les femmes ont besoin de se sentir désirables. [3]
- L'anxiété sociale, la timidité, ou la phobie sociale.

1.2.5.3 Les causes psychiques de couple

Les messages positifs du partenaire renforcent puissamment la motivation sexuelle et le fonctionnement sexuel ; à l'inverse, des messages négatifs les inhibent.

Les problèmes et difficultés de couple, passagers ou plus profonds, sont des facteurs fréquents et importants de dysfonctions sexuelles. Ils peuvent être pris en charge par des traitements de couple adaptés.

1.2.5.4 Les causes toxiques

L'alcool est le plus commun des toxiques qui altèrent la fonction sexuelle, mais ce sont surtout les drogues dures, comme la cocaïne et l'héroïne, qui ont les effets les plus délétères. Parmi les médicaments les antihypertenseurs, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les anticalciques, les antihistaminiques interfèrent avec la vasocongestion génitale. Les antidépresseurs (tricycliques et SSRI) provoquent également des troubles de l'orgasme et du désir.

2 LA SEXUALITE DU POST-PARTUM

La sexualité varie de façon physiologique durant les différentes étapes de la vie d'une femme, et notamment suite à un accouchement. Malgré la limite des études concernant la sexualité du post-partum, une tendance émerge : l'accouchement provoque des changements dans la vie sexuelle. [4, 5, 6]

Le post-partum est défini comme la période recouvrant les six semaines suivant la naissance, mais il représente une période de remaniements psychiques et psychosociales bien plus longue pouvant durer 6 à 12 mois. Le bien-être mental et psychique de la mère pendant le post-partum peut avoir un retentissement sur sa relation avec son enfant mais aussi avec son partenaire. [3, 4]

2.1 Les modifications influençant la sexualité

2.1.1 Les modifications physiologiques du post-partum

2.1.1.1 Les modifications anatomiques

La représentation du corps de la femme est totalement modifiée suite à l'accouchement, l'appareil génital peut perdre sa symbolique érotique et devenir une zone douloureuse. Certaines femmes peuvent avoir une sensation de béance vaginale ou vulvaire en post-partum. En effet, suite à l'ampliation des muscles du périnée lors de la phase d'expulsion, le périnée subit des modifications physiologiques. Au niveau du vagin, des modifications de trophicité et de de lubrification sont souvent notées. Les lochies peuvent aussi être un frein à la reprise de rapports sexuels. [19, 22]

De plus, la peau de l'abdomen est distendue et relâchée suite à la grossesse, il peut y avoir des vergetures. L'ensemble de la musculature peut avoir perdu de sa tonicité.

Ces modifications peuvent contribuer à la représentation d'une image négative du corps de la femme en post-partum, qui est un facteur négatif pour le désir sexuel féminin et donc la reprise des rapports sexuels en post-partum [3, 5, 21]

En cas d'allaitement les seins ne sont plus rapportés au plaisir conjugal mais au désir du nouveau-né.

2.1.1.2 Les modifications hormonales

- L'allaitement

L'allaitement maternel peut avoir un effet négatif sur le désir sexuel, sur le plan psychologique (par le contact corporel et sensuel avec le nouveau-né) mais aussi sur le plan physiologique (par la sécrétion de prolactine qui inhibe partiellement le désir sexuel). [21]

Les femmes qui allaitent sont significativement plus susceptibles de ressentir une diminution du désir sexuel. [20] Dans une étude prospective auprès de 316 femmes canadiennes participant à leur visite post-natale, 66% des femmes n'ayant pas repris une activité sexuelle étaient des femmes qui allaitaient [22].

2.1.1.3 Les modifications psychologiques

- Le bouleversement identitaire de la femme devenant mère

Selon son équilibre, son histoire personnelle et sa sexualité antérieure, la jeune mère se verra épanouie dans cette expérience de la maternité. [19]

- La fatigue maternelle

Qu'elle soit physique ou psychique, l'asthénie du post-partum est à prendre en compte dans la reprise des rapports. En effet, les problèmes liés à la reprise des rapports sexuels ont été plus souvent rapporté par les femmes ayant déclarés une fatigue dans le post-partum. [5, 20,] La fatigue représentait aussi une raison de non reprise des rapports sexuels dans les six premières semaines du post-partum. [22]

- La dépression

Les variations d'humeur que subit la femme en post-partum, la rende moins réceptive aux stimulations externes. [21]

Une étude réalisé par Barrett et al a révélé que les femmes déprimées en post-partum étaient moins susceptibles d'avoir repris les rapports sexuels 6 mois après l'accouchement, qu'elles étaient engagées dans des activités sexuelles moins variées et étaient plus susceptibles de déclarer des problèmes de santé sexuelle que les femmes non déprimées. ($p=0,009$) [23]

- Le remaniement du couple après la naissance

L'homme et la femme entrent dans la parentalité par des voies différentes : alors que la femme découvre en devenant mère une sensation de plénitude, l'homme tout en étant heureux d'être père, éprouve un manque, et ressent une frustration totalement inattendue. Les nouveaux parents vont cheminer l'un et l'autre vers une plus grande maturité afin d'assumer leur nouveau rôle. Ils passeront par des périodes de tension voire de crise. Le couple conjugal doit pouvoir se transformer en couple parental s'il veut développer une relation adéquate à l'enfant.

Le passage d'une relation duelle satisfaisante à une relation triangulaire : père, mère, enfants représente un véritable remaniement identitaire psychoaffectif qui demande du temps et un climat d'échange naturel et satisfaisant au sein du couple conjugal. [24]

L'entente conjugale en post-partum est évidemment un facteur déterminant dans la survenue de difficultés sexuelles en post-partum. [20]

Une étude longitudinale concernant la santé des femmes en post-partum réalisée en Italie et en France, a pu mettre ce point en évidence ; les femmes qui avaient décrit leur relation avec leur conjoint comme « pas bonnes » en post-partum étaient significativement plus susceptibles de signaler des symptômes liés à la vie sexuelle et au bien-être psychologique. En France, 64,6% des femmes décrivant leur relation avec leur conjoint comme « pas bonnes » présentaient une absence de désir sexuel à 5 mois du post-partum, contre 29,2% des femmes décrivant leur relation comme « très bonnes ». ($p < 0,001$) [25]

2.1.2 Les traumatismes de l'accouchement

La dyspareunie rencontrée dans les trois premiers mois du post-partum est significativement associée au mode d'accouchement et aux lésions périnéales. Un accouchement par voie basse avec périnée intact était un facteur significativement associé à une reprise des rapports sexuels dans les six premières semaines post-partum. [22]

De nombreuses études ont déterminé qu'un accouchement par extraction, (forceps ou ventouse) était associé à un risque accru de traumatisme périnéaux et de morbidité de la santé sexuelle. [21, 26] Les femmes ayant accouché par extraction instrumentale étaient plus susceptibles de déclarer des problèmes sexuels et périnéaux liés à la douleur à huit, seize et vingt-quatre semaines du post-partum que les femmes ayant accouché par voie basse spontanément. [20]

La probabilité de déclarer des dyspareunies à 3 mois du post-partum était significativement liée au degré de traumatisme périnéal. [26]

La césarienne ne semblait pas influencer la reprise d'une activité sexuelle en post-partum. [20]

2.1.3 Les autres facteurs influençant la sexualité en post-partum

Il est important de noter qu'il existe des facteurs extérieurs au couple qui vont influencer la reprise d'une activité sexuelle en post-partum. Les facteurs culturels, religieux, moraux peuvent déterminer le moment de reprise des rapports sexuels après un accouchement. [27]

2.2 La reprise d'une activité sexuelle en post-partum

2.2.1 La crainte

La crainte ressentie par les femmes pouvait être une raison de non reprise des rapports sexuels. Il pouvait s'agir de la peur d'avoir mal, mais aussi de la peur de la survenue d'une nouvelle grossesse. [22]

Pour la majorité des couples, la sexualité après l'accouchement est problématique. En effet, la méta-analyse réalisée par K von Sydow a mis en évidence que **40 à 64% des femmes et 19 à 64% des hommes redoutent la reprise de la sexualité.** [4]

2.2.2 Une reprise progressive

L'étude réalisée par Barrett et al sur la santé sexuelle des femmes primipares durant les 6 mois du post-partum a montré que 67 % des primipares avaient repris une activité sexuelle entre 7 et 8 semaines après l'accouchement. [6]

Glazener a étudié une série de femmes en post-partum : la durée moyenne avant la reprise était de 6 semaines, 95% des couples avaient tenté de reprendre les rapports sexuels à 6 semaines de l'accouchement. [5]

La nature et la fréquence des pratiques sexuelles variaient après la naissance. Parmi les femmes qui ont repris les rapports sexuels à 6 mois, 67% ont indiqué que les rapports sexuels étaient moins fréquents qu'avant la grossesse. [6]

Au niveau des organes génitaux les différentes phases décrites précédemment (excitation, plateau, orgasme et résolution) sont retrouvées par la femme. Mais les réactions physiologiques (telle que la lubrification ou le gonflement des petites lèvres)

lors du rapport sexuel sont ralenties et moins intenses et ne reviennent à leur niveau antérieur qu'en deux à trois mois après l'accouchement. [19]

2.3 Les difficultés rencontrées

Selon la littérature, la majorité des femmes et des couples rencontrent des difficultés sexuelles lors de la reprise d'une activité sexuelle en post-partum.

Par rapport à l'année précédant la grossesse, les dyspareunies, le manque de lubrification et la perte de désir augmentent de manière significative en post-partum.

[5, 6, 20, 21]

38% des primipares ont déclaré éprouver de problèmes sexuels dans l'année précédant la grossesse. Ce chiffre avait fortement augmenté dans les trois premiers mois du post-partum. **83% des primipares avaient rencontré des troubles sexuels à 3 mois du post-partum.** [6]

Glazener avait mis en évidence **qu'environ une femme sur deux avait rencontré des difficultés lors des rapports sexuels (dyspareunies, manque de lubrification, anorgasmie) à huit semaines du post-partum.** [5]

2.3.1 Les dyspareunies

Il s'agit du problème le plus fréquemment rencontré lors de la reprise des rapports sexuels en post-partum. [6, 25, 26]

Selon l'étude réalisée par Barrett et al, 62% des primipares ont connu des dyspareunies durant les 3 premiers mois du post-partum contre 12% avant la grossesse. Le nombre de femmes concernées par des dyspareunies en post-partum était ainsi environ cinq fois plus important qu'avant la grossesse. ($p < 0,0001$)

2.3.2 La sécheresse vaginale

La sécheresse vaginale par défaut de lubrification, due à l'imprégnation hormonale, peut être à l'origine de dyspareunies en post-partum.

Le manque de lubrification vaginale était décrit par 46 % des primipares à 3 mois du post-partum, environ quatre fois plus qu'avant la grossesse. ($p < 0,0001$) [6]

2.3.3 Les troubles du désir sexuel hypo actif

Plusieurs études ont noté une diminution de la fréquence des rapports sexuels et du désir sexuel durant la période du post-partum. [4, 5, 6]

Selon une étude décrivant la sexualité des femmes en post-partum au Niger, 61% des femmes étaient concernées par un trouble du désir sexuel hypo actif à six semaines. [28]

En Angleterre, 53 % des primipares ont décrit une perte de désir sexuel à 3 mois du post-partum, alors que seulement 9% d'entre elles avaient rencontré cette difficulté avant la grossesse. [6]

En France, environ 25% des femmes ont déclaré une absence de désir sexuel à 5 mois du post-partum. [25]

2.3.4 Les troubles de l'orgasme

La difficulté à atteindre l'orgasme est significativement plus importante durant les trois premiers mois du post-partum que durant l'année précédant la grossesse.

33 % des primipares ayant repris les rapports sexuels ont décrit une difficulté à atteindre l'orgasme à trois mois du post-partum alors qu'elles étaient 14% à décrire cette difficulté avant la grossesse. ($p < 0,0001$). [6]

2.3.5 Les autres difficultés sexuelles du post-partum

Les jeunes mères peuvent aussi rencontrer des troubles comme le manque de tonus musculaire (20%) ; l'étroitesse du vagin, des saignements ou irritations. [6]

Après un accouchement, la vulve peut rester béante. Il existe différents degrés de béance plus ou moins sévères (béances vulvaires, vulvo-vaginales, fundiques, totales), qui vont gêner la patiente lors des rapports sexuels. Ces modifications de l'organe génital féminin peuvent par ailleurs provoquer chez les femmes, une image négative de leurs corps. [19]

3 LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET LA PRISE EN CHARGE DE LA SEXUALITE

3.1 La visite post-natale

Cette consultation apparaît comme un moment privilégié pour aborder la sexualité du post-partum et plus précisément l'éventuelle reprise d'une activité sexuelle après l'accouchement.

3.1.1 Définition

La consultation postnatale a lieu entre la sixième et la huitième semaine qui suit l'accouchement. Cet examen postnatal est obligatoire et peut être réalisé par un médecin spécialiste (ou non) ou par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique. [7]

Elle doit permettre : de parler du vécu de la période périnatale ; de poursuivre les interventions d'aide et de soutien si nécessaire ; de faire un examen gynécologique ; d'aborder le mode de contraception souhaité et d'envisager si nécessaire une rééducation du post-partum.

3.1.2 Recommandations

La Haute Autorité de Santé a pu définir des recommandations concernant le contenu de cette consultation, notamment sur le fait d'aborder la sexualité : [7] (Annexe D)

- **Des questions sur l'intimité du couple comme la reprise des rapports sexuels doivent être abordées ainsi que les difficultés éventuelles.**

3.2 Rôle du professionnel

La sexualité nous préoccupe tous, mais son caractère intime peut conduire à éviter le sujet, à le rendre tabou ou encore à en faire un sujet de rigolade.

Des études ont montré que les patientes souhaitent parler de leur sexualité. Elles estiment que c'est une initiative qui doit venir du professionnel de santé. [6]

71% des patientes consultant pour une dysfonction sexuelle ont estimé que le professionnel doit leur poser des questions sur leur bien-être sexuel. [29]

3.2.1 Les difficultés pour les professionnels

3.2.1.1 Le manque d'abord du sujet lors des consultations

Les dysfonctions sexuelles féminines sont encore peu diagnostiquées et traitées même en dehors du post-partum. Une étude française réalisée en 2011 a mis ce déficit en évidence.

51 % des gynécologues dépistaient parfois des dysfonctions sexuelles chez leurs patientes et seuls 36 % d'entre eux prenaient en charge un ou plusieurs troubles de la sexualité. Les motifs invoqués par ceux qui ne traitent pas les troubles de la sexualité sont le manque de formation (92 %), les consultations trop longues (16 %), l'embarras (12 %), le manque d'intérêt (8 %) et l'absence de cotations (4 %). [30]

Une étude qualitative s'intéressant à l'avis des sages-femmes concernant la VPN et la santé sexuelle de femmes a mis en évidence les principales difficultés rencontrées par les sages-femmes. Il s'agissait du manque de temps et du manque de connaissances en santé sexuelle. [31]

3.2.1.2 La formation des professionnels de santé en sexologie

Les sages-femmes recevaient durant la deuxième phase de leur cursus universitaire une quinzaine d'heures de sexologie leur permettant d'aborder des thèmes tels que la vie sexuelle adulte, les dysfonctions sexuelles, la maternité et la sexualité, ou l'infertilité. [32] Désormais l'unité d'enseignement en gynécologie des étudiants sages-femmes a pour objectif entre autre de permettre aux étudiants de « favoriser le dialogue autour de la sexualité », « d'aborder le sujet lors de consultations » et d'appréhender les « aspects bio-psycho sociaux de la sexualité ». [33]

Le tronc commun obligatoire du deuxième cycle des études médicales comporte un item intitulé « La sexualité normale et ses troubles » intégré dans l'unité d'enseignement 3 « Maturation - Vulnérabilité - Santé mentale - Conduites addictives »

Ce module a pour objectif d'apprendre à « identifier les principaux troubles de la sexualité, dépister une affection organique en présence d'un trouble sexuel et de savoir aborder la question de la sexualité au cours d'une consultation ». Cet item existe depuis 1997 et n'a pas été modifié par l'arrêté de 2013. [34, 35]

Le DES de gynécologie médicale contient un enseignement théorique intitulé « sexologie et médecine psychosomatique ». Le DES de Gynécologie-obstétrique comporte lui un enseignement nommé « Reproduction, sexualité, fertilité ».

Enfin, l'enseignement théorique du DES de médecine générale ne contient pas de formation en sexologie. [36]

Les professionnels de santé ont notamment la possibilité de réaliser un DU ou DIU de sexologie d'une durée de deux ans dans le cadre de la formation continue ou initiale (pour les internes de 2^{ème} année de DES). Cette formation a pour but de donner « les connaissances théoriques et cliniques permettant d'évaluer, diagnostiquer et prendre en charge une difficulté sexuelle ». Il existe aussi des formations ponctuelles destinées à tous les professionnels de santé rentrant dans le cadre du développement professionnel continu [37]

3.2.2 Pourquoi aborder le sujet ?

Malgré la fréquence élevée des troubles de la sexualité en post-partum, seule une minorité de femmes reçoit des informations sur la santé sexuelle et les taux de consultations pour des problèmes concernant les rapports sexuels sont faibles. [5, 6]

Il semble exister un déficit de prise de conscience et d'expertise des soignants dans le domaine de la sexologie. La reprise de la sexualité est pourtant un sujet préoccupant pour les jeunes parents. [4]

Seulement 15% des primipares britanniques qui ont rencontré des troubles sexuels en post-partum en ont parlé avec un professionnel de la santé. [6]

Si la majorité des femmes parlent de contraception avec un professionnel de la santé, elles discutent rarement de sexualité. En effet dans l'étude réalisée par Barrett et al auprès des primipares, 86% des femmes ont déclaré que le sujet de la contraception en post-partum a été évoqué avec un professionnel de la santé. En revanche, seulement 29% ont été informées du bon moment concernant la reprise des rapports sexuels après

l'accouchement et 18% ont eu des informations concernant les changements ou problèmes éventuels qu'elles pourraient rencontrer après l'accouchement. [6]

Glazener a aussi observé cette discordance, le sujet de la contraception était abordé deux fois plus avec un professionnel de la santé que la reprise de l'activité sexuelle en post-partum. [5]

De plus, le sujet est peu abordé pendant la grossesse, seules 28% des femmes britanniques avaient reçu une information concernant les relations sexuelles après l'accouchement. [6]

Les femmes éprouvent souvent un sentiment d'échec croyant ne pas être à la hauteur ou être seule à souffrir de ces prétendues failles ou incompétences.

Elles peuvent se sentir honteuses de ne plus avoir envie de relations sexuelles et avoir ainsi une image très dégradée d'elles-mêmes.

3.2.3 Comment aborder le sujet de la sexualité en post-partum

Les symptômes sexuels peuvent être difficiles à aborder spontanément pour les patientes, le praticien devra, la plupart du temps, ouvrir le dialogue sur ce sujet par des questions simples, ouvertes.

Aborder le sujet de la sexualité lors de la consultation post-natale peut se faire lorsque l'on évoque la cicatrisation du périnée, ou l'utilisation d'une contraception par exemple. [31]

Il y a certains thèmes autour de la sexualité du post-partum qu'il semble utile d'évoquer lors de la visite post-natale.

Par des groupes de discussion, une étude suédoise a permis d'identifier les principaux thèmes de préoccupations des femmes en post-partum concernant leur sexualité.

Les femmes ont évoqués principalement quatre thèmes : l'image qu'elles ont de leur corps après l'accouchement, le stress provoqué par le nouveau contexte familial, la discordance du désir sexuel avec le partenaire et le besoin d'être rassurée quant à la normalité des modifications de leur corps.. Il apparaît nécessaire pour ces femmes d'avoir une affirmation d'un professionnel de santé que leur corps est normal et particulièrement leur appareil génital. [38]

Enfin, il est important de veiller à ce que les femmes ne se sentent pas jugées ou influencées. La femme doit pouvoir se sentir encouragée et soutenue. [31]

3.2.4 L'examen sexologique

L'examen sexologique qui fournit le diagnostic de la dysfonction sexuelle suit la procédure de l'examen médical classique. L'interrogatoire doit faire préciser les caractéristiques du trouble, les antécédents sexuels de la patiente.

Plusieurs questionnaires permettent de quantifier le retentissement des dysfonctions sexuelles sur la qualité de vie et d'en rechercher les facteurs de risque. [40]

Un auto-questionnaire, le BISF-W (traduit et validé) comportant vingt-deux questions concernant le désir, l'excitation, la fréquence de l'activité, la réceptivité, le plaisir, la satisfaction et les problèmes rencontrés permet de mettre en évidence des altérations de la sexualité. [40]

L'examen clinique est recommandé, il s'agit d'un examen gynécologique classique à adapter au trouble que présente-la patiente. L'avis d'un sexologue pourra être demandé devant un trouble de la sexualité. [41]

L'orientation thérapeutique se fera en fonction du trouble sexuel et de ses étiologies.

3.3 La Prise en charge des difficultés sexuelles en post-partum

S'il existe réellement une pathologie, un trouble, ou une anomalie, le praticien devra les prendre en charge ou adresser la patiente à un praticien compétent. [41]

S'il s'agit d'un simple manque d'information concernant cette modification de la sexualité en post-partum, le rôle du praticien sera d'apporter une écoute et une information adéquate à la patiente. [42]

La patiente pourra ainsi se déculpabiliser, se sentir « normale » et sera donc soulagée.

3.3.1 L'écoute et la discussion

Une étude descriptive suédoise a recueilli les réflexions de sages-femmes concernant le fait de parler de sexualité avec les patientes lors de la VPN et de pouvoir apporter des conseils adaptés. Il a ainsi été proposé de pouvoir s'adapter à chaque type de patiente se présentant à la VPN afin de guider le counseling. Quatre catégories de

patientes ont été identifiées : celles étant en bonne santé (qui ont besoin d'être rassuré de la normalité des changements), celles pour qui la naissance fut une expérience traumatique (qui ne sont pas forcément prêtes à parler de sexualité), celles qui rencontreraient des problèmes de discordance de désir avec leur partenaire (qui ont besoin d'attention et de temps de parole, voire d'être orienté vers un psychologue). Le dernier type de patientes représente les femmes ayant des difficultés de communication (patientes étrangères par exemple), dans ce cas, les sages-femmes avaient eu du mal à initier la sujet de la sexualité par rapport aux difficultés linguistiques et à la méconnaissance des diversités culturelles. [31]

3.3.1.1 Rassurer la femme de la normalité de sa situation

Il est primordial de pouvoir parler avec la patiente de sa sexualité et de ses éventuels troubles, certaines difficultés pourront être résolues par la parole, la démystification. [31] Il faut pouvoir permettre à la patiente de comprendre l'origine et le mécanisme de ses difficultés sexuelles afin de corriger d'éventuelles idées fausses, et de dédramatiser la situation. Il est nécessaire de rassurer la femme et le couple de la normalité des difficultés conjugales et sexuelles qu'ils rencontrent durant cette période. [42]

3.3.1.2 Le « bon » moment pour reprendre une activité sexuelle en post-partum

Il est tout à fait probable que lors de la consultation post-natale, la patiente n'ait pas repris les rapports sexuels, dans ce cas il est intéressant de rappeler ou d'informer la femme des difficultés qu'elle pourra rencontrer. La visite post-natale est ainsi une occasion de prévenir certaines difficultés sexuelles en post-partum.

Il faut lutter contre les idées selon lesquelles les rapports sexuels ne pourraient reprendre qu'à une certaine date en post-partum. Certaines femmes attendent l'accord d'un professionnel de santé. [22] Il semble important de rappeler à la femme que le « bon » moment est celui où elle se sentira prête, en harmonie avec son corps. De plus, il est nécessaire de les inciter à engager un dialogue avec leur conjoint concernant cette reprise des rapports sexuels en post-partum. [31]

Enfin concernant la reprise des rapports sexuels en post-partum, nous pouvons conseiller à la femme de reprendre progressivement, et que le retour à une activité

sexuelle « normale » peut se faire en reprenant doucement des pratiques sexuelles telles que les préliminaires.

3.3.2 L'utilisation de lubrifiants en post-partum

L'usage de gels lubrifiants s'avère parfois indispensable pour la reprise des rapports sexuels en post-partum. Ils peuvent être conseillés aux patientes présentant des sécheresses vaginales ou dyspareunies en post-partum.

S'il s'agit de douleurs périnéales provenant d'une cicatrice d'épisiotomie, nous pourrions conseiller à la femme d'explorer en massant minutieusement sa cicatrice afin qu'elle soit convaincue de la bonne cicatrisation.

3.3.3 La rééducation périnéale en post-partum

Il semble important de rappeler l'importance de la rééducation périnéale en post-partum. La diminution de la tonicité du périnée peut expliquer les insatisfactions sexuelles du post-partum, les séances de rééducation auront un effet bénéfique sur la reprise des rapports sexuels. [42] Elles permettront à la femme de visualiser différemment son vagin et de parler des difficultés qu'elle peut rencontrer lors de la reprise des rapports sexuels. 76% des femmes ayant participé aux séances de rééducations ont estimé que cela leur avait apporté une amélioration dans leurs vies sexuelles. [43]

3.3.4 L'orientation vers un spécialiste

En post-partum, le rôle du praticien pourra aller jusqu'à orienter la patiente vers un spécialiste qui pourra traiter une difficulté sexuelle récurrente ou une réelle dysfonction. Le couple ou la patiente pourra ainsi être adressé vers un sexologue ou un psychologue. [42]

3.4 Traitement

Certains problèmes sexuels ont parfois des répercussions sur la santé mentale. [41]

La prise en charge des dysfonctions sexuelles doit bénéficier de plusieurs options thérapeutiques sexologiques et psychiatriques efficaces. Le traitement pharmacologique

peut être utile dans certains cas précis mais ne peut en aucun cas se substituer aux thérapies sexologiques traditionnelles.

3.4.1 Psychothérapies

En présence d'émotions négatives personnelles telle que le dégoût, des tabous, ou une image du corps négative, des psycho/sexothérapies individuelles peuvent être mises en place. Face à une dynamique émotionnelle perturbée dans le couple, tels que des conflits, des discordances de désir sexuel, il est possible de mettre en place une thérapie de couple. [14]

- La psychothérapie individuelle

Les méthodes cognitives sont justifiées par l'importance de la composante cognitive dans le désir sexuel hypoactif et centrées sur une éducation sur les fausses croyances. Il peut s'agir d'un entraînement à la communication, à l'expression de soi et à l'empathie, d'un travail sur les émotions ou encore sur le jeu et les scripts sexuels.

- Les sexothérapies

Elles permettent d'apporter une information sur la sexualité, de dédramatiser l'apprentissage de la sensualité, d'autoriser le plaisir, de diminuer les anxiétés et le stress lié à l'activité sexuelle et de rétablir une communication à l'intérieur du couple (Schwartz et Masters, 1988). Elles utilisent par exemple un travail sur le fantasme, des consignes sur l'activité masturbatoire, et une exposition progressive à l'intimité sexuelle

3.4.2 Traitement pharmacologique

Il n'existe pas de traitement pharmacologique reconnu des dysfonctions sexuelles féminines. L'usage de certaines hormones et molécules a néanmoins été décrit comme pouvant agir sur la fonction sexuelle et les dysfonctions sexuelles féminines. [16]

MATERIEL ET METHODE

1 L'ETUDE

1.1 Les objectifs

L'objectif principal de l'étude était de **déterminer si les praticiens abordent systématiquement le sujet de la sexualité lors de la visite post-natale.**

Les trois objectifs secondaires étaient :

- Déterminer si les praticiens ont l'occasion de prendre en charge la sexualité du post-partum en dehors de la visite post-natale.
- Evaluer le ressenti des praticiens quant à la prise en charge de la santé sexuelle du post-partum.
- Déterminer l'influence de la formation en sexologie reçue par le professionnel sur sa prise en charge de la sexualité en post-partum.

1.2 L'étude

Pour répondre à nos objectifs, une étude descriptive de type transversal a été réalisée. Il s'agissait de décrire les pratiques actuelles concernant la prise en charge sexologique par les professionnels de santé lors de la visite post natale et dans le post-partum.

2. MATERIEL

2.1 La population de l'étude

La population étudiée était les professionnels de santé du Puy de Dôme réalisant la visite post-natale ou ayant l'occasion de rencontrer les femmes en post-partum : les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes et les médecins généralistes.

2.2 Critères d'inclusion

- Les sages-femmes et les gynécologues obstétriciens du Puy de Dôme exerçant en milieu hospitalier
- Les sages-femmes libérales du Puy de Dôme

- Les gynécologues libéraux du Puy de Dôme
- Les internes en spécialité de gynécologie-obstétrique
- Les médecins généralistes exerçant dans le Puy de Dôme.

2.3 Critères d'exclusion

Les sages-femmes exerçant uniquement en service de grossesse à haut risque, de suite de couches et de salle de naissance ont été exclues puisqu'elles ne sont pas amenées à pratiquer la visite post-natale. De même, nous avons exclu les sages-femmes cadres et enseignantes.

2.4 Description de l'échantillon

Au total, 147 questionnaires ont été envoyés :

- 45 aux médecins généralistes

L'échantillon des médecins généralistes a été établi par tirage au sort (sélection sur la liste du conseil de l'ordre d'un médecin par quinzaine).

- 40 aux sages-femmes hospitalières et libérales du Puy de Dôme
- 57 aux gynécologues-obstétriciens libéraux et hospitaliers du Puy de Dôme
- 5 aux internes de spécialités de gynécologie-obstétrique

3. METHODE

3.1 Les critères de jugement

Le critère de jugement principal était le **nombre de professionnels de santé abordant systématiquement le sujet de la sexualité lors de la visite post-natale.**

Les critères de jugement secondaires étaient:

- Le nombre de praticiens prenant en charge la sexualité féminine du post-partum en dehors de la VPN.
- Le niveau de difficulté ressenti par les praticiens concernant la prise en charge de la sexualité féminine en post-partum.

-La proportion de professionnels interrogés ayant reçu un enseignement initial en sexologie et/ou des formations supplémentaires en sexologie.

3.2 Les outils

Les professionnels de santé ont été interrogés par l'intermédiaire d'un **questionnaire écrit** (Annexe II). Une lettre explicative y était jointe expliquant les objectifs de l'étude et les modalités de réponse.

Le questionnaire était composé de vingt-six questions réparties en quatre parties :

- Renseignement généraux (identification, diplôme, ...)
- Pratiques lors de la visite post-natale
- Prise en charge des difficultés sexuelles en post-partum
- Avis sur le sujet de la sexualité

Les questions ouvertes permettaient de laisser les professionnels s'exprimer librement sur le sujet.

Le questionnaire a été préalablement testé auprès d'une dizaine de professionnels volontaires afin de vérifier la compréhension de toutes les questions et d'estimer un temps de réponse au questionnaire. Cette phase de pré-test a permis de simplifier les cas cliniques proposés aux participants qui nécessitaient un temps de réponse jugé trop long.

Deux versions du questionnaire étaient disponibles, une version papier pour les professionnels hospitaliers et une version informatique sur internet pour les libéraux.

Les professionnels libéraux ont été préalablement contactés par téléphone afin d'obtenir leurs adresses électroniques et de leur transmettre le lien internet permettant d'accéder au questionnaire en ligne. Les professionnels qui n'ont pu être contacté ou qui ne souhaitaient pas répondre en ligne ont reçu le questionnaire par voie postale, une enveloppe affranchie leur était jointe afin de retourner le questionnaire.

Les questionnaires ont été distribués aux professionnels hospitaliers par l'intermédiaire des cadres des services. Une pochette a été mise en place dans les services pour y remettre les questionnaires remplis.

.

3.3 Lieu de l'étude

L'étude, multicentrique, s'est déroulée dans le département du Puy de Dôme. Nous avons interrogé les sages-femmes, gynécologues-obstétriciens et médecins généralistes exerçant en secteur privé ou public, en milieu hospitalier ou libéral. Les professionnels hospitaliers ont été interrogés dans trois maternités du Puy de Dôme : Le centre hospitalier d'Issoire, le centre hospitalier universitaire Estaing de Clermont-Ferrand et la clinique de la Châtaigneraie.

3.4 La durée de l'étude

Le questionnaire a été mis en ligne auprès des professionnels de santé libéraux à partir du 12 septembre 2013. Une relance par mail a été établie 3 semaines après et l'ensemble des réponses mises en ligne a été récupéré le 25 octobre 2013.

Concernant les questionnaires papiers, ils ont été mis en place dans les trois maternités étudiées du 25 octobre 2013 au 20 décembre 2013.

Ils ont été envoyés par voie postale aux professionnels libéraux n'ayant pas été contactés par téléphone à partir du 15 septembre 2013, les dernières réponses ont été réceptionnées le 20 décembre 2013.

3.5 Les implications éthiques

Le consentement des cadres de service de maternité a été recueilli par écrit après leur avoir présenté le déroulement et les objectifs de notre étude.

L'anonymat des professionnels a été respecté lors du recueil de données et de l'analyse des questionnaires.

3.6 L'analyse statistique

Les données ont été saisies de façon anonyme à l'aide d'une feuille de calcul via le logiciel Microsoft Excel 2010, puis analysées par logiciel R et Microsoft Excel 2010. Le test du Chi² ou le test de Fisher ont été utilisés pour comparer deux variables qualitatives. La valeur de $p < 0.05$ a été retenue comme valeur significative sur le plan statistique.

Afin d'analyser les réponses aux questions ouvertes, elles ont été saisies grâce au logiciel Microsoft Word et classifiées par système de mots clés.

RESULTATS

1 DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE

1.1 Le taux de participation

Tableau I : Taux de participation selon les professions

	Sages-femmes	Gynécologues	Médecins Généralistes	Internes	Effectif total
Questionnaires envoyés	40	57	45	5	147
Questionnaires retours	28	28	17	3	76
Taux de participation	70,0 %	49,1 %	37,8 %	60,0 %	51,7 %

Le taux de participation était de **51,7 %**. (**63,8 % en hospitalier et 46 % en libéral**).

Le taux de participation des sages-femmes hospitalières était de 100%, celui des sages-femmes libérales de 65,7%.

Le taux de participation des gynécologues hospitaliers était de 51,4%, et de 45% chez les libéraux.

1.2 La catégorie des professionnels

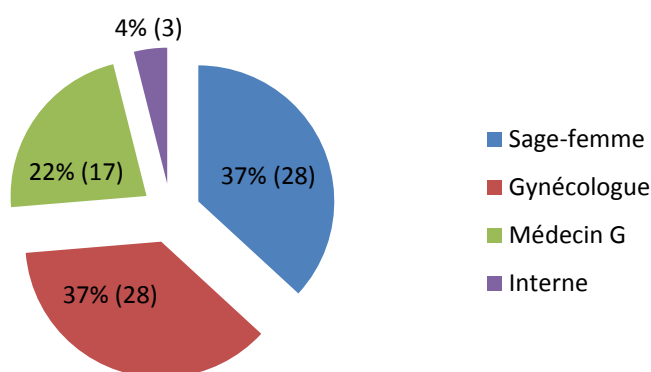


Figure 1 : Répartition des participants selon la profession, % (n)

Les sages-femmes et gynécologues-obstétriciens représentaient environ les trois quarts de la population étudiée.

1.3 Le lieu d'exercice

Tableau II : Répartition des professionnels selon le mode d'exercice

Profession	Libéral	Hospitalier	Libéral et hospitalier
Sage-femme	20	5	3
Gynécologue	9	13	6
Médecin G	17	0	0
Interne	0	3	0
Effectif total	46	21	9

La majorité des professionnels exerçaient en libéral (60,5%), 27,6% en milieu hospitalier et 11,8% exerçaient en libéral et milieu hospitalier.

71,4% des sages-femmes participant à notre étude exerçaient en libéral exclusivement.

1.4 Les niveaux de maternités

Parmi les professionnels hospitaliers, 2 (gynécologues) exerçaient en maternité de niveau I, 10 (3 sages-femmes et 7 gynécologues) en maternité de niveau II et, 18 (5 sages-femmes, 10 gynécologues et 3 internes) en niveau III.

1.5 L'expérience professionnelle

Tableau III : Répartition des professionnels selon l'année d'obtention de diplôme.

	n (%)				
	Sages-femmes	Gynécologues	Internes	Médecins généralistes	Effectif total concerné
Après 2003	13 (46,4)	7 (25)	2	3 (17,6)	25 (32,9)
Entre 1993 et 2003	5 (17,8)	8 (28,6)	0	5 (29,4)	18 (23,7)
Avant 1993	10 (35,8)	12 (42,9)	0	9 (52,9)	31(40,8)

La moyenne de l'année de l'obtention du diplôme de l'ensemble de la population datait de 1996 (+/- 11,4)

Deux professionnels n'ont pas précisé leurs années d'obtention de diplôme.

1.6 L'âge

La moyenne d'âge de la population étudiée était de 44,05 (+/- 11,7) avec un minimum de 25 ans et un maximum de 63 ans.

La moyenne d'âge des sages-femmes était de 40 ans, 46 ans pour les gynécologues, 29 ans pour les internes et 49 ans pour les médecins généralistes.

1.7 Répartition Hommes/Femmes

Tableau IV : Répartition hommes/ femmes, n (%)

	Sages-femmes	Gynécologues	Internes	Médecins généralistes	Effectif total concerné
Femmes	28 (100)	22 (78,6)	3 (100)	11 (64,7)	63 (82,9)
Hommes	0	6 (21,4)	0	7 (41,2)	13 (17,1)

L'échantillon étudié était constitué majoritairement de femmes.

1.8 La réalisation de la VPN

Toutes les sages-femmes de notre échantillon ont déclaré réaliser la visite post-natale. De même pour les gynécologues-obstétriciens et les internes.

Seulement 2 médecins généralistes réalisaient la visite post-natale, (2,63%).

1.9 La formation en sexologie

1.9.1 La formation initiale

Tableau V : Professionnels ayant reçu un enseignement initial en sexologie

Sages-femmes	Gynécologues	Internes	Médecins généralistes	Effectif total concerné
15 (50)	2 (7,1)	0	0	16 (21,1)

La majorité (75%) des professionnels ayant reçu un enseignement initial en sexologie étaient diplômés après 2003. ($p=0,0004$)

12,5% des professionnels formés initialement avaient été diplômés entre 1993 et 2003 et 12,5% avant 1993.

1.9.2 La formation supplémentaire

Tableau VI : Professionnels ayant reçu une formation supplémentaire en sexologie,

n (%)

Sages-femmes	Gynécologues	Médecins généralistes	Internes	Effectif total concerné
4 (14,3)	7 (25)	1 (5,9)	0	12 (15,8)

Il n'existait pas de différence significative concernant la formation supplémentaire en sexologie entre les différentes professions. ($p=0,36$)

Parmi les professionnels ayant reçu une formation supplémentaire, 5 professionnels avaient réalisé un DIU de sexologie, 3 professionnels avaient participé à des congrès en sexologie, 2 à une formation conventionnée continue (de 5 jours), 1 avait assisté à un enseignement postuniversitaire et 1 praticien avait participé à une formation avec un organisme privé.

1.9.3 L'absence de formation

Tableau VII : Professionnels n'ayant reçu aucun enseignement en sexologie, n (%)

Sages-femmes	Gynécologues	Médecins généralistes	Internes	Effectif total concerné
12 (42,9)	20 (71,4)	16 (94,1)	3 (100)	51 (67,1)

67,1 % de la population a déclaré n'avoir reçu aucune formation en sexologie (initiale ou complémentaire). De façon significative, les médecins généralistes étaient les moins formés en sexologie. ($p=0,001$)

2. LA PRISE EN CHARGE SEXOLOGIQUE LORS DE LA VPN

2.1 Aborder le sujet de la sexualité lors de la VPN

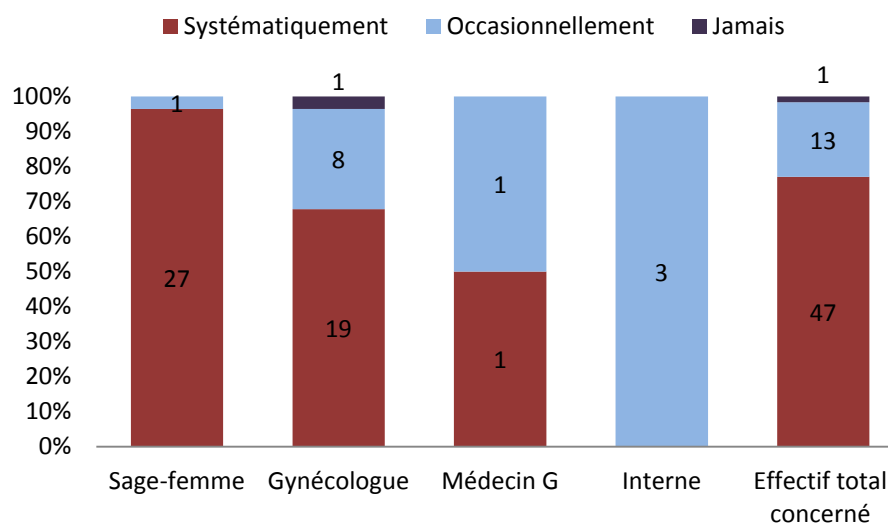


Figure 2 : Fait d'aborder le sujet de la sexualité lors de la VPN

Parmi les professionnels réalisant la visite post-natale, 77,1 % d'entre eux ont déclaré aborder systématiquement le sujet de la sexualité, 21,3% occasionnellement et 1,6% jamais.

Majoritairement, ce sont les sages-femmes (96,4% d'entre elles) qui ont déclaré aborder systématiquement le sujet de la sexualité lors de la VPN, ($p=0.0003$)

2.1.1 Aborder le sujet de la sexualité selon le sexe du praticien

Tableau VIII : Fait d'aborder le sujet de la sexualité selon le sexe du professionnel

	n, (%)		
	Occasionnellement	Systématiquement	Jamais
Féminin	12 (21,8)	42 (76,4)	1(1,8)
Masculin	1(16,7)	5(83,3)	0

Le sexe du professionnel de santé n'a pas de lien significatif avec le fait d'aborder le sujet de la sexualité lors de la visite post-natale. ($p=0,90$)

2.1.2 Aborder le sujet de la sexualité lors de la VPN selon l'enseignement en sexologie, % (n)

Parmi les professionnels ayant reçu un enseignement en sexologie, 80% (n=20) ont déclaré aborder systématiquement la sexualité lors de la VPN et 20 % (n=5) occasionnellement.

Parmi ceux n'ayant reçu aucun enseignement en sexologie, 75% (n=27) l'abordaient systématiquement, 22,2 % (n=8) occasionnellement et 2,6% (n=1) jamais .

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le fait d'aborder le sujet de la sexualité lors de la VPN et la formation reçue. ($p=0,67$)

2.1.3 Aborder le sujet de la sexualité selon l'expérience professionnelle

Tableau IX : Aborder le sujet de la sexualité lors de la VPN en fonction de la durée d'expérience du professionnel, n (%)

Années d'exercice	Occasionnellement	Systématiquement	Jamais
< 10 ans	3 (13,6)	18 (81,8)	1 (4,5)
entre 10 et 20 ans	3 (23,1)	10 (76,9)	0
> 21 ans	6 (25)	18 (75)	0

Il n'existe pas de lien statistique entre le fait d'aborder le sujet de la sexualité lors de la VPN et le nombre d'années d'expérience du professionnel. ($p=0,74$)

2.1.4 Aborder le sujet de la sexualité lors de la VPN selon le lieu d'exercice

Tableau X : Abord du sujet de la sexualité selon le lieu d'exercice du professionnel, n (%)

Lieu d'exercice	Occasionnellement	Systématiquement	Jamais
Hospitalier	7 (21,9)	24 (75)	1 (3,1)
Libéral	6 (20,7)	23 (79,3)	0

Le fait d'exercer en libéral ou en milieu hospitalier n'influe pas sur le fait d'aborder le sujet de la sexualité lors de la VPN. ($p=0,62$)

2.2 Les occasions d'aborder le sujet lors de la VPN

Parmi les professionnels n'abordant pas le sujet de la sexualité systématiquement lors de la VPN, 9 praticiens (69,2%) ont déclaré l'aborder lorsque la patiente aborde elle-même le sujet. 6 (46,2%) si la patiente avait eu un traumatisme périnéal lors de l'accouchement et 1 (7,7%) lorsque la patiente semblait déprimée.

2.3 Les questions posées à propos de sexualité lors de la VPN

Tableau XI : Nombre de professionnels posant ces questions lors de la VPN

Sages-femmes	Gynécologues	Médecins généraliste	Internes	Effectif total concerné
▪ Reprise des rapports sexuels depuis l'accouchement				
28 (100 %)	25 (89,3 %)	2 (100 %)	3 (100 %)	58 (95,1 %)
▪ Motifs d'une non reprise des rapports sexuels				
27 (96,4 %)	21 (75 %)	1 (50 %)	2 (66,7 %)	51 (83,6 %)
▪ Difficultés rencontrées (douleurs, absence de désir, manque de lubrification)				
28 (100 %)	26 (92,9 %)	1 (50 %)	0	55 (90,2)
▪ Ressenti de la patiente concernant sa sexualité				
20 (71,4 %)	7 (25 %)	0	0	27 (44,3 %)
▪ Ressenti du partenaire				
10 (35,7 %)	3 (10,7 %)	0	0	13 (21,3 %)
▪ Entente du couple depuis la naissance de l'enfant				
10 (35,7 %)	8 (28,6 %)	1 (50 %)	0	19 (31,2 %)
▪ Communication du couple concernant leur sexualité				
10 (35,7 %)	3 (10,7 %)	0	0	13 (21,3 %)
▪ Moyen de contraception utilisé en post-partum.				
27 (96,4 %)	27 (96,4 %)	2 (100 %)	3 (100 %)	59 (96,7 %)

Parmi les professionnels abordant le sujet de la sexualité, aucun n'a déclaré ne poser aucune question concernant la sexualité.

Les questions les plus abordées concernant la sexualité du post-partum par les praticiens abordant le sujet de la sexualité lors de la VPN étaient : le moyen de contraception utilisé par la patiente (96,7% des professionnels ont déclaré l'aborder), la reprise des rapports sexuels (95,1), les motifs d'une non reprise (83,6) et les difficultés rencontrées par la patiente (90,2%).

A l'inverse certaines questions étaient peu abordées par les praticiens lors de la VPN comme la communication du couple concernant leur sexualité (21,3% des professionnels ont déclaré l'aborder), le ressenti du partenaire (21%) et l'entente du couple depuis la naissance (31,2%).

2.4 Les informations données

Tableau XII : nombre de professionnels informant les patientes des points suivants

Sages-femmes	Gynécologues	Médecin généralistes	Internes	Effectif total concerné
▪ Modification physiologique de l'activité sexuelle en post-partum				
23 (82,1 %)	17 (60,7 %)	1 (50 %)	0	41 (67,2 %)
▪ Nécessité de prendre le temps pour retrouver l'intimité du couple				
24 (85,7 %)	24 (85,7 %)	1 (50 %)	1 (33,3 %)	50 (82 %)
▪ Possibilité de rencontrer un sexologue/psychologue si les difficultés persistent ou que le besoin s'en fait ressentir				
9 (32,1 %)	15 (53,6 %)	0	1 (33,3 %)	25 (41 %)
▪ L'importance de la rééducation périnéale en post-partum				
26 (92,9 %)	25 (89,3 %)	0	3 (100 %)	54 (88,6 %)
▪ Aucunes informations				
0	0	2 (100 %)	0	2 (3,3)

Les autres informations apportées par les professionnels étaient la possibilité d'utiliser un lubrifiant (4), et la possibilité d'écoulements de lait lors des rapports (2).

2.5 La conduite à tenir lors de la VPN

2.5.1 Fait de prescrire un traitement pour des dysfonctions sexuelles lors de la VPN

Tableau XIII : Prescription d'un traitement pour difficultés sexuelle lors de la VPN, n (%)

	Sages-femmes	Gynécologues	Médecins généralistes	Internes	Effectif total concerné
Oui	21 (75)	22 (78,6)	0	0	43 (70,6)
Non, jamais	7 (25)	6 (21,4)	2 (100)	3 (100)	18 (29,5)

29,5% des professionnels de santé interrogés n'ont jamais prescrit de traitement pour une dysfonction sexuelle en post-partum.

Tableau XIV: Prescription d'un traitement pour une difficulté sexuelle lors de la VPN en fonction de la formation en sexologie du praticien, n (%)

	Enseignement reçu	Aucun enseignement
Oui	21 (84 %)	22 (61,1 %)
Non, jamais	4 (16 %)	14 (38,9 %)

Les professionnels ayant reçu un enseignement en sexologie était plus nombreux à avoir déjà prescrit un traitement pour une DSF lors de la VPN, mais cette différence n'était pas statistiquement significative. ($p=0,09$)

2.5.2 Fait d'orienter une patiente pour des dysfonctions sexuelles lors de la VPN

Tableau XV : Orientation d'une patiente pour difficulté sexuelle lors de la VPN, n (%)

	Sages-femmes	Gynécologues	Médecins généralistes	Internes	Effectif total concerné
Oui	10 (35,7)	18 (64,3)	0	1 (33,3)	29 (47,5)
Non, jamais	18 (64,3)	10 (35,7)	2 (100)	2 (66,7)	32 (52,4)

52,4 % des professionnels interrogés n'ont jamais orienté une patiente vers un psychologue ou un sexologue lors de la visite post-natale. (0.079)

Tableau XVI : Orientation d'une patiente pour difficultés sexuelles lors de la VPN en fonction de la formation en sexologie du praticien, n (%)

	Enseignement reçu	Aucun enseignement
Oui	11 (44 %)	18 (50 %)
Non, jamais	14 (56 %)	18 (50 %)

Le fait d'avoir reçu une formation en sexologie n'influait pas le fait d'avoir déjà orienté une patiente pour difficultés sexuelles lors de la VPN. ($p=0,8$)

3. LA PRISE EN CHARGE SEXOLOGIE EN DE DEHORS DE LA VPN

Tableau XVII : Professionnels recevant des patientes pour des difficultés sexuelles du post-partum en dehors de la VPN

Profession	Praticiens(%)
Sage-femme	13 (46,4)
Gynécologue	15 (53,6)
Médecin G	9 (52,9)
Interne	1 (33,3)
Effectif total concerné	38 (50)

50% des professionnels interrogés ont déclaré recevoir des patientes pour des dysfonctions sexuelles en post-partum en dehors de la VPN.

53,6 % des médecins généralistes ont déclaré recevoir des patientes pour des difficultés sexuelles en dehors d'une visite post-natale.

4. LES REPONSES AUX CAS CLINIQUES

Trois cas cliniques ont été proposés aux participants.

4.1 Une patiente se plaignant de sécheresse vaginale la gênant lors des rapports sexuels.

La réponse la plus fréquente formulée par les praticiens était « l'utilisation d'un lubrifiant »: 85,5% des professionnels (n=65) l'auraient conseillé.

Les autres réponses apportées étaient (par ordre décroissant) :

- Fait de « rassurer la patiente » : 13,6% des professionnels
- Conseiller « la prolongation des préliminaires » : 9,2%
- Le fait d'amener la patiente à « discuter » de « son désir » et de « l'entente du couple » : 7,9 %
- « revoir le mode de contraception » : 5,3%
- Aborder « l'allaitement »: 2,7%

Les autres réponses données par les professionnels étaient : « Homéopathie », « proposer une consultation ultérieure », « s'intéresser à la sexualité antérieure à la grossesse », « réaliser un prélèvement vaginal », « proposer une rééducation périnéale », « orienter vers un sexologue ».

9 praticiens n'ont pas répondu à cette question.

Parmi les professionnels ayant répondu « l'utilisation d'un lubrifiant », 37 (soit 48,7% de la population étudiée) n'ont proposé que cette réponse sans proposer d'autres solutions et/ou conseils

4.2 Une patiente se plaignant de douleurs ressenties lors de la reprise des rapports sexuels 5 semaines après l'accouchement, elle a refusé tout rapport sexuel ensuite par peur d'avoir mal.

- 39,5% des professionnels conseilleraient « une rééducation périnéale ou massage » (« réapproprier cette zone »).
- Conseiller de « prendre le temps », de se « relaxer » pour la reprise des rapports sexuels. 31,6%

- Préconiser « l'utilisation d'un lubrifiant ». 27,7%
- Localiser la douleur en « réalisant un examen », (notamment « observer la cicatrisation »). 25%
- Discuter pour « comprendre la peur » et « rassurer » la patiente. 23,7%
- Conseiller de « favoriser la pratique des préliminaires ». 11,9%
- Conseiller de « communiquer avec son partenaire ». 9,2%
- Orienter la patiente « vers un gynécologue » (il s'agit de 2 SF et 2 Med G). 5,3%
- Orienter la patiente « vers un sexologue ou un psychologue ». 5,3%
- Proposer une prise en charge par des méthodes alternatives telles que « l'acupuncture » ou « l'homéopathie ». 2,6%
- Proposer de « revoir la patiente ultérieurement » afin d'observer l'évolution. 2,6%

11,9 % (n=9) n'ont pas répondu à cette question.

4.3 Une patiente se plaignant d'une absence de désir sexuel 7 semaines après l'accouchement.

- 38,2% des professionnels ont proposé de « rassurer la patiente » (explication sur la normalité de la situation en post-partum).
- Conseiller de « prendre le temps » (« être patiente », « retrouver l'intimité de couple progressivement »). 35,5 %
- Conseiller de « communiquer avec le partenaire ». 22,4%
- Orienter la patiente « vers un sexologue ou un psychologue ». 17,1%
- Discuter avec la patiente (« sur son rôle de mère et de femmes », « place du bébé ») 13,2%
- Proposer de revoir la patiente ultérieurement si la difficulté persiste. 9,2%
- Revoir le « mode de contraception ». 7,9%
- Conseiller « le repos ». 7,9%
- Proposer une prise en charge par des méthodes alternatives (« homéopathie », « acupuncture », « hypnose »). 3,9%

1 professionnel s'intéresserait à la sexualité antérieure.

5. LE RESSENTI DES PROFESSIONNELS

5.1 L'avis des professionnels concernant le fait d'aborder le sujet lors de la VPN

Tableau XVIII: Avis des praticiens à la question : La VPN, est-elle l'occasion d'évaluer la santé sexuelle de la femme, n, (%)

	Oui	Non	Ne sait pas
Sage-femme	21 (75,0%)	6 (21,4%)	1 (3,6%)
Gynécologue	17 (60,7%)	10 (35,7%)	1 (3,6%)
Médecin G	14 (82,4%)	1 (5,9%)	2 (11,8%)
Interne	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0
Effectif total	54 (71,1%)	18 (23,7%)	4 (5,3%)

La majorité des professionnels ont estimé que la VPN est l'occasion d'évaluer la santé sexuelle de la femme. (71%, n=54).

Il n'existe pas de différence significative entre les différentes professions ($p=0,46$).

8 professionnels ont précisé dans la rubrique « autre » que lors de la VPN il est « trop tôt » pour évaluer la santé sexuelle de la femme. 2 professionnels ont précisé que la rééducation périnéale était « plus propice » pour parler de sexualité.

5.2 L'intérêt d'aborder le sujet de la sexualité en post-partum

Tableau XIX : Avis des professionnels de santé quant au fait d'aborder ce sujet, n (%)

	Est primordial	Est un objectif de la VPN	Est une perte de temps	N'est pas votre rôle
Sage-femme	15 (53,6)	24 (85,7)	0	0
Gynécologue	7 (25)	18 (64,3)	0	0
Médecin G	3 (17,6)	9 (52,9)	0	2 (11,8)
Interne	1 (33,3)	2 (66,7)	0	0
Effectif total	26 (34,2)	53 (69,7)	0	2 (2,6)

34,2% des praticiens ont déclaré qu'il est primordial d'évaluer la santé sexuelle de la femme lors de la VPN, environ 70% que cela fait partie des objectifs de la VPN.

2,6 % que ce n'est pas leur rôle (il s'agissait de médecins généralistes, 11,8% d'entre eux).

5.3 Le niveau d'aisance des professionnels pour aborder le sujet

5.3.1 Le niveau d'aisance selon la profession

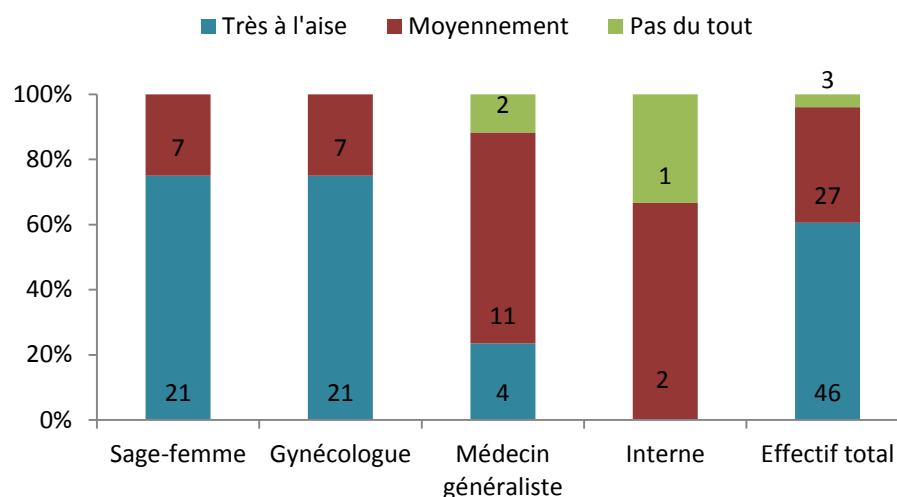


Figure 3 : aisance à parler de sexualité avec les patientes en post-partum

60,5 % des professionnels interrogés ont déclaré être très à l'aise pour aborder le sujet de la sexualité en post-partum avec les patientes, 35,5 % sont moyennement à l'aise et 3,9% pas du tout à l'aise.

Les sages-femmes et gynécologues se sont déclarés être plus à l'aise que les médecins généralistes pour parler de sexualité en post-partum 75% très à l'aise contre 23,5% des médecins généralistes. ($p=0,0003$).

5.3.2 Le n'niveau d'aisance selon l'enseignement reçu

Tableau XX: Niveau d'aisance des professionnels à aborder le sujet de la sexualité en fonction de l'existence d'un enseignement en sexologie, n (%)

	Très à l'aise	Moyennement	Pas du tout
Enseignement	20 (80)	5 (20)	0
Aucun enseignement	26 (51)	22(43,1)	3 (5,9)

De façon significative, on observe que les professionnels n'ayant pas reçu d'enseignement en sexologie sont moins à l'aise pour aborder le sujet de la sexualité, en effet seuls 51% d'entre eux se sentent très à l'aise. ($p=0,04$).

5.3.3 Le niveau d'aisance selon l'expérience

Tableau XXI : Niveau d'aisance à parler de sexualité en post-partum en fonction de l'expérience du praticien, n (%)

Années d'exercice	Très à l'aise	Moyennement	Pas du tout
< 10 ans	18 (72)	7 (28)	0
entre 10 et 20 ans	8 (44,4)	8 (44,4)	2 (11,1)
> 21 ans	19 (61,3)	12 (38,7)	0

L'expérience professionnelle du praticien n'influe pas sur son niveau d'aisance à parler de sexualité en post-partum. ($p=0,13$)

5.3.4 Le niveau d'aisance selon le sexe du praticien

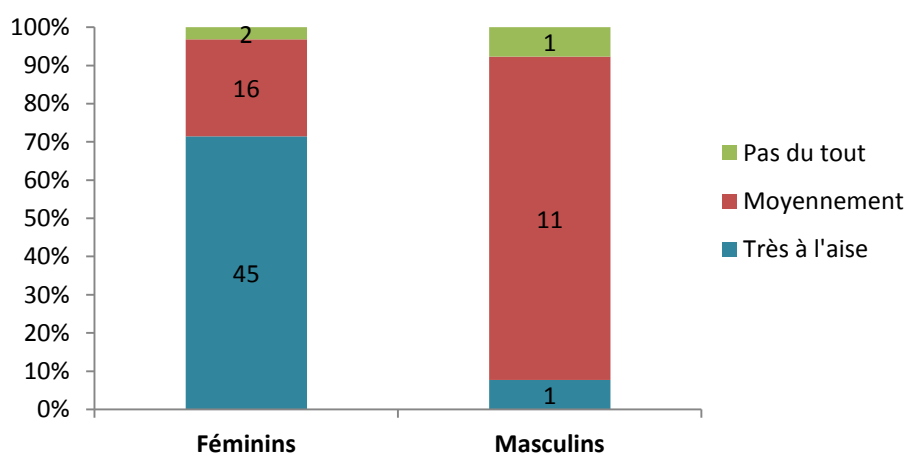


Figure 4 : Niveau d'aisance à parler de sexualité selon le sexe du praticien

Les femmes participant à notre étude étaient significativement plus à l'aise que les hommes pour parler de sexualité en post-partum avec les patientes. ($p=2,7 \cdot 10^{-5}$)

5.4 Les difficultés rencontrées par les professionnels.

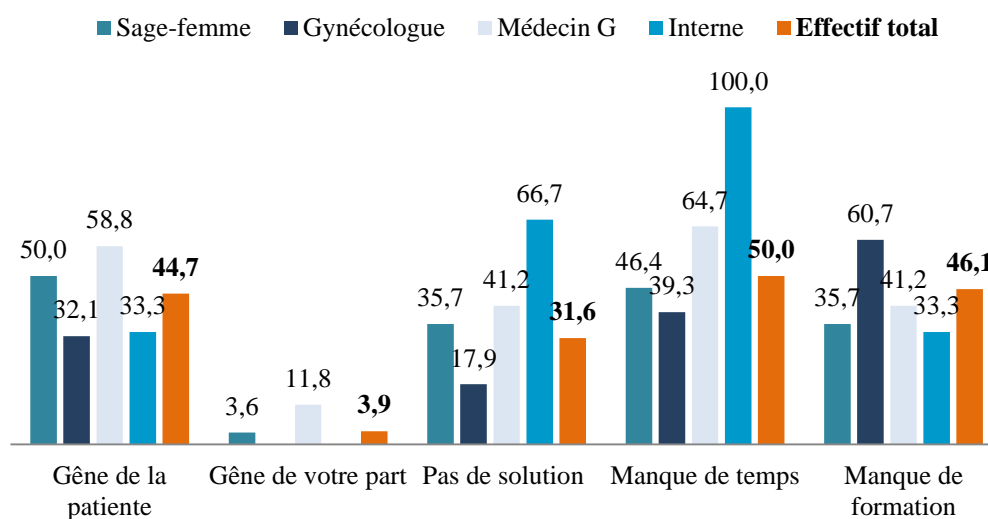


Figure 5 : Les difficultés rencontrées par les professionnels, nombre de professionnels concernés en %

Aucun des professionnels de santé participant à l'étude, n'a déclaré ne rencontrer aucune difficulté à aborder le sujet de la sexualité en post-partum avec les patientes.

La difficulté la plus évoquée par les praticiens était le manque de temps lors de la consultation (50%), puis le manque de formation, la gêne venant de la patiente et l'impression de ne pouvoir apporter de solutions ou conseils. Peu de praticiens ont déclaré ressentir une gêne de leur part.

61,8% ont déclaré rencontrer au moins 2 difficultés à aborder la sexualité du post-partum avec les patientes.

Les autres difficultés déclarées par les professionnels étaient : « un sujet pas assez abordé même en dehors de la grossesse », et « ce n'est pas la priorité ».

5.5 L'avis des professionnels sur la formation en sexologie

5.5.1 La formation initiale

Tableau XXII : Professionnels estimant leur formation initiale en sexologie insuffisante

	Nombre de professionnels (%)
Sage-femme	28 (100)
Gynécologue	24 (85,7)
Médecin G	16 (94,1)
Interne	3 (100)
Effectif total concerné	71(93,4)

93, 4 % des professionnels de santé interrogés ont estimé avoir une formation initiale insuffisante en sexologie pour prendre en charge des difficultés sexuelles du post-partum.

5.5.2 La nécessité d'une formation supplémentaire

Tableau XXIII : Professionnels estimant nécessaire une formation supplémentaire en sexologie

	Nombre de professionnels (%)
Sage-femme	25 (89,3)
Gynécologue	17 (60,7)
Médecin G	10 (58,8)
Interne	3 (100)
Effectif total concerné	55 (72,4)

72,4 % des professionnels interrogés, estimaient nécessaire une formation supplémentaire en sexologie afin de prendre en charge des difficultés sexuelles du post-partum.

5.5.3 L'intérêt d'une formation supplémentaire

12 professionnels participant à cette étude avaient reçu une formation supplémentaire en sexologie suite à leur cursus initial. 75% ont estimé que cela leur permettait de mieux reconnaître les troubles de la sexualité et de mieux orienter les patientes présentant des difficultés sexuelles. 66,7 % ont estimé que cette formation supplémentaire leur permettait d'aborder le sujet de la sexualité plus facilement avec les patientes et de mieux les conseiller.

DISCUSSION

1 LES LIMITES DE L'ETUDE

1.1 L'effectif

L'effectif recueilli de 76 réponses n'était pas suffisant pour pouvoir analyser toutes les variables et obtenir ainsi des résultats significatifs. Nous aurions pu contacter le centre hospitalier de Thiers, mais pour des contraintes budgétaires, l'étude s'est limitée à trois maternités du Puy de Dôme.

1.2 Le lieu

L'étude aurait pu être réalisée sur l'ensemble de la région Auvergne afin d'avoir une répartition plus homogène des différents professionnels exerçant en milieu hospitalier et libéral. En effet, les sages-femmes hospitalières étaient peu représentées.

1.3 Le questionnaire

Certaines questions fermées ont pu induire un biais, les réponses « oui » ou « non » ont pu orienter les réponses des personnes indécises. De plus, l'étude se limite aux déclarations des professionnels, il aurait été intéressant de les confronter aux déclarations de patientes en post-partum.

A posteriori et d'après les réponses obtenues, certaines questions nécessitaient une reformulation afin d'obtenir des réponses plus précises, il s'agissait des questions suivantes :

- Concernant la question (n°9- A) sur le fait de parler de sexualité lors de la VPN systématiquement, occasionnellement ou jamais. La sexualité n'étant pas perçue de la même façon par chacun d'entre nous, il aurait été préférable de demander aux participants, s'ils abordaient systématiquement, occasionnellement ou jamais chacun des sujets de la sexualité (reprise des rapports, contraception ;..). En effet pour certains, parler de sexualité signifiait peut-être seulement parler de contraception par exemple.
- La question n°12 nécessitait une précision. Il aurait été intéressant de demander au praticien qui a déjà prescrit un traitement pour une dysfonction sexuelle, quels étaient le ou les types de traitements prescrits.

- La question n°14 aurait nécessité une précision afin de savoir quelles étaient les principaux motifs de consultation pour difficultés sexuelles en dehors de la VPN.

2. LES POINS FORTS

Il était intéressant de recueillir l'avis des professionnels concernant le sujet de la sexualité en post-partum. Peu d'études se sont intéressées à ce sujet et particulièrement à la pratique des professionnels prenant en charge les patientes durant la période du post-partum.

Cette étude a permis de sensibiliser les professionnels aux difficultés sexuelles du post-partum qui sont peu formés en sexologie. Certains avis et commentaires des professionnels l'ont d'ailleurs montré : « *J'y ferai plus attention* » ont précisé plusieurs professionnels. « *Il y aura désormais une question supplémentaire dans mon interrogatoire* ».

Ce travail a mis un manque de formation dans le domaine de la sexologie et un réel besoin de se former. Il a principalement pu mettre en évidence les difficultés que rencontrent les professionnels à aborder et prendre en charge la sexualité.

3. LA POPULATION ETUDIEE

3.1 L'échantillon

3.1.1 Le lieu d'exercice

L'échantillon n'était pas représentatif de l'ensemble des professionnels. Les sages-femmes exclusivement hospitalières étaient peu représentées dans cette étude (n=5), puisqu'elles sont peu nombreuses à réaliser des consultations en milieu hospitalier. Il y avait donc une majorité de sages-femmes libérales (71,4%).

3.1.2 Le taux de participation

Le taux de participation global était de 51,7 %.

Il a été observé une forte disparité de taux de réponse entre les différentes catégories de professionnels interrogés.

Les sages-femmes ont semblé plus sensibles au sujet de la sexualité du post-partum. 70 % des sages-femmes ont participé à l'étude, seulement 49,1% de gynécologues ont répondu.

Le taux de participation des médecins généralistes était faible (34,1%). Ils se sont probablement sentis moins concernés par cette étude réalisée par une étudiante sage-femme. Certains ont précisé qu'ils ne réalisaient pas de suivi de grossesse et n'ont donc pas répondu à cette étude. Les médecins généralistes sont pourtant susceptibles de recevoir des patientes éprouvant des difficultés sexuelles en post-partum.

Enfin, un meilleur taux de participation a été observé en milieu hospitalier, il est en effet de 63,8% contre 46% en libéral. Cette différence s'explique par le fait que le retour du questionnaire était facilité en milieu hospitalier par l'intermédiaire des pochettes retours. Les professionnels libéraux devaient retourner le questionnaire rempli par voie postale ou électronique

3.2 La pratique de la VPN

Toutes les sages-femmes et gynécologues réalisaient la visite post-natale.

Seuls 2 médecins généralistes sur 17 réalisaient la visite post-natale. Ils sont pourtant habilités à le faire [7]. Le fait que peu de médecins généralistes réalisent la VPN pouvait expliquer le faible taux de participation à cette étude.

3.3 La formation en sexologie

Cette étude a mis en évidence **un déficit de formation en sexologie chez l'ensemble des professionnels de la santé prenant en charge des femmes en post-partum**. La majorité des praticiens (67,1%) n'avait reçu aucune formation en sexologie.

3.3.1 L'enseignement initial

Seulement 7% des gynécologues ont déclaré avoir reçu un enseignement initial en sexologie. **Aucun médecin généraliste n'avait reçu d'enseignement initial en**

sexologie. Le tronc commun des études de médecine comporte pourtant un item sur « la sexualité normale et ses troubles ». De plus, le DES de spécialité de gynécologie-obstétrique comporte un enseignement sur la sexualité et la reproduction. [34-36]

Le contenu de ces enseignements ne semble pas représenter des notions de sexologie pour les professionnels. On peut par ailleurs se demander quel est l'importance consacré à ces enseignements, sont-ils complets ? Le nombre d'heures consacré à ces enseignements est-il adapté ?

50% des sages-femmes avaient reçu une formation initiale, ce taux peut s'expliquer par les différences d'années d'obtention de diplôme. En effet, 85,7 % des sages-femmes ayant reçu un enseignement initial en sexologie était diplômées après 2003. Le décret prévoyant un enseignement en sexologie durant le cursus des études de maïeutique datait de 2001. [32]

3.3.2 La formation supplémentaire

Peu de professionnels (15,8%) avaient participé à une formation supplémentaire en sexologie suite à l'obtention de leur diplôme. Ils étaient pourtant nombreux à estimer nécessaire de se former (plus de 70%). **La formation en sexologie ne semble pas être une priorité** durant les formations initiales et continues des professionnels prenant en charge la sexualité de la femme. Peut-on prendre en charge l'organe génital féminin sans en connaître la fonctionnalité ? Peut-on dissocier l'anatomie de l'organe sexuel et de sa fonctionnalité ?

4 L'ÉVALUATION DE LA SANTE SEXUELLE LORS DE LA VPN

51 professionnels participant à cette étude ont déclaré réaliser la visite post-natale. Le questionnaire nous a permis d'observer comment les professionnels abordent la sexualité lors de la VPN.

4.1 Aborder le sujet de la sexualité lors de la VPN

La proportion étonnante de praticiens déclarant aborder le sujet de la sexualité systématiquement lors de la VPN (plus de 75%) semble surévaluée. « Parler de sexualité » n'était sûrement pas perçu par tous les participants de la même façon. Il

pouvait en effet s'agir de parler de contraception (abordé par plus de 95%), ou encore de la reprise des rapports sexuels en post-partum sans en approfondir la problématique (95% des professionnels abordant la sexualité lors de la VPN ont déclaré poser la question de la reprise des rapports sexuels, alors que moins de 50% abordaient le ressenti de la patiente concernant sa sexualité).

Il est important d'observer que ce sont majoritairement les sages-femmes qui abordaient de façon systématique la sexualité lors de la VPN. Elles étaient ainsi plus de 95% à le faire contre 70% des gynécologues. Faut-il mettre cela en lien avec la formation initiale des professionnels ? Les sages-femmes étaient effectivement plus formées en sexologie que les gynécologues durant le cursus universitaire. Mais cette différence de pratique s'explique probablement par la relation qu'entretiennent les sages-femmes avec les patientes. Elles peuvent avoir une relation plus étroites en suivant les patientes en prénatale lors des cours de préparation à la naissance par exemple, puis en post-partum lors de la rééducation périnéale [44]

Plus de 20% ont déclaré aborder occasionnellement le sujet de la sexualité lors de la VPN et un seul professionnel ne l'abordait jamais (il s'agissait d'un gynécologue).

Il est intéressant de noter que **parmi ceux qui abordent le sujet occasionnellement, la majorité (environ 70%) l'aborde lorsque la patiente aborde elle-même le sujet.** Les patientes estiment pourtant que l'initiative pour parler de sexualité lors d'une consultation doit venir du professionnel de santé [6, 29].

Moins de 50% des professionnels de santé abordant le sujet de la sexualité occasionnellement, le faisaient lorsque la patiente avait subi un traumatisme périnéal. Le traumatisme périnéal est pourtant corrélé à la survenue de dyspareunies en post-partum. [20, 21, 26]

Enfin moins de 10% parlaient de sexualité lors de la VPN, lorsque la patiente leur semblait déprimée. Les patientes déprimées sont pourtant moins susceptibles de reprendre les rapports sexuels en post-partum, et plus susceptibles de déclarer des problèmes de sexualité en post-partum. [23]

Il existe donc un déséquilibre entre les initiatives prises par les professionnels pour parler de sexualité et les besoins qu'auraient les patientes. Les professionnels ne semblent pas sensibles aux patientes à risques de rencontrer des difficultés sexuelles (dépression, traumatisme périnéal..). De plus pourquoi parler de sexualité devrait être

une initiative de la patiente ? Le professionnel de santé par son rôle préventif et éducatif se doit d'aborder le sujet spontanément afin de favoriser un dialogue autour de la sexualité.

Un résultat ressort ainsi et répond au premier objectif de cette étude :

Plus de 75 % des praticiens ont déclaré aborder systématiquement le sujet de la sexualité avec les patientes lors de la visite post-natale.

Mais est-ce que proposer ou parler de contraception signifie pour ces praticiens qu'ils ont abordé la sexualité ? Peut-on se permettre de négliger le ressenti des femmes lorsqu'on parle de sexualité ?

4.2 Les questions posées

Nous avons pu observer quelles sont les questions posées par les professionnels de santé à propos de sexualité lors de la VPN.

Comme décrit dans la littérature, la question la plus abordée lors de la VPN était « le moyen de contraception utilisé en post-partum ». [6]

Ensuite, il s'agissait de « la reprise des rapports sexuels », du « motif d'une non reprise de l'activité sexuelle » et « des difficultés rencontrées ». Ces questions qui sont posées par plus de 80% des professionnels participant à l'étude semblaient adaptées puisque la moyenne de reprise des rapports sexuels en post-partum se situe à 6 semaines de l'accouchement. [5, 6] Elles répondent de plus aux recommandations de la HAS stipulant d' « aborder les éventuelles difficultés rencontrées ». [7]

Certaines questions étaient peu posées par les praticiens lors de la VPN. Moins de 50% des professionnels de santé ont déclaré demander à la patiente quel était « son ressenti concernant sa sexualité ». Il semble pourtant difficile d'évaluer la santé sexuelle sans parler du ressenti de la patiente. [35, 36]

De plus, « l'entente du couple depuis la naissance » abordée par environ 30% des professionnels, « la communication du couple concernant la sexualité » et « le ressenti du partenaire » abordée par environ 20% sont les questions les moins abordées lors de la VPN. La communication dans le couple est pourtant garante de l'entente du couple et donc d'une sexualité harmonieuse. Ce sont les items essentiels dans l'évaluation de la satisfaction sexuelle. [20, 25, 36] Par ailleurs, les professionnels étaient peu (moins de

10%) à avoir conseillé de « communiquer avec le partenaire » face aux cas clinique d'une patiente craintive présentant des douleurs lors de la reprise de rapports sexuels en post-partum.

Tous les professionnels n'appliquent donc pas les recommandations de la HAS stipulant d'aborder des questions sur « l'intimité du couple » lors de la VPN. [7]

Les professionnels posent des questions concernant la sexualité qui leur permettront d'identifier un problème ou une difficulté (en parlant de la reprise des rapports sexuels et ou des éventuelles difficultés survenues).

En revanche, des questions concernant l'intimité du couple et le ressenti de la patiente sont peu abordées par les praticiens. En ne s'intéressant pas à ces points essentiels, il semble difficile pour les professionnels de pouvoir comprendre l'origine des troubles éventuellement mis en évidence, de les prendre en charge, ou de simplement apporter une écoute qui suffirait à régler le problème.

Réponse à l'objectif principal :

La majorité des professionnels abordent donc la sexualité de la femme en post-partum lors de la VPN. Mais ils ne semblent pas réaliser une réelle évaluation de la santé sexuelles des femmes, tous les aspects de la sexualité n'étant pas abordés lors de cette consultation.

4.3 Les informations délivrées

L'information la plus délivrée par les professionnels de santé abordant le sujet de la sexualité lors de la VPN était « l'importance de la rééducation périnéale » (88,6% ont déclaré en informer les patientes). La rééducation périnéale paraît donc être une information importante pour les professionnels de santé. Mais on peut se demander si son importance était pour les professionnels, de prévenir d'éventuels troubles périnéo-sphinctériens tels que l'incontinence urinaire ou fécale ou de retrouver une sexualité satisfaisante ?

Moins de 70 %, ont déclaré informer la patiente de « la modification physiologique de l'activité sexuelle en post-partum ». Les femmes ont pourtant besoin d'être rassurées sur le caractère physiologique de ces modifications en post-partum. [34]

Nous avons d'ailleurs observé dans les cas cliniques proposés aux professionnels, un faible taux de professionnels proposant de « rassurer » la patiente ou de « discuter » avec la patiente.

Seulement 40% des professionnels ont déclaré informer les patientes de la possibilité de consulter un spécialiste si des difficultés persistent. Ils étaient d'ailleurs environ 50% à avoir déclaré orienter une patiente pour difficultés sexuelles vers un sexologue ou psychologue lors de la VPN. De même ils étaient peu à avoir conseillé à la patiente de voir un psychologue ou sexologue face à un cas clinique de difficultés sexuelles (5,3% ont déclaré orienter vers un sexologue la patiente présentant des douleurs lors de la reprise des rapports sexuels). Certains professionnels estimaient qu'il serait « prématuré de parler de sexologue et de réelles dysfonctions du post-partum » lors de la VPN. Certaines difficultés du post-partum ne nécessitent pas en effet d'aller voir un sexologue, elles peuvent être résolues par la parole. [42]

Les 2 médecins généralistes réalisant la VPN, ne délivraient aucune information concernant la sexualité du post-partum. Ils sont probablement moins au courant des informations à donner aux patientes lors de la VPN, de plus ils ne réalisaient peut-être pas de façon régulière des VPN.

5 LA PRISE EN CHARGE DE LA SEXUALITE DU POST-PARTUM EN DEHORS DE LA VPN

Un des objectifs secondaires de l'étude était de déterminer si les professionnels de la santé avaient l'occasion de prendre en charge la sexualité du post-partum en dehors de la VPN. **1 praticien sur 2 avait l'occasion de prendre en charge des difficultés sexuelles du post-partum en dehors de la VPN.**

Il est intéressant d'observer que seulement 2,63% des médecins généralistes réalisaient la VPN, et que 53,6 % des médecins généralistes ont déclaré recevoir des patientes pour des difficultés sexuelles du post-partum en dehors de la VPN. **Il existe donc un besoin de consultation pour des problèmes de sexualité du post-partum** qui peut faire intervenir les médecins généralistes.

On observe bien que les professionnels ne sont pas tous amenés à revoir les patientes après la VPN. Il n'existe dans ce cas pas d'autres moments pour aborder la sexualité des femmes en post-partum. Les difficultés peuvent pourtant être rencontrées plus à distance de l'accouchement [6]

Par ailleurs, les professionnels de santé ne semblaient pas proposer de suivi en dehors de la VPN. Il paraît étonnant que face à un cas de difficulté sexuelle du post-partum il n'y ait pas de propositions de suivi gynécologiques sur le long terme, ni de proposition d'orientation vers un spécialiste. (Seuls 2,6% ont conseillé de revoir la patiente qui présente des douleurs lors de la reprise des rapports sexuels et moins de 10% si elle présente une absence de désir à 7 semaines de l'accouchement).

1 professionnel de santé sur 2 a déclaré ne pas recevoir de patientes pour des difficultés sexuelles du post-partum en dehors de la VPN. Il existe pourtant une forte prévalence de la morbidité sexuelle en post-partum, avec des difficultés pouvant survenir ou persister à distance de la VPN. Plus de 80% des femmes primipares connaissent au moins une difficulté sexuelle dans les trois premiers mois du post-partum. Et seules 15% en parlent avec un professionnel. En France, 40% des femmes déclarent une absence de désir 12 mois après l'accouchement, ont-elles l'occasion d'en parler avec un professionnel de santé ? [6]

Il apparaît primordial de pouvoir aborder le sujet de la sexualité lors de la VPN qui est une consultation obligatoire.

6 LE RESSENTI DES PROFESSIONNELS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE LA SEXUALITE

6.1 Faut-il parler de sexualité lors de la VPN ?

La majorité des praticiens a estimé que la VPN est l'occasion d'évaluer la santé sexuelle de la femme. Nous nous sommes pourtant rendu compte qu'ils ne réalisaient pas une réelle évaluation de la santé sexuelle.

Environ un quart des professionnels ont tout de même répondu que la VPN n'est pas l'occasion d'évaluer la santé sexuelle de la femme (en précisant que c'est « trop tôt »). En effet toutes les femmes ne reprennent pas les rapports sexuels avant la VPN, 62% ayant repris une activité sexuelle à 8 semaines de l'accouchement. [6]

Mais quel est alors le moment pour proposer une prise en charge de la sexualité du post-partum et de ses difficultés ? Etant donné que peu de femmes consultent spontanément et que les praticiens confirment qu'il existe un manque de suivi de la sexualité des femmes. Certains professionnels ont en effet précisé « un manque de suivi » comme difficulté concernant le fait d'aborder la sexualité en post-partum.[6] Face aux cas cliniques classiques de difficultés sexuelles du post-partum, seuls 2,6% des professionnels ont proposé de revoir la patiente qui présenterait des dyspareunies.

La majorité des professionnels a estimé qu'aborder le sujet de la sexualité lors de la VPN est un objectif de cette consultation, tel que le recommande la HAS.

Néanmoins, seuls 25% des gynécologues et environ 50% des sages-femmes pensaient qu'aborder ce sujet était primordial. Plusieurs professionnels ont d'ailleurs précisé que « ce n'est pas la priorité de la VPN ». Est-ce que les professionnels sont réellement en accord avec les recommandations de la HAS ? Pourquoi n'accordent-ils pas une place plus importante à la sexualité lors de la consultation ? Il semble dommage que des patientes consultent ultérieurement un médecin généraliste pour des difficultés sexuelles en post-partum ; alors qu'elles auraient pu parler avec le gynécologue ou la sage-femme lors de la VPN et que ceux-ci auraient pu leur proposer un suivi si elles en ressentaient le besoin.

6.2 Niveau d'aisance

Pour parler de sexualité en post-partum, tous les professionnels n'étaient pas « très à l'aise ». 35,5 % ont déclaré être « moyennement à l'aise » (3,9% pas du tout à l'aise). Les sages-femmes et gynécologues n'ont pas déclaré se sentir « pas du tout à l'aise ».

Les médecins généralistes se sont révélées être les professionnels les moins à l'aise. Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils prennent moins en charge les femmes durant leur grossesse. Mais ils sont pourtant les plus nombreux à avoir déclaré recevoir

des patientes pour difficultés sexuelles du post-partum en dehors d'une visite post-natale. Cela implique donc qu'ils puissent être à l'aise à aborder ce sujet.

Il est important de noter que les femmes étaient significativement plus à l'aise que les hommes (70% très à l'aise contre 7%) pour parler de sexualité avec les patientes en post-partum. Cela pourrait être expliqué par le fait qu'elles aient pu avoir vécu cette expérience de la grossesse, du nouveau rôle de mère, et éventuellement des difficultés sexuelles du post-partum. « *L'abord de la sexualité m'est plus facile en raison de mon expérience de femme* » a précisé un médecin. Cette différence s'explique aussi par le fait que les médecins généralistes enquêtés étaient majoritairement des hommes.

6.3 Les difficultés rencontrées par les professionnels de santé

Malgré que la majorité (60%) des professionnels participant à l'étude aient déclaré se sentir très à l'aise pour parler de sexualité en post-partum, **tous les professionnels participant à notre étude rencontraient au moins une difficulté à aborder le sujet sexualité.** Et plus de 60% ont déclaré rencontraient au moins deux difficultés différentes pour parler de sexualité en post-partum.

Il s'agissait principalement du manque de temps lors de la consultation et du manque de formation. En effet, les consultations d'environ vingt minutes peuvent être trop courtes pour aborder tous les sujets à aborder avec la jeune mère. Mais **le manque de temps lors des consultations ne serait-il pas un prétexte de la part des professionnels qui ne souhaitent pas s'occuper de la sexualité ? Le manque de temps ne pourrait-il pas se résoudre en proposant des consultations ultérieures afin de proposer une prise en charge et une écoute aux patientes qui en auraient besoin. Nous l'avons vu, peu de professionnels proposent un suivi des patientes en difficultés.**

Venait ensuite, la gêne venant de la patiente et l'impression de ne pouvoir apporter de solution.

Les femmes peuvent se sentir gênées pour parler spontanément de leurs difficultés sexuelles et estiment d'ailleurs que l'initiative doit venir du professionnel de santé.

[6, 29].

L'impression de ne pouvoir apporter de solution est une difficulté qui renforce la problématique du déficit concernant la formation en sexologie des professionnels. Il a par ailleurs été observé le manque de solutions proposées par les professionnels : 1 participant sur 10 n'a pas répondu aux cas cliniques, et pour un bon nombre de professionnels, les conseils se sont limités à prescrire un lubrifiant à la patiente présentant des sécheresses vaginales.

Enfin concernant les difficultés rencontrées par les participants, peu de professionnels ont déclaré se sentir gênés pour parler de sexualité avec les patientes. Cela montrait ainsi que le sujet n'était pas tabou pour eux.

Nous avons pu répondre à notre deuxième objectif secondaire et mettre ainsi en évidence les principales difficultés rencontrées par les professionnels concernant le fait de parler de sexualité avec les patientes en post-partum. Le manque de temps lors des consultations et de formation en sexologie ont été mis en évidence. Ces difficultés incitent à s'interroger quant à l'implication des professionnels de santé concernant la santé sexuelle des femmes.

Le manque de formation semble être dû à un enseignement initial insuffisant, mais peu de professionnels ont reçu des formations complémentaires.

Si le manque de formation apparaît comme une réelle difficulté pour les professionnels qui peuvent se sentir démunis, le manque de temps semble représenter un désintérêt de la part des professionnels pour la santé sexuelle féminine.

7 LA FORMATION EN SEXOLOGIE

7.1 Son intérêt

Dans cette étude nous avons pu mettre en évidence **que l'existence d'une formation reçue par le professionnel avait une influence significativement positive sur son niveau d'aisance** à parler de sexualité en post-partum. En effet, parmi les professionnels ayant reçu un enseignement en sexologie (initial ou supplémentaire) 80% ont déclaré être très à l'aise contre 51% des professionnels n'ayant reçu aucun

enseignement en sexologie. Par ailleurs, ceux s'étant déclarés pas du tout à l'aise n'avaient reçu aucun enseignement en sexologie.

De plus, la formation en sexologie supplémentaire paraissait avoir un réel bénéfice, les professionnels ont estimé qu'elles leurs permettaient de mieux reconnaître les troubles de la sexualité et de mieux orienter les patientes.

En revanche la formation reçue en sexologie n'influençait pas de façon significative la prise en charge de la santé sexuelle dans le post-partum. En effet, nous n'avons pas observé de différence significative concernant le fait d'aborder la sexualité lors de la VPN, le fait d'avoir déjà prescrit un traitement ou orienté une patiente lors de la VPN.

Une discordance importante a été observée dans cette étude : **si la majorité des professionnels s'est déclarée être très à l'aise, ils étaient nombreux (72,4%) à estimer nécessaire une formation supplémentaire** dans ce domaine pour prendre en charge des difficultés sexuelles du post-partum. Mais ils ne sont que 15,8% à avoir bénéficié d'une formation supplémentaire. La formation dans ce domaine ne semble donc pas une priorité, s'agit-il d'un désintérêt des professionnels de santé pour la sexologie ? Il pourrait s'agir d'un manque de temps pour se former, le DIU de sexologie ayant une durée de trois ans. Il existe pourtant des formations de courtes durées rentrant dans le cadre du DPC

Une autre question s'impose, si les professionnels estiment ne pas avoir les outils nécessaires pour prendre en charge des difficultés sexuelles pourquoi n'orientent-ils pas plus les patientes ?

7.2 Est-elle insuffisante ?

La formation initiale en sexologie paraît insuffisante, la majorité (environ 90%) des professionnels l'ayant déclaré.

Il existe pourtant des enseignements obligatoires relatifs à la sexualité. [31-36]

Les sages-femmes ont depuis 2001 une quinzaine d'heures de sexologie durant leur cursus universitaire. [32] Toutes les sages-femmes participant à cette étude ont déclaré avoir une formation initiale insuffisante en sexologie. Est-ce que l'enseignement récemment proposé aux sages-femmes est adapté à leur profession ?

Les médecins généralistes n'ont pas d'enseignement de sexologie prévu durant leur cursus universitaire excepté un item sur « la sexualité normale et ses troubles » durant le tronc commun du deuxième cycle des études médicales. Cela semble insuffisant pour prendre en charge des difficultés sexuelles [36]. La majorité a ainsi estimé que leur formation initiale était insuffisante dans ce domaine (94% d'entre eux).

L'enseignement en sexologie des gynécologues apparaît elle aussi insuffisante, (85% l'ont déclaré comme telle), l'enseignement adressé aux internes du DES de gynécologie-obstétrique « sexualité, reproduction et fertilité », leur apporte-t-il des notions concernant la sexologie et la prise en charge de difficultés ? [36]

7.3 La formation supplémentaire en sexologie

Dans cette étude, les gynécologues étaient les praticiens les plus nombreux (25% d'entre eux) à avoir reçu une formation supplémentaire en sexologie. Cela pouvait s'expliquer par le fait que contrairement aux sages-femmes, les gynécologues-obstétriciens ont déclaré en majorité n'avoir reçu aucun enseignement initial en sexologie.

Nous répondons ainsi au dernier objectif secondaire de l'étude : L'enseignement reçu en sexologie permet aux professionnels de parler plus aisément de sexualité avec les patientes. Le fait d'avoir reçu une formation supplémentaire en sexologie semblait être bénéfique pour les professionnels concernant la prise en charge de la sexualité des femmes en post-partum et le dépistage des difficultés sexuelles.

8 PROJET D'ACTION

8.1 Développer la formation initiale en sexologie

Cette étude a pu mettre en évidence un réel manque de formation en sexologie des professionnels de santé susceptibles de prendre en charge la femme en post-partum (les sages-femmes, gynécologues et médecins généralistes).

Il semble donc primordial de favoriser l'enseignement en sexologie de ces professionnels.

Concernant les sages-femmes, il s'agirait de l'adapter de plus en plus à notre profession. Le dernier décret datant de 2013 relatif au régime des études de maïeutique propose d'ailleurs des unités d'enseignements de gynécologie qui ont pour but : « d'aborder la sexualité lors de consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention », « d'appréhender les aspects biopsychosociaux de la sexualité et les principaux motifs de plaintes ». Il est important d'apporter aux sages-femmes des outils de prises en charges de ces plaintes sexuelles. [34]

L'item concernant la sexualité et ses troubles du tronc commun des études médicales devrait être approfondi afin de mieux sensibiliser les futurs praticiens. L'enseignement théorique des internes préparant le DES de gynécologie-obstétrique devrait peut-être contenir un module de sexologie semblable à celui du cursus maïeutique.

Enfin, il semblerait particulièrement intéressant de pourvoir mettre en place une unité d'enseignement en sexologie commune aux étudiants du deuxième cycle des études de médecine et de maïeutique.

De plus, les difficultés sexuelles du post-partum pourraient être abordées lors de l'enseignement des pathologies du post-partum aussi bien pour les étudiants en maïeutique que ceux en deuxième cycle des études médicales.

8.2 Favoriser la formation supplémentaire en sexologie

Il pourrait être proposé de promouvoir les formations en sexologie pour les professionnels de la santé. Dans le cadre de la formation continue, les professionnels peuvent avoir accès à des formations en sexologie. [37]

Le Conseil départemental de l'ordre des sages-femmes organise notamment des journées de formations à thème, celles-ci pourraient être l'occasion de sensibiliser des sages-femmes libérales ou hospitalières sur la santé sexuelles de la femme en post-partum et de leur proposer des formations dans le domaine de la sexologie.

L'association interdisciplinaire postuniversitaire en sexologie propose des formations dans le cadre du DPC concernant la sexualité du post-partum telles que : « Évaluer et prendre en charge les difficultés sexuelles du post-partum et des femmes jeunes. » (le 27 Juin 2014 à Biarritz).

Il serait intéressant de pouvoir organiser un groupe de travail sous forme de staff au sein du CHU Estaing abordant la sexualité du post-partum. Cela permettrait de sensibiliser les professionnels hospitaliers sur ce sujet et pourrait les inciter à parler de sexualité avec leurs patientes.

8.3 Favoriser les prises en charge multidisciplinaires et les orientations vers des spécialistes

Nous avons observé qu'il existait un manque d'orientation et de suivi des patientes présentant des difficultés en post-partum. Il serait donc intéressant d'ouvrir au sein du CHU Estaing des consultations de sexologie. Les professionnels hospitaliers (sages-femmes et gynécologues) pourraient ainsi orienter des patientes en difficultés ou en besoin vers un sexologue qui les prendrait en charge dans la même structure. Des patientes pourraient aussi être amenées à consulter un sexologue spontanément en cas de difficultés sexuelles.

8.4 Réaliser d'autres études

Enfin, il serait intéressant de réaliser d'autres études sur ce sujet encore peu étudié en France. Tout d'abord il faudrait pouvoir confronter les déclarations des professionnels à celles des patientes. Cette étude qualitative pourrait être réalisée par des entretiens à distance de l'accouchement (6mois par exemple) qui permettrait de savoir si les femmes ont eu l'occasion de parler de leur sexualité durant le post-partum (la reprise des rapports sexuels, l'entente avec leur partenaire, ..), si elles se sont senties prises en charge concernant leurs éventuelles difficultés, si elles ont été prévenues des éventuels changements intervenant dans leur sexualité, si elles se sont senties écoutées par les professionnels de santé lors de la VPN,....

De même, une autre étude qualitative pourrait être envisagée auprès des professionnels de santé de nouveau, mais par des entretiens qui permettraient de mieux appréhender leurs avis et leurs ressentis concernant le fait de prendre en charge la santé sexuelle de la femme suite à l'accouchement.

CONCLUSION

Prendre en charge la santé sexuelle des femmes doit faire partie de la prise en charge globale de la santé proposée par les professionnels du domaine de la gynécologie et de l'obstétrique. Qui mieux que les sages-femmes et gynécologues pourraient apporter une écoute, une attention et une prise en charge des éventuelles difficultés sexuelles rencontrées par les femmes et le couple suite à l'accouchement ?

A l'issue de cette étude, nous concluons que la majorité des professionnels abordent le sujet de la sexualité lors de la visite post-natale.

Néanmoins, certains aspects essentiels de la sexualité restent peu évoqués et semblent négligés comme la communication du couple ou le ressenti de la femme et de son partenaire. Ainsi on ne peut prétendre à une évaluation globale de la santé sexuelle des femmes.

Il ressort de plus un déficit concernant la prise en charge sexologique des patientes. Tous les professionnels n'ont pas l'occasion de revoir des patientes présentant des difficultés sexuelles du post-partum en dehors de la visite post-natale, et une minorité propose un suivi des femmes en difficultés. Cette consultation peut donc représenter le seul moment pour prévenir, dépister et prendre en charge des difficultés sexuelles.

Le sujet de la sexualité semble sous-estimé par les professions de santé. Même si des troubles sexuels sont identifiés dans le post-partum, peu de solutions sont proposées aux femmes et aux couples en difficultés. Le maintien d'une sexualité et d'une communication harmonieuse est pourtant nécessaire à la construction du couple parental. Négliger la sexualité en post-partum, ne serait-ce pas négliger la parentalité ?

« Le secret des couples qui durent, réside dans la capacité des conjoints à entretenir un érotisme, c'est-à-dire [...] du désir l'un pour l'autre » (Philippe Brenot, psychiatre).

La sage-femme par son rôle éducatif et préventif veille au bien-être de la femme, du couple et au bon développement de l'enfant. Elle doit ainsi soutenir et aider le couple vivant le chamboulement d'une naissance, à maintenir et préserver une relation et une sexualité épanouie.

L'interdisciplinarité est nécessaire pour améliorer la prise en charge sexologique du post-partum. Néanmoins, peu de professionnels déclarent orienter des patientes pour des difficultés sexuelles. S'agit-il d'un manque de collaboration entre les sexologues et

les autres professionnels de santé ? La profession de sexologue est-elle réellement connue du public et notamment des professionnels de santé ?

La sexualité en post-partum s'avère d'abord difficile pour les professionnels de santé. Les difficultés mises en évidence sont le manque de formation en sexologie, et le manque de temps lors des consultations. La formation dans ce domaine permet aux professionnels de se sentir plus à l'aise pour parler de sexualité avec les patientes. Afin de permettre une prise en charge optimale de la santé sexuelle des femmes en post-partum et en dehors, il apparaît donc indispensable d'approfondir la formation initiale des professionnels de santé en sexologie.

Le manque de considération pour la sexualité de la part des différents professionnels de santé pourrait s'expliquer par l'absence de reconnaissance de la médecine sexuelle. La sexologie est pourtant un domaine en pleine évolution tant sur le plan de la recherche que sur le développement des prises en charge. Quelle est la place accordée à la sexologie dans le système de santé Français ? Est-elle reconnue comme une spécialité médicale à part entière ?

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Buisson O, Buvat J, Mimoun S. Le gynécologue et la sexualité des femmes : fin d'un oubli. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 2012 ; 40 : 309.
- [2] République française. Loi n°2011-814 du 7 Juillet 2011, art 38. Article L4151-1 du code de la santé publique.
[consulté le 10/12/2012]. Disponible à partir de : URL :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688926&dateTexte=&categorieLien=cid>
- [3] Hubin A, De Sutter P, Reynaert C. Les facteurs étiologiques du désir sexuel hypoactif féminin. *Sexologies* 2011 ; 20 (3) : 178- 87.
- [4] K.Von Sydow. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research* 1999 ; 47(1) : 27- 49.
- [5] Glazener CMA. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1997 ; 104 : 330- 35.
- [6] Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor CR, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2000 ; 107(2) : 186- 95.
- [7] HAS. Recommandations professionnelles. Comment mieux informer les femmes enceintes. 2005.
[consulté le 10/12/2012]. Disponible à partir de : URL :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
- [8] Darai E, Vendittelli F. Contenu minimum obligatoire d'un dossier de consultation en gynécologie. Directive Qualité du CNGOF 2010.
[consulté le 12/01/2013]. Disponible à partir de : URL :
http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/dossier_gyneco.pdf
- [9] Thuile J, Rouillon F. Psychiatrie, pédopsychiatrie Cahier des ECN. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2008. p. 122.
- [10] OMS. Définition de la santé sexuelle. 2003.
[consulté le 12/11/2012]. Disponible à partir de : URL :
<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
- [11] Bajos N, Bozon M. Transformation des comportements, immobilité des représentations. Premiers résultats de l'enquête Contexte de la Sexualité en France. *Informations Sociales* [online] 2007 ; 144 : 22- 33.
[consulté le 12/11/2012]. Disponible à partir de : URL :
<http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2007-8-page-22.htm>

- [12] Rabii R, Heddat A. Physiologie sexuelle féminine. J Maroc Urol. [online] 2010 ; 18 : 5- 9. [consulté le 21/11/2013]. Disponible à partir de : URL : <http://lazraqinfo.com/JMU/PDFJMU18/PHYSIOLOGIERabii.pdf>
- [13] Langis P, Germain B. La sexualité humaine. Bruxelles : De boeck ; 2010. p. 19, 35-36, 258-260, 382-385, 501-504, 209-227.
- [14] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique : Item 40 : Sexualité normale et ses troubles. Masson [online] 2006 ; 59- 65.
[consulté le 10/12/2012]. Disponible à partir de : URL : http://www.prepecn.com/uploads/mediatheque/poly-gynecologie_2010.pdf
- [15] AllPsych Online The virtual psychology classroom. Sexual Disorders and Dysfunction.
[consulté le 12/01/2013]. Disponible à partir de : URL : <http://allpsych.com/disorders/sexual/index.html>
- [16] Bianchi-Demicheli F, De Ziegler D. Traitement pharmacologique des dysfonctions sexuelles féminines : chimère ou réalité ? Revue Médicale Suisse [on line] 2005 ; 1(11) : 749- 53.
[consulté le 10/11/2013]. Disponible à partir de : URL : <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=30210>
- [17] Buffat J. Comment aborder les problèmes sexuels au cabinet médical ? Revue Médicale Suisse [on line] 2006 ; 58 : 798- 801.
[consulté le 10/11/2013]. Disponible à partir de : URL : <http://revue.medhyg.ch/print.php3?sid=31149>
- [18] Dietrich E. Dysfonctions sexuelles féminines. Centre Mosaïque Psychoanalyse.
[consulté le 10/11/2012]. Disponible à partir de : URL : http://www.centre-mosaique.com/publications/33_dysfonctions_sexuelles_feminines.pdf
- [19] Lansac J. Magnin G. Obstétrique pour le praticien. 5^e edition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson. 2008. p. 425- 26.
- [20] Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. Post partum Sexual Function. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2009 ; 145 : 133- 37.
- [21] Hipp LE, Kane Low L, M van Anders S. Exploring Women's Postpartum sexuality : Social, Psychological, Relational, and Birth-Related Contextual Factors. J Sex Med [on line] 2012 ; 9(9) : 2330- 41.
[consulté le 10/11/2012]. Disponible à partir de : URL : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1743-6109.2012.02804.x/abstract;jsessionid=65FBD13E99D14FB35E73323F8114FCE1.f03t01?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>
- [22] Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. Can Fam Physician 2005 ; 51: 1366- 67.

- [23] Morof D, Barrett G, Peacock J, Victor CH, Manyonda I. Postnatal Depression and Sexual Health after Childbirth. *Journal of Obstetric and Gynecology*. 2003 ; 102 (6) : 1318- 25.
- [24] Marquet J. Couple parental – couple conjugal, multiparenté – multiparentalité. *Recherches sociologiques et anthropologiques* [on line] 2010 ; 41(2) : 51- 74.
[consulté le 10/11/2012]. Disponible à partir de : URL : <http://rsa.revues.org/244>
- [25] Saurel-Cubizalles M, Romito P, Lelong P, Ancel P. Women's health after childbirth : a longitudinal study in France and Italy. *BJOG* [on line] 2000 ; 107(10) : 1202- 9.
[consulté le 10/12/21012]. Disponible à partir de : URL : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2000.tb11608.x/full>
- [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. *American Journal of Obstetric and Gynaecology* 2001; 184 : 881- 90.
- [27] Mbekenga K, Pembe A, Darj E, Christensson K, Olsson P. Prolonged sexual abstinence after childbirth : gendered norms and perceived family health risks. Focus group discussions in a Tanzanian suburb. *BMC International health and Human Rights* 2013 ; 13 (4) : 1- 11.
- [28] Kouakou KP, Doumbia Y, Djanhan LE, Ménin MM, Kouaho JC, Djanhan Y. Réalité de l'impact de la grossesse sur la sexualité. Résultats d'une enquête auprès de 200 gestantes ivoiriennes. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2010 ; 40 : 36- 41.
- [29] Devine MK, Connell K, Rowens K, Lazarou G, Melman A, Mikhail MS. Female sexual function : are patients satisfied and what do they expect from health providers. *Obst & Gyn* 2003; 101 (4) : 102.
- [30] Godet S. Prise en charge médicale des dysfonctions sexuelles, quelle place pour une spécialité de médecine en santé sexuelle ? *Sexologies* 2013 ; 22 : 56- 64.
- [31] Olsson A, Robertson A, Falk A, Nissen E. Assessing women's sexual life after childbirth the role of post-natal check. *Midwifery* 2011 ; 27 (2) : 195- 202.
- [32] République française. Annexe de l'arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme. *JORF*, 294, n°21, 2001, p : 20115
[consulté en ligne le 01/04/2014]. Disponible à partir de : URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215967&categorieLien=cid>
- [33] République française. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. *JORF*, 74, n°32, 2013, p : 5288.
[consulté en ligne le 01/04/2014]. Disponible à partir de : URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825>

[34]. République française. Annexe de l'arrêté du 8 avril 2013 fixant le régime des études en vue du premier et du deuxième cycle. BO Minist de l'éducation nationale, de l'enseignement et de la recherche, 2013, n°20.

[consulté le 01/04/2014]. Disponible à partir de : URL : http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=71544&cbo=1

[35] République française. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. JORF, 72, 1997, p 4684.

[consulté le 01/04/2014]. Disponible à partir de : URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000565003&categorieLien=id>

[36] République française. Annexes U, U' et V de l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.

BO Minist education nationale, enseignement supérieur et recherche, 2004, n°39.

[consulté en ligne le 01/04/2014]. Disponible à partir de : URL <http://www.education.gouv.fr/bo/2004/39/MENS0402086A.htm>

[37] Association interdisciplinaire post Universitaire de Sexologie . Diplôme Inter-Universitaire de Sexologie.

[consulté en ligne le 07/04/2014]. Disponible à partir de : URL : <http://www.aius.fr/v2/data/enseignement/documents/DIU.pdf>

[38] Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E. Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. Nordic College of Caring Sciences 2005; 19: 381- 87.

[39] Jones Le RA, The use of validated questionnaires to assess female sexual dysfunctions. World J. Urol. 2002 ; 20 : 80- 89.

[40] Baudelot-Berrogain, Roquejoffre S, Gamé X, Mallet R, Mouzin M, Bertrand N. Validation linguistique du «Brief Index of Sexual Functioning for women ».

Application à l'étude de la sexualité dans une population de 93 femmes françaises. Progrès en Urologie. 2006 ; 16 : 174- 83.

[41] Solano C. Qu'est-ce qu'une sexualité normale ? Réalités en gynécologie-obstétrique. 2010 ; 145 (1) : 1- 3.

[42] Nadjafizadeh M. Sexualité Durant la grossesse et le post-partum. Vocation sage-femme. 2010 ; 86/87 : 21- 25.

[43]LHERITIER M. Place de la rééducation Périnéale du post-partum dans la sexualité. Mémoire sage-femme : Med : université de Clermont-Ferrand I. 2011 : 39- 45.

ANNEXES

Annexe I : Recommandations de la HAS concernant le contenu de la VPN

Examen postnatal dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement

L'examen postnatal est obligatoire et peut être réalisé par un médecin spécialiste ou non (décret n° 92-143 du 14 février 1992) ou par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique (loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, titre VI, article 101).

- Cette rencontre permet de discuter avec la femme du vécu de l'accouchement et des suites de couches et des éventuelles complications en période postnatale.
- La femme doit être encouragée à parler de la qualité des relations avec l'enfant et de toutes les questions qui la préoccupent comme le sommeil, l'alimentation, les pleurs de l'enfant, etc.
- Les signes évocateurs d'une dépression du *post-partum*, en particulier chez les femmes ayant présenté une dépression pendant la grossesse ou lors d'une grossesse précédente (utiliser l'instrument EPDS), doivent être recherchés. Dans ce cas, la qualité de l'environnement affectif doit être explorée avec la mère, ainsi que l'existence de supports pour les soins quotidiens auprès de l'enfant (conjoint, grands-parents, etc.).
- Des questions sur l'intimité du couple comme la reprise des rapports sexuels doivent être abordées ainsi que les difficultés éventuelles.
- La consultation doit être l'occasion de faire un examen gynécologique, de réaliser un frottis de dépistage s'il date de plus de 3 ans, d'aborder le mode de contraception souhaité par la femme ou le couple, la vaccination contre la rubéole, la rééducation du *post-partum* (prises en charge périnéo-sphinctérienne, pelvi-rachidienne et de la sangle abdominale) après évaluation du plancher pelvien, de la ceinture abdominale et du rachis et évaluation de la douleur dans chacun de ces domaines

Annexe II : Questionnaire destiné aux professionnels de santé

HOSTACHY Florence
Etudiante sage-femme,
5^{ème} année de cursus maïeutique
Ecole de Clermont-Ferrand
Florence.hostachy@live.com
06 82 99 63 85

Clermont-Ferrand, le 12 Septembre 2013

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante en cinquième année du cursus de Maïeutique à l'université de Clermont Ferrand, dans le cadre de la conception de mon mémoire de fin d'étude, je réalise une enquête concernant :

La prise en charge sexologique par les praticiens lors de la visite post-natale et en post-partum.

La sexologie est une discipline qui se développe de plus en plus. Des études se sont intéressées au comportement sexuel des femmes durant le post-partum. La fonction sexuelle est perturbée durant cette période et des dysfonctions peuvent apparaître suite à l'accouchement.

L'objectif de mon étude est de déterminer si la visite post-natale est l'occasion d'évaluer la santé sexuelle de la femme, et ainsi de dépister des dysfonctions sexuelles. J'aimerais donc recueillir votre avis concernant vos pratiques actuelles lors de la visite post-natale et la prise en charge de la sexualité du post-partum.

L'anonymat de chacun sera respecté.

Afin de me retourner le questionnaire rempli, une enveloppe affranchie à mon nom vous est jointe.

En vous remerciant, recevez Madame, Monsieur l'expression de mes salutations distinguées.

HOSTACHY Florence

QUESTIONNAIRE

Merci de répondre aux questions en cochant la ou les cases correspondantes à votre réponse, ou de répondre directement sur les pointillés.

Renseignements Généraux

1- A quelle catégorie de praticiens appartenez-vous ?

- Médecins généraliste
- Gynécologue –obstétricien
- Sage-femme
- Interne

2- Quel est votre lieu d'exercice ?

- Libéral
- Maternité niveau I
- Maternité niveau II
- Maternité niveau III

3- Quel est votre âge ?

4- Quel est votre sexe ?

- Féminin
- Masculin

5- Quelle est votre année d'obtention du diplôme :

6- Avez-vous reçu un enseignement en sexologie durant votre cursus universitaire ?

- Oui
- Non

7- Avez-vous participé à une formation supplémentaire en sexologie depuis l'obtention de votre diplôme ?

- Oui
- Non

7(Bis)- Si vous avez reçu une formation supplémentaire, préciser le type d'enseignement reçu (participation à un congrès, Diplôme inter universitaire...)

.....

.....

.....

.....

.....

Concernant votre pratique lors de la Visite Post-Natale :

8- Réalisez-vous la visite post-natale ?

- Oui
- Non, *(dans ce cas, passez directement à la question 14, page 4)*

9- A) Lors de la consultation post-natale, abordez-vous le sujet de la sexualité avec les patientes ?

- Non, jamais. *(Dans ce cas, passez directement à la question 12, page 4)*
- Oui, systématiquement
- Oui, occasionnellement

B) Si vous n'abordez pas systématiquement le sujet de la sexualité, vous le faites :

- Uniquement si la patiente aborde elle-même le sujet.
- Uniquement si la patiente a eu un traumatisme périnéal lors de l'accouchement (déchirure, épisiotomie)
- Uniquement si la patiente semble déprimée.
- Vous n'abordez jamais ce sujet.
- Autres réponses :

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

**10- Lors de la visite post-natale, interrogez-vous la patiente sur les points suivants ?
*(plusieurs réponses possibles)***

- Reprise des rapports sexuels depuis l'accouchement
- Motifs d'une non reprise des rapports sexuels
- Difficultés rencontrées (douleurs, absence de désir, manque de lubrification) :
- Ressenti de la patiente concernant sa sexualité
- Ressenti du partenaire
- Entente du couple depuis la naissance de l'enfant
- Communication du couple concernant leur sexualité
- Moyen de contraception utilisé en post-partum.
- Vous ne posez aucunes questions concernant la sexualité.
- Autres :.....

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

11- Lors de la visite post-natale, quelles informations concernant la sexualité du post-partum, délivrez-vous à la patiente ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Modification physiologique de l'activité sexuelle en post-partum
- Nécessité de prendre le temps pour retrouver l'intimité du couple
- Possibilité de rencontrer un sexologue/psychologue si les difficultés persistent ou que le besoin s'en fait ressentir
- L'importance de la rééducation périnéale en post-partum
- Aucune informations
- Autres informations :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

12- Vous arrive-t-il de prescrire un traitement pour des dysfonctions sexuelles en post-partum lors de la visite post-natale ?

- Oui
- Non, jamais

13- Vous arrive-t-il d'orienter vers un sexologue ou un psychologue une patiente présentant une dysfonction sexuelle lors de la visite post-natale ?

- Oui
- Non, jamais

Prise en charge des difficultés sexuelles en post-partum

14- Recevez-vous des patientes pour des difficultés sexuelles du post-partum en dehors de la VPN ?

- Oui
- Non
-

Cas Cliniques :

15- - Que conseillerez-vous à une patiente que vous recevez en post-partum, et qui se plaint de sécheresses vaginales la gênant lors des rapports sexuels ?

.....

.....

.....

.....

.....

16- - Que conseillerez-vous à une patiente se plaignant de douleurs ressenties lors de la reprise des rapports sexuels 5 semaines après l'accouchement. La patiente a refusé tout rapport sexuel depuis, par peur d'avoir mal.

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

17- -Que conseillerez-vous à une patiente se plaignant d'une absence de désir sexuel depuis l'accouchement qui a eu lieu il y a 7 semaines.

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

Votre avis sur le sujet de la sexualité :

18- Pensez-vous que la visite post-natale soit l'occasion d'évaluer la santé sexuelle de la femme en post-partum ?

- Oui
- Non
- Autres réponses :

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

**19- Selon vous, aborder le sujet de la sexualité en consultation post-natale :
(Plusieurs réponses possibles)**

- Est primordial
- Fait partie des objectifs de la visite post-natale
- Représente une perte de temps
- N'est pas votre rôle
- Autres :

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

20- Selon vous, quel est l'intérêt d'aborder la sexualité avec la patiente lors de la visite post-natale ? (plusieurs réponses possibles)

- Rassurer la patiente qui rencontrerait des difficultés ou des modifications
- Améliorer la santé sexuelle de la femme
- Améliorer le bien-être de la femme en post-partum
- Améliorer la relation conjugale du couple en post-partum
- Dépister des éventuels troubles sexuels
- Prévenir l'apparition de dysfonctions sexuelles
- Eduquer la femme concernant sa santé sexuelle
- Autres :

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

21- Etes-vous à l'aise pour aborder le sujet de la sexualité en post-partum avec la patiente ?

- Très à l'aise
- Moyennement à l'aise
- Pas du tout à l'aise
- Autres :

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

22- Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer à aborder le sujet de la sexualité en post-partum avec la patiente? (*plusieurs réponses possibles*)

- Une gêne de la patiente
- Une gêne de votre part
- L'impression de ne pas pouvoir apporter de conseils/ solutions à la patiente.
- Un manque de formation
- Un manque de temps lors de la consultation
- Autres :.....
.....
.....
.....
.....

23- Pensez-vous que votre formation initiale vous permet de pratiquer un examen sexologique et de prendre en charge la femme présentant une dysfonction sexuelle ?

- Oui
- Non

24- Estimez-vous nécessaire de recevoir une formation supplémentaire en sexologie pour prendre en charge des difficultés sexuelles en post-partum ?

- Oui
- Non

25- Si vous avez reçu une formation supplémentaire, vous permet-elle : (*Plusieurs réponses possibles*)

- D'aborder le sujet plus facilement
- De mieux reconnaître des troubles de la sexualité
- De mieux conseiller les patientes
- De mieux les orienter
- Autres :
.....
.....
.....
.....
.....

26- Vous pouvez maintenant donner vos commentaires, suggestions ou avis concernant la prise en charge sexologique lors de la consultation post-natale et du post-partum :

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

Je vous remercie pour le temps et l'intérêt que vous aurez accordé à mon étude. Merci pour votre collaboration.
Respectueusement,

HOSTACHY Florence

RESUME :

Contexte : La majorité des femmes rencontrent des difficultés sexuelles durant le post-partum, mais très peu abordent le sujet avec un professionnel de santé.

Objectifs : Déterminer si les praticiens évaluent systématiquement la santé sexuelle de la femme lors de la visite post-natale, ou dans le post-partum. Evaluer le ressenti des professionnels concernant la prise en charge de la sexualité du post-partum.

Matériel et méthode : Une étude transversale descriptive a été réalisée au moyen d'un questionnaire auto-administré distribué aux gynécologues, sages-femmes et médecins généralistes du Puy de Dôme.

Résultats : Plus de 75% des professionnels ont déclaré parler de sexualité lors de la visite post-natale. Mais tous les aspects de la sexualité ne sont pas abordés. Si 95% parlent de contraception, seuls 21 % parlent de la communication du couple. 100% des professionnels rencontraient des difficultés à parler de sexualité en post-partum avec les patientes, 93,4% estimaient leur formation initiale insuffisante en sexologie pour prendre en charge des difficultés sexuelles en post-partum.

Conclusion : Les professionnels ne semblent pas réaliser une évaluation globale de la santé sexuelle de la femme en post-partum même si la majorité déclare parler de sexualité lors de la visite post-natale. Pour permettre une prise en charge optimale de la santé sexuelle des femmes en post-partum ; il semble nécessaire d'approfondir la formation initiale des professionnels de santé en sexologie et de favoriser la collaboration des professionnels de santé avec les sexologues.

ABSTRACT:

Background: Most women experience sexual problems during the postpartum period, but few discuss it with a health professional.

Objectives: To determine whether practitioners systematically assess the health of the woman at the post-natal check, or in the postpartum period. To assess the professionals' perception regarding the management of postpartum sexuality.

Methods: A cross-sectional observational study was carried out. Data collection was performed thanks to a self-administered questionnaire distributed to gynecologists, midwives and general practitioners of the Puy de Dôme county.

Results: More than 75% of the health professionals stated that they talked about sexuality at the post natal check, yet not all the essential items were discussed. For instance while more than 95% discussed contraception, less than 25% talked about the couple's communication. 100% of the professionals indicated that they had difficulties to reach the sexuality discussion with postpartum patients, 93.4% of them affirmed that, regarding their initial training and diplomas, they do not have enough skills to deal with sexual difficulties during postpartum.

Conclusion: Professionals don't seem to realize an overall assessment of women's sexual health during the postpartum period; however most of them stated that they had sexual discussions during the post natal check. In order to allow an optimal management of women's sexual health at postpartum, it seems necessary to give more skills and training, regarding sexology, to professionals during their education and to enhance the collaboration between health professionals and sexologists.

MOTS-CLES

*Sexologie
Difficultés sexuelles,
Post-partum,
Visite post-natale
Gynécologues
Sages-femmes
Médecins généralistes
Prise en charge*

KEYWORDS

*Sexology
Sexual problems
Post-partum period
Post-natal-check
Midwives
Gynecologist
General Practitioner
Treating*