



HAL
open science

La sexualité de la femme après un premier enfant

Pauline Aubry

► **To cite this version:**

Pauline Aubry. La sexualité de la femme après un premier enfant. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01649378

HAL Id: dumas-01649378

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01649378>

Submitted on 15 Feb 2018

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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

PAULINE AUBRY

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

LA SEXUALITE DE LA FEMME APRES UN PREMIER ENFANT

Soutenu le : 20 JUIN 2017

Directeur de mémoire : Madame Annabelle Pelletier-Lambert

JURY

Madame S. Baumann, Sage-femme enseignante à l'UVSQ

Madame S. Prudhomme, Sage-femme enseignante à l'UVSQ

Madame A. McKinlay, Sage-femme

Numéro national d'étudiant : 21003276

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Annabelle Pelletier-Lambert pour la direction de ce mémoire.

Je tiens également à remercier Madame Etchemendigaray ainsi que l'ensemble de l'équipe pédagogique pour son enseignement au cours de ces quatre années.

Je voudrais remercier tout particulièrement Anne Rousseau et Elodie Prot, sages-femmes enseignantes, pour leurs grandes disponibilités, encouragements et leurs précieux conseils tout au long de mon cursus universitaire.

Merci au Dr Philippe Brenot, psychiatre, sexologue et directeur des enseignements de sexologie et de sexualité humaine à l'université Paris Descartes, qui m'a guidée dans la réalisation de mon questionnaire et au travers de ses conférences passionnantes.

Merci à mes chères amies de promotion pour ces quatre années d'études riches en émotion et en fous-rires. Merci notamment à Blanche, Claire, Constance, Cyril, Diane, Julie, Justine, Marie, Marion et Mulo.

Merci à Antoine d'être là.

Merci à mon amie d'enfance, Alexandra pour son aide précieuse.

Enfin, je remercie par dessus-tout ma famille et tout particulièrement mes parents Evelyne et Marc pour leur soutien sans faille à chaque instant, je vous aime.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES ANNEXES	IX
<u>RESUME</u> : LA SEXUALITE DE LA FEMME APRES LE PREMIER ENFANT	X
<u>ABSTRACT</u> : WOMEN'S SEXUALITY AFTER THEIR FIRST CHIL	XI
INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE	3
1.1 La sexualité dans la recherche et la santé	3
1.1.1 Le domaine de la recherche	3
1.1.2 Une définition scientifique de la sexualité	4
1.1.3 Le domaine de la santé	5
1.2 Au cours de la grossesse...	6
1.2.1 Modifications somatiques	6
1.2.2 Manifestations cliniques	6
1.2.3 Modifications psychologiques	7



1.2.4	Modification de la physiologie sexuelle	8
1.2.5	Evolution de la sexualité au cours de la grossesse	10
1.3	Sexualité et post-partum	11
1.3.1	L'accouchement	11
1.3.2	Le post-partum	12
1.3.3	La reprise des rapports sexuels	12
2	MATERIEL ET METHODES	16
2.1	Problématique	16
2.2	Type d'étude et outils	16
2.3	Population sélectionnée	17
2.4	Variables recueillies	18
2.5	Obligations réglementaires	19
2.6	Analyses statistiques	19
3	RESULTATS	20
3.1	Description générale de la population d'étude	20
3.2	Principaux résultats	21
3.2.1	La reprise des rapports sexuels	21
3.2.2	La fréquence des rapports sexuels	23
3.2.3	Le désir sexuel	24
3.2.4	La satisfaction sexuelle	25
3.2.5	Impact de la grossesse et de l'accouchement sur la sexualité de la femme	27
3.3	Autres résultats	27
3.3.1	Aborder le thème de la sexualité avec un professionnel médical	27
3.3.2	Le désir sexuel du conjoint	28
3.3.3	La rééducation périnéale	28
4	DISCUSSION	29

4.1	Principaux résultats	29
4.2	Discussion des résultats	30
4.2.1	La reprise des rapports sexuels	30
4.2.2	La fréquence des rapports sexuels	31
4.2.3	Le désir sexuel	32
4.2.4	La satisfaction sexuelle	35
4.2.5	L'impact de la maternité sur la sexualité des femmes	37
4.3	Les points forts de l'étude	39
4.4	Limites et biais	39
4.5	Perspectives et axes d'amélioration	40
4.5.1	Père et amant	40
4.5.2	Professionnels de santé et prévention	41
	CONCLUSION	42
	BIBLIOGRAPHIE	43
	ANNEXES	49

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée	20
--	-----------

Liste des figures

Figure 1 : Cycle de la réponse sexuelle chez la femme non enceinte	8
Figure 2 : Population d'étude	20
Figure 3 : Temps de réponse au questionnaire après l'accouchement.....	21
Figure 4 : Reprise d'une activité sexuelle après l'accouchement.....	22
Figure 5 : Les causes de non-reprise d'une activité sexuelle	23
Figure 6 : Fréquence des rapports sexuels aujourd'hui	24
Figure 7 : Les raisons d'une fréquence sexuelle diminuée	24
Figure 8 : Evolution du désir sexuel	25
Figure 9 : Temps de réponse au questionnaire après l'accouchement.....	25
Figure 10 : La satisfaction de l'activité sexuelle.....	26
Figure 11 : Diminution de la satisfaction sexuelle : les causes	26
Figure 12 : Evaluation selon les femmes de l'impact de leur grossesse sur leur sexualité	27
Figure 13 : La sexualité a-t-elle été abordée avec un professionnel médical ?	28

Liste des annexes

Annexe I : Les variables influençant le désir sexuel	50
Annexe II : Questionnaire de l'étude.....	51
Annexe II : Fiche distribuée auprès de sages-femmes libérales.....	55

Résumé : La sexualité de la femme après le premier enfant

Objectifs

De nombreuses études et ouvrages montrent que la sexualité est perturbée durant la grossesse et le post-partum. Peu d'études cependant s'intéressent au devenir de cette sexualité par la suite. L'objectif de ce travail est d'évaluer le retentissement de la grossesse et la naissance du premier enfant sur la sexualité des femmes plus de 3 mois après leur accouchement.

Matériel et méthodes

Une enquête descriptive a été menée par l'intermédiaire d'un questionnaire anonyme publié en ligne. Il était adressé aux primipares, majeures, ayant accouchées depuis 3 mois ou plus en France ou à l'étranger. L'enquête s'est déroulée de Janvier à Mars 2016.

Résultats

162 femmes ont été incluses dans l'étude. La satisfaction sexuelle est augmentée après la grossesse malgré une fréquence diminuée de l'activité sexuelle et un désir sexuel diminué auprès de la moitié des femmes. Les paramètres sexuels fondamentaux sont significativement modifiés plusieurs mois ou années après la naissance du premier enfant. Trop de femmes voient leur sexualité altérée par la grossesse et l'accouchement.

Mots-clés : Désir sexuel, grossesse, post-partum, satisfaction sexuelle, sexualité.

Abstract : Women's sexuality after their first child

Objective

Several works and studies show sexuality is disrupted during pregnancy and post partum. Nevertheless, a few studies really focus on what happens after childbirth. The purpose of this work is to evaluate the consequences of pregnancy and women's first childbirth on their sexuality more than three months after their labour.

Methods

A descriptive survey has been set up using an online public and anonymous questionnaire. This questionnaire was addressed to primiparous adults that had given birth 3 months ago or more, in France or abroad. The survey took place from January to March 2016

Results and conclusion

162 women participated to the survey.

We noticed an increase of sexual satisfaction compared to pre-pregnancy despite of a decrease in the number of sexual intercourses and desire. Fundamental parameters that determine the female sexuality are significantly modified several months or years after the birth of the first child. The proportion of women having their sexuality being troubled by pregnancy and post-childbirth stays high.

Keywords : Sexual desire, pregnancy, post-partum, sexual satisfaction, sexuality

Introduction

La sexualité est source de nos plus grands plaisirs. Elle nous apporte des bonheurs personnels, le sentiment d'exister, de vivre pleinement, et bien sûr, la joie de la rencontre avec l'autre. La sexualité peut être un élément de cohésion du couple mais aussi un élément de déchirement, de souffrance et de rupture face aux différentes étapes et obstacles que le couple est amené à vivre. La venue au monde d'un enfant est l'un des bouleversements les plus marquants qu'il soit. Ce passage de la vie à deux à la vie à trois, un véritable « tsunami pour le couple » [1] :

La première vague concerne la grossesse en elle-même. Elle entraîne de nombreuses modifications anatomo-physiologiques mais aussi des modifications psychologiques ; l'intérêt pour cet enfant à naître peut, consciemment ou non, générer des inquiétudes, des angoisses, de possibles complications et modifier le comportement sexuel des couples.

Vient ensuite l'accouchement, moment inoubliable dans la vie du couple et événement sensoriel exceptionnel. Ce passage de la vie à deux à la vie à trois s'effectue, le plus souvent, par le passage du fœtus à travers la sphère génitale. Cette partie du corps qui représente l'intimité même de la patiente et du couple, avec ses représentations, ces appréhensions et angoisses voir traumatismes pour certaines femmes. [2]

Enfin, survient le post-partum. Retour petit à petit du corps de la femme à l'état non gravide. Le couple doit se réadapter, réorganiser sa vie pour mieux se retrouver et accueillir cet enfant. C'est après l'accouchement que se révèlent le plus souvent les problèmes sexuels dont les origines sont plurifactorielles. On peut donc parler d'un carrefour véritablement existentiel à l'arrivée de l'enfant pour le couple. [3]

Mais qu'en est il de la sexualité de la femme après ces différentes périodes, une fois cette tempête de bouleversements derrière-elle ? Peut on parler d'un retour à la normale du couple ? A leur « normale » ? Existe t'il une sexualité d'avant grossesse ?

Dans une première partie nous définirons ce qu'est la sexualité, sa place actuelle dans la santé et la recherche, puis nous nous intéresserons aux changements de la femme qui affectent la sexualité du couple, tout au long de la grossesse et du post-partum . Nous présenterons par la suite notre étude et décrirons les résultats. Nous terminerons par une analyse et une discussion autour des résultats obtenus.

1 Contexte

1.1 La sexualité dans la recherche et la santé

Nous sommes tous concernés et intéressés par cette composante essentielle de notre vie qu'est la sexualité. Pourtant elle reste un lieu de mystère que nous ne comprenons souvent pas bien nous-mêmes. [4]

1.1.1 Le domaine de la recherche

Le comportement sexuel ne se prête pas aisément à l'observation, en raison non seulement de sa complexité, mais également des tabous, de son caractère privé et des problèmes éthiques qu'il suscite. Comme il touche à l'image de soi, les participants cherchent à se protéger, à éviter de s'exposer au jugement social et moral.

Ce n'est que depuis quelques années que l'on essaye de comprendre et d'étudier cette sexualité. L'intérêt de la recherche sexuelle n'a réellement commencé que dans les années 70 aux Etats-Unis, après l'énorme impact culturel et social des travaux du professeur Kinsey, contribuant à la modernisation et à la libéralisation de la culture sexuelle. A. Kinsey aurait ouvert la voie aux sexologues américains Masters et Johnson et à leurs recherches sur les réactions sexuelles d'un point de vue physiologique et anatomique. Ces chercheurs ont réussi à donner de la crédibilité aux recherches psychophysiologiques menées depuis le début du XXème siècle en laboratoire et aux techniques de thérapie sexuelle existantes. A partir des années 70, les recherches se sont multipliées, les sondages ont connu une explosion au cours des années 80 et 90, à la suite de la découverte Sida. En France, l'industrie

pharmaceutique reste actuellement le principal bailleur de fonds pour la recherche dans le domaine de la sexualité, avec un intérêt centré d'une part sur la fonction sexuelle et ses troubles, ainsi que sur les traitements et leur évaluation, et, d'autre part, sur la contraception hormonale et son utilisation. Les pouvoirs publics continuent à soutenir la recherche sur les comportements sexuels dans une perspective de santé sexuelle et de connaissance des facteurs sociaux et psychologiques qui influencent la vie sexuelle. [5] [6]

La sexologie, étude des éléments qui concourent à la réalisation d'une sexualité hédoniste - non reproductrice - épanouie, ou qui l'entravent, voire la rendent impossible, est en plein développement. Il est donc d'actualité de développer une recherche clinique en sexologie, ou au moins, d'encourager les sexologues au développement de la recherche à partir de leur pratique quotidienne. [5] [7]

Concernant notre sujet de recherche, il existe quelques études sur la sexualité des jeunes parents mais la sexualité postnatale fait toutefois l'objet de très peu d'articles après six mois, rarement au-delà d'un an et exceptionnellement au-delà de 18 mois. [8] [9]

1.1.2 Une définition scientifique de la sexualité

La sexualité ne se résume pas à l'acte coïtal mais englobe tout une panoplie de significations beaucoup plus étendues. On parvient difficilement à s'entendre sur une définition satisfaisante du concept de la sexualité. Les différentes définitions se révèlent soit trop larges, soit trop restrictives selon les critères retenus. Pour les psychanalystes, tout a une signification à caractère sexuel, le champ de recherche s'ouvre alors à l'infini. En 1985, l'écrivain Katchadourian a ajouté à l'excitation sexuelle la concordance entre le mental et le physique. Il définissait alors la sexualité comme toute activité qui est sexuellement excitante sur le plan subjectif et physiologique. Une définition retenue satisfaisante de la sexualité est celle proposée en 1991 par les chercheurs Aron et Aron : « Toutes les sensations,

émotions et connotations que l'individu associe à l'excitation sexuelle sur le plan physique et qui provoquent habituellement le désir et/ou le comportement sexuel ». [10]

1.1.3 Le domaine de la santé

Le développement de l'idée de « santé sexuelle » se situe dans le prolongement de la « modernisation de la sexualité » qui a débuté au XXème siècle, le terme de santé sexuelle est apparu en 1974, utilisé par l'Organisation Mondiale de la Santé. Ceci constitue un événement important dans la mesure où une organisation internationale entérine le principe de l'association entre la sexualité non reproductive, le bien être et l'épanouissement personnel. [11]

En 2002, l'OMS a mis sur pied un comité de travail qui a proposé la définition suivante : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en lien avec la sexualité ; et non seulement l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles aussi bien que la possibilité de vivre des expériences sexuelles plaisantes et sans danger, dénuées de coercition, de discrimination et de violence. Son atteinte et son maintien exigent de respecter, de protéger et de satisfaire les droits sexuels de chacun ». En d'autres mots, l'accès à la santé sexuelle envisagée comme état de bien-être requiert le respect de plusieurs conditions, autant sur le plan personnel que social. [12]

Au cours du XXème siècle, la vie sexuelle a radicalement changé de signification. La fonction érotique de la sexualité a été légitimée par la découverte et le développement de la contraception médicalisée et une sexualité conjugale visant à l'épanouissement du couple a pu se développer. La vie sexuelle du couple est principalement fondée sur le sentiment amoureux, devenu l'un des ciments de la relation du couple. [13]

1.2 Au cours de la grossesse...

La sexualité pendant la grossesse peut être affectée par différents changements corporels et psychiques que nous allons détailler ci dessous.

1.2.1 Modifications somatiques

L'utérus augmente progressivement de volume, pelvien au 1er trimestre, il finit en abdominal au 3ème trimestre. On constate une hypervascularisation pelvienne, hypervolémie et hyperpression veineuse à l'origine de la congestion pelvienne, vaginale et vulvaire. Au niveau hormonal, les taux d'œstrogène et de progestérone augmentent fortement pendant la grossesse. Il en est de même pour les taux de prolactine. [14]

1.2.2 Manifestations cliniques

De nos jours, certaines idées reçues irrationnelles restent très présentes dans l'imaginaire individuel et collectif du retentissement de la sexualité sur la grossesse, notamment les risques de fausse couche et d'accouchement prématuré. [15] [16] Certains risques sont dénués de toute validation scientifique, notamment le risque de fausse couche spontanée au 1er trimestre. Il n'en est pas de même pour le risque de fausse couche tardive dans le cadre particulier de situations obstétricales délétères compromettant la bonne évolution de la gestation, telles des modifications précoces du col utérin. [14]

En ce qui concerne le risque d'accouchement prématuré, on a longtemps incriminé les contractions utérines contemporaines de la décharge voluptueuse orgasmique. On sait maintenant non seulement que les relations sexuelles au cours de la grossesse ne constituent en aucune façon un danger pour le fœtus et la mère mais que même les contractions utérines n'ont rien à voir avec les menaces d'accouchements prématurés. [17] [18]

1.2.3 Modifications psychologiques

Passer de deux personnalités bien distinctes à la notion de couple est un travail d'approche qui se fait à visage découvert. Passer de la notion de couple à celle de parents nécessite un investissement psychologique devant l'enfant réel et fantasmé. La grossesse implique de la part de la femme une intégration physique et psychique de l'enfant qu'elle porte. [19]

Les modifications psychologiques que l'on peut rencontrer chez la femme enceinte peuvent être importantes. Souvent mal connues des professionnels de santé, elles sont à l'origine de « maux » pendant toute la période de la gravidité-puerpéralité, ignorés ou étiquetés à tort le plus souvent comme troubles de l'humeur et être à l'origine de problèmes, notamment sexuels. [20]

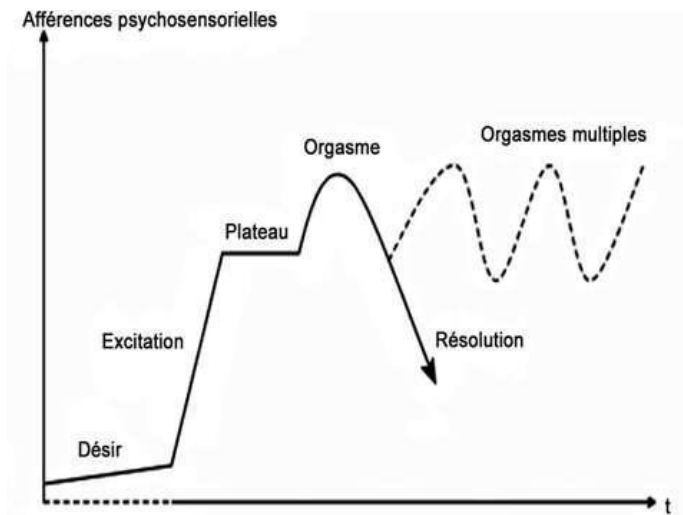
Monique Bydlowski, neuropsychiatre et psychanalyste française, spécialiste de la maternité, décrit l'agitation qui entoure la grossesse comme un « brouhaha social » du futur père, de la famille, des amis, des collègues de travail, et de la prise en charge médicalisée de la grossesse même, mais la femme vit souvent solitairement sa grossesse et doit gérer elle-même ses inquiétudes qui se traduisent par un sentiment d'angoisse latent et de « peurs imaginaires », parfois partagées en partie par le partenaire, centrées sur l'enfant (malformé ou non) ou focalisées sur l'image du corps (modifications corporelles), peur de ce que contient et produit ce corps, peur de l'accouchement. La peur de la femme devant l'accouchement est « le fruit

d'une véritable imprégnation de son esprit par les tabous et les mythes entretenus par toute une tradition écrite et orale ». [21] [22]

1.2.4 Modification de la physiologie sexuelle

Masters et Johnson ont étudié la physiologie de la réponse sexuelle humaine : ensemble des réactions physiologiques et psychologiques de l'homme ou de la femme constituant un cycle sexuel complet. La figure 1 nous illustre leur découverte :

Figure 1 : Cycle de la réponse sexuelle chez la femme non enceinte



Ils ont notamment observé des modifications de la réponse sexuelle durant la grossesse [23] :

La phase d'excitation : phase de montée du plaisir sexuel

- Au niveau des seins, du fait de l'augmentation significative des réseaux vasculaires et glandulaires, la congestion veineuse peut être à l'origine d'une vive tension rendant le toucher pénible et ceci au moins jusqu'au 4ème mois.

- Au niveau de la vulve, les grandes lèvres, particulièrement congestionnées, sont moins sensibles et ne s'effacent plus dès le 2ème trimestre.
- Au niveau du vagin, la lubrification est de plus en plus abondante mais non liée exclusivement à l'excitation sexuelle, ce qui peut expliquer certaines leucorrhées abondantes dont se plaignent certaines femmes enceintes.
- Au niveau du clitoris, une hyperesthésie est souvent observée.

La phase de plateau : phase la plus longue où le niveau d'excitation est à peu près constant. L'engorgement veineux du tiers inférieur du vagin constituant la plateforme pré-orgasmique est d'autant plus important et étendu que la grossesse est avancée, ce qui peut expliquer une sensation de pseudo-obstruction de l'orifice vaginal.

L'orgasme : montée très rapide du plaisir sexuel à la fin du plateau, jusqu'à un maximum généralement associé à des contractions musculaires involontaires du périnée.

- Les manifestations génitales basses en rapport avec les contractions rythmées des muscles élévateurs de l'anus à hauteur de la plate-forme orgasmique sont en tout point analogues.
- Certaines manifestations plus spécifiques sont à noter telles certaines crampes douloureuses localisées à la ligne médiane du bas ventre et céphalées même fugaces qui peuvent émousser la gratification sensorielle.

La phase de résolution : phase au cours de laquelle l'excitation sexuelle redescend au niveau du repos, associée à une détente généralisée du corps et de l'esprit.

- Du fait de la vaso-congestion pelvienne spécifique intense de la grossesse, la décharge orgasmique peut ne pas soulager entièrement et immédiatement le pelvis laissant subsister une « tension sexuelle » désagréable ; le soulagement post-orgasmique est donc ralenti et habituellement transitoire pendant la grossesse, ce qui peut expliquer certains niveaux élevés persistants de désirs et tensions sexuels.

1.2.5 Evolution de la sexualité au cours de la grossesse

Au premier trimestre, moment d'une profonde adaptation aux changements physiques et psychiques, on rencontre fréquemment certains maux de type nausées, vomissements, intolérances alimentaires en lien ou non avec des modifications du goût et de l'odorat, troubles de l'humeur, et hypersomnie. C'est une période assez souvent perturbée au niveau de la sexualité dans le sens de la diminution d'autant plus qu'il existe volontiers des peurs en lien avec le risque de fausse couche.

Au cours du 2ème trimestre, les signes sympathiques de grossesse sont en général amendés. C'est en général une période privilégiée d'épanouissement aussi bien personnel qu'interpersonnel au sein de la relation dyadique.

Certaines femmes voient leur sexualité s'épanouir pendant la grossesse avec notamment beaucoup plus de désir. Ce changement de tempérament est également dû aux modifications physiques : le développement de la poitrine, une plus grande humidification vaginale et une certaine congestion pelvienne. Sur le plan psychique, ces femmes éprouvent même une véritable plénitude. [24]

Au cours du 3ème trimestre, plus on s'approche du terme de la grossesse, plus l'embonpoint et la fatigabilité nécessitent des réajustements sexuels qui conduisent souvent le couple à diminuer l'activité sexuelle, phénomène retrouvé chez la majorité des auteurs. [25]

Plus récemment, il a été considéré que le fil conducteur de la sexualité de la grossesse passe par quatre phases, en soulignant que chaque couple a sa propre spécificité :

- De la conception à 2 mois et demi, on observe une période marquée par une diminution des rapports due à une diminution du désir.
- De 2 mois 1/2 jusqu'au bout du 8ème mois, période où les couples vivent et intègrent le mieux leur sexualité.
- Le 8ème mois de grossesse, tournant dans la vie sexuelle des couples avec souvent une baisse de l'activité sexuelle.
- Le 9ème mois qui précède l'accouchement marque une quasi absence des rapports sexuels.

D'autres auteurs ne décrivent pas les mêmes résultats, sans pour autant les contredire, certains retrouvant un continuum caractérisé par une diminution régulière de la sexualité au cours de la grossesse. [26] [27]

1.3 Sexualité et post-partum

1.3.1 L'accouchement

L'accouchement n'est pas qu'une simple mise au monde pour la femme, c'est aussi une expérience de séparation corporelle, de rupture : « Il lui faut faire un deuil de l'enfant à l'intérieur d'elle même, pour le retrouver en dehors d'elle même ». [28]

La femme va donc devoir faire face à deux courants : un négatif de « perte » et un positif d' « achèvement réussi ». [29]

Par ailleurs, le passage d'un enfant dans une région habituellement investie pour la sexualité et le plaisir ne peut pas être pour la femme une simple « descente dans un bassin ». L'accouchement est un événement sexuel dans le corps d'un être sexué.

1.3.2 Le post-partum

Le post-partum est défini comme la période allant de l'accouchement jusqu'au retour de couches. Il est en moyenne de 6 à 8 semaines mais dure plus longtemps en cas d'allaitement maternel exclusif. [30]

Il représente un retour à la réalité quotidienne parfois difficile à effectuer. Nombre d'auteurs insistent sur l'impact de différents facteurs somatiques et/ou psychiques pouvant influencer la sexualité. C'est une période particulièrement sensible et périlleuse sur le plan sexuel du fait de la récupération physique et psychique. [31] [32] [33]

1.3.3 La reprise des rapports sexuels

Différents facteurs vont influencer la reprise d'une sexualité chez la femme après l'accouchement :

1.3.3.1 Les facteurs physiologiques

La **fatigue** engendrée par les exigences d'un nouveau-né induit un manque de désir des partenaires. [34]

Les **facteurs de risque gynéco-obstétricaux**, présents même dans les suites d'un accouchement eutocique, peuvent engendrer des préjudices corporels et impacter sur la reprise des rapports sexuels, comme :

- Les séquelles immédiates en rapport avec la fatigue, les lochies, les éventuelles douleurs de cicatrisation d'épisiotomie et poussées hémorroïdaires, les suites opératoires d'une césarienne. En effet la cicatrice de la césarienne ou d'épisiotomie peut induire chez la femme la crainte de la douleur, et chez l'homme, la peur de faire mal à sa partenaire.
- Le vécu parfois douloureux d'une extraction instrumentale, d'une manœuvre endo-utérine (délivrance artificielle, révision utérine).
- Une perte de sensibilité vulvo-vaginale et/ou une diminution de la tonicité la zone périnéale peuvent réduire le désir féminin.
- Les déchirures vaginales de la commissure postérieure, peuvent parfois raccourcir l'orifice vaginal en cicatrisant et/ou créer un granulome cicatriciel très sensible et particulièrement dissuasif. Il en est de même pour les mauvaises réparations d'épisiotomie. [2]

Les **préjudices corporels** de la maternité et de l'accouchement engendrent un préjudice esthétique fait de divers éléments comme :

- L'excès de poids résiduel, les vergetures disgracieuses, le relâchement de la sangle abdominale, les varices des membres inférieurs, et certaines séquelles dermatologiques peuvent induire chez les femmes une certaine gêne et ainsi inhiber son désir de séduction et son désir sexuel. Pourtant, peu d'hommes sont rebutés par le corps de leur femme après l'accouchement.
- Les seins gonflés et l'éjection de lait possible lors de l'orgasme sont plutôt perçus comme excitants et inclus dans les jeux sexuels. Cependant, certains hommes sont dégoûtés par l'image de la lactation et n'arrivent pas à érotiser

les seins lactants. Certaines femmes « réservent » leurs seins à leur bébé.
[34] [35]

La juxtaposition de ces éléments peuvent pénaliser la femme dans son identité sexuelle, certains touchant des organes porteurs de multiples significations conscientes et inconscientes symboliques qu'il ne faut pas sous estimer.

1.3.3.2 Les facteurs hormonaux

La prolactine intervenant dans la lactation inhibe la sécrétion de progestérone, d'oestrogène et de testostérone. Il y a par conséquent une diminution du désir sexuel et parfois même sècheresse vaginale. [36]

1.3.3.3 Les facteurs psychologiques

La venue d'un enfant au sein d'une famille et spécialement d'un couple, modifie considérablement leur dynamique de couple et les relations entre les personnes. Encore plus lorsqu'il s'agit du premier bébé : nous assistons à une véritable crise psychologique du couple parental, qui doit apprendre à ne plus fonctionner à deux, mais à trois. Et bien évidemment, cette crise n'épargne pas la vie sexuelle. Bien que la venue du bébé soit attendue, il va rompre (surtout si c'est le premier) l'équilibre que le couple avait établi ensemble. [24] [37]

La peur de ne pas être à la hauteur, le manque de confiance en soi et en l'autre, peut avoir des répercussions dans le couple et influencer sa vie sexuelle. Le bouleversement identitaire occasionné par la naissance peut générer des difficultés conjugales peu propices à la reprise de la vie sexuelle (difficulté à concilier le rôle de parents avec celui d'amants, inégalité dans le partage des tâches et les soins du bébé, reproches ou disputes).

De plus, le post-partum peut être une période de fragilité psychique, mettre au monde un enfant est une perte de son enfance et de l'enfant imaginaire qui nécessite un nouvel aménagement des liens avec sa propre mère. Une labilité émotionnelle peut être constatée chez certaines femmes et avoir des répercussions sur le désir sexuel du couple : le classique « baby blues » concerne selon les auteurs 30 à 80% des accouchées. Il survient entre le 3ème et 6ème jour après l'accouchement et dure en moyenne 4 à 5 jours. Il est en général de faible intensité constitué d'anxiété, irritabilité, labilité émotionnelle, dysphonie, troubles du sommeil, fatigue et plaintes somatiques diverses. Il ne doit pas être considéré comme un état dépressif mais la résultante d'un état réactionnel ponctuel psycho-endocrinien et des réaménagements affectifs et cognitifs liés à l'accouchement et au processus de maternalité. [26]

La dépression du post-partum concerne 10 à 20% des femmes, son impact est majeur sur le désir sexuel. [38]

Face au constat d'une sexualité plus que perturbée pendant la grossesse et le post-partum, à la limitation des études abordant le sujet plusieurs mois après l'accouchement, aux idées reçues observées dans la littérature, les médias et au sein de notre entourage, nous sommes arrivés au questionnement suivant :

« Quel est l'impact d'une première naissance sur la sexualité de la femme plus de 3 mois après l'accouchement ? »

2 Matériel et méthodes

2.1 Problématique

Le présent travail s'intéresse à la sexualité des primipares plus de 3 mois après l'accouchement.

Différentes hypothèses ont conditionné notre questionnement :

- La grossesse et l'accouchement altèrent la sexualité de la femme.
- La satisfaction sexuelle ainsi que le désir sexuel de la femme sont diminués plus de 3 mois après l'accouchement de la femme.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le retentissement de la grossesse et de l'accouchement du premier enfant sur la sexualité des femmes plus de 3 mois après l'accouchement.

Lorsque nous parlons d'« altération » ou d' « amélioration » de l'activité sexuelle, nous évoquons ce qui a modifié en mal ou en bien, une sexualité que la femme qualifie de « normale » selon sa propre représentation et définition de la sexualité.

2.2 Type d'étude et outils

Afin de répondre au mieux à l'objectif de notre étude, nous avons voulu comparer la sexualité des femmes en post-natal à celles d'avant leur grossesse.

Pour ce faire, nous avons mené une enquête descriptive par l'intermédiaire d'un questionnaire anonyme en ligne via le logiciel Google Forms.

. Il était adressé aux primipares ayant accouché depuis 3 mois ou plus en France ou à l'étranger.

L'enquête s'est déroulée de Janvier à Mars 2016.

Le questionnaire en ligne a été diffusé de différentes façons :

- Via le réseau social « Facebook »
- Via des forums de sites internet : www.aufeminin.com, www.neufmois.fr, www.maman.com.
- Via des fiches distribuées affichant le lien du questionnaire, adressées à la patientelle de 10 cabinets de sages-femmes libérales dans le département des Yvelines ainsi que des sages femmes libérales du Var (83).

Le questionnaire a été publié le 12/01/16 et le recueil des réponses s'est clos le 15/03/16. Le questionnaire comporte 21 questions (QCU et QCM).

2.3 Population sélectionnée

Les critères d'inclusion ont été les suivants :

- **Primipare** : il nous a paru évident d'interroger des femmes primipares, afin d'avoir une comparaison significative de la sexualité « avant » et « après » grossesse.
- **Ayant accouché depuis 3 mois ou plus** : à partir de cette période, les facteurs qui freinent la reprise des relations (facteurs physiologiques, hormonaux et psychologiques) dans la plupart des cas, ont connu ou connaissent progressivement un retour à la normale. Le nouveau-né est

désormais un nourrisson et ses nuits sont plus longues. De plus, les 10 semaines de congés postnatals sont terminées et la femme dans la plupart des cas reprend le travail.

- **Majeures** : bien que la sexualité soit un thème qui concerne tous les âges, le questionnaire n'était adressé qu'aux femmes de 18 ans et plus.

Les critères d'exclusion ont été les suivants :

- Les accouchements de grossesses multiples
- Un partenaire sexuel qui n'était pas le même avant, pendant et après la grossesse.

2.4 Variables recueillies

Nous avons recueilli les variables descriptives suivantes :

- Age de la patiente
- Département d'habitation
- Date d'accouchement : cette variable recueillie nous permettait de calculer le temps qui s'était écoulé entre la date d'accouchement et la date de réponse au questionnaire afin de respecter notre critère d'inclusion « ayant accouché depuis 3 mois ou plus ».
- La parité
- Grossesse singleton ou multiple
- Mode d'accouchement (voie-basse / césarienne)

Nous savons que la culture et la religion des femmes peuvent influencer leur sexualité pendant et après la grossesse, cependant, par souci d'objectivité, ces variables n'ont pas été retenues dans cette étude

2.5 Obligations réglementaires

L'anonymat des patientes : le sujet abordé étant complexe et délicat, il peut paraître intrusif auprès de certaines femmes, c'est pourquoi l'anonymat est totalement respecté et aucune question ni traçabilité via internet ne permettent la moindre identification.

2.6 Analyses statistiques

L'analyse des résultats correspond à une analyse statistique. Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés grâce au logiciel Excel.

Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages. Les variables quantitatives ont, quant à elles, été décrites par les moyennes, et les écarts-types.

3 Résultats

3.1 Description générale de la population d'étude

Figure 2 : Population d'étude

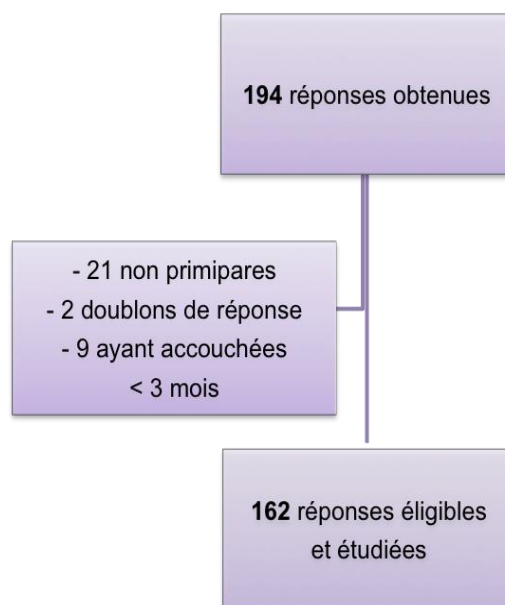
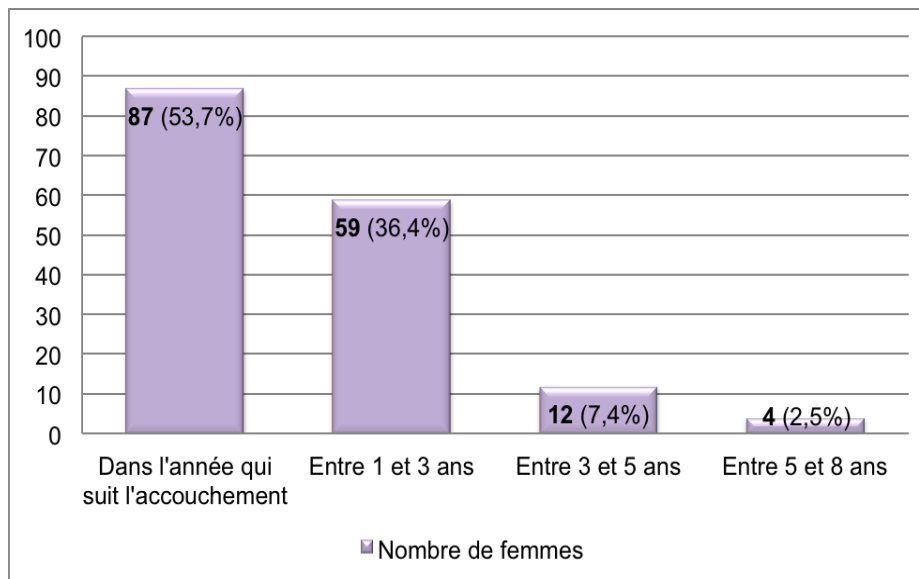


Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

	N = 162
Age (en années) m ± sd	29,4 ± 3,8
Mode d'accouchement : voie-basse / césarienne, n (%)	137 (84,6) / 25 (15,4)
Localisation : France/DOM-TOM/Etranger, n (%)	149 (92) / 6 (3,7) / 7 (4,3)

Figure 3 : Temps de réponse au questionnaire après l'accouchement

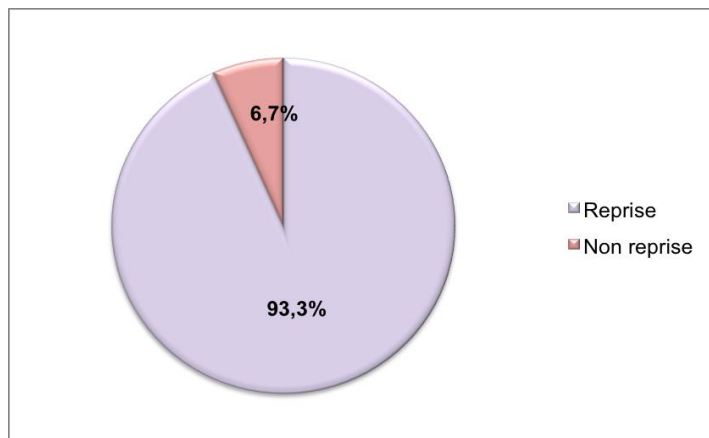


3.2 Principaux résultats

3.2.1 La reprise des rapports sexuels

La moyenne de reprise d'une activité sexuelle obtenue est de 2,0 mois \pm 1,1. La figure 4 montre la proportion de femme ayant repris une activité sexuelle au moment de l'interrogatoire.

Figure 4 : Reprise d'une activité sexuelle après l'accouchement

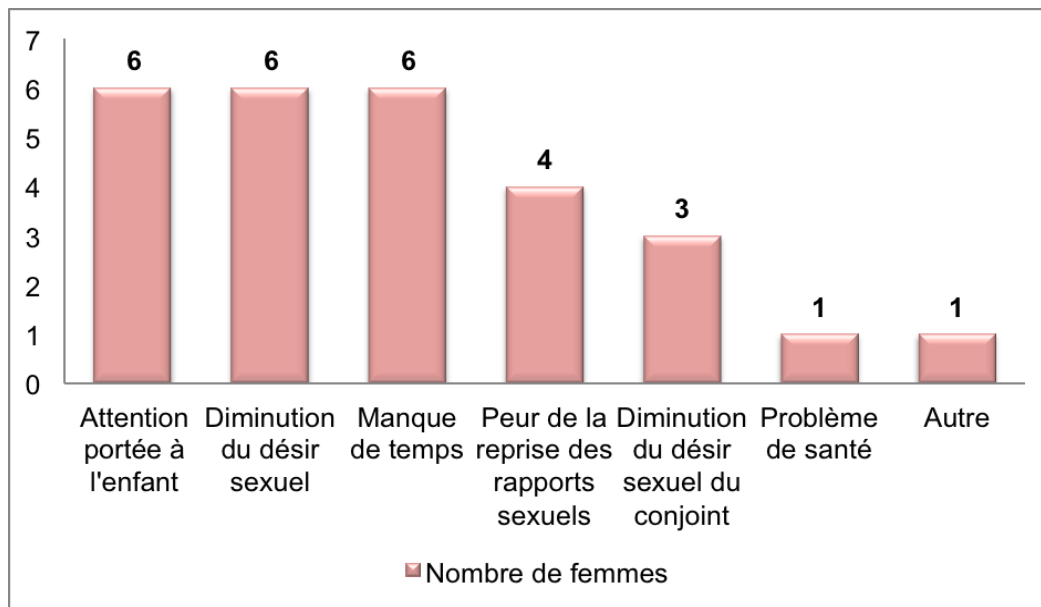


Parmi les femmes n'ayant pas encore repris d'activité sexuelle (n =11) :

- Leurs dates d'accouchement dataient de 3 mois à 1 an
- 10 de ces femmes ont accouché par voie-basse et 1 par césarienne
- 2 sur les 11 n'ont pas bénéficié de rééducation périnéale

La figure 5 nous expose les différents raisons évoquées par les femmes à la non reprise d'une activité sexuelle avec leur conjoint après l'accouchement (questionnaire à choix multiples).

Figure 5 : Les causes de non-reprise d'une activité sexuelle



Autres : « Fatigue »

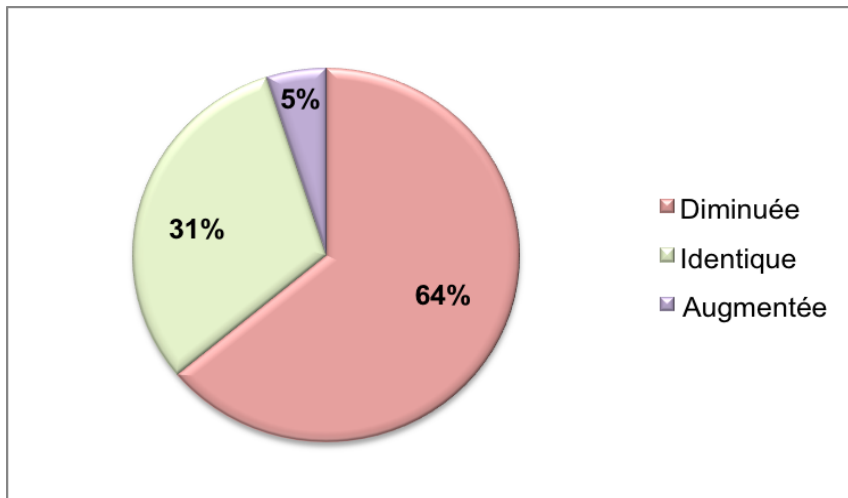
Les différentes causes proposées dans notre questionnaire sont celles retrouvées au cours de nos lectures abordant les troubles sexuels durant la grossesse et le post-partum.

La réponse « Autre » permettait aux femmes d'exprimer d'autres causes possibles non exposées dans les choix qui leurs étaient proposés.

3.2.2 La fréquence des rapports sexuels

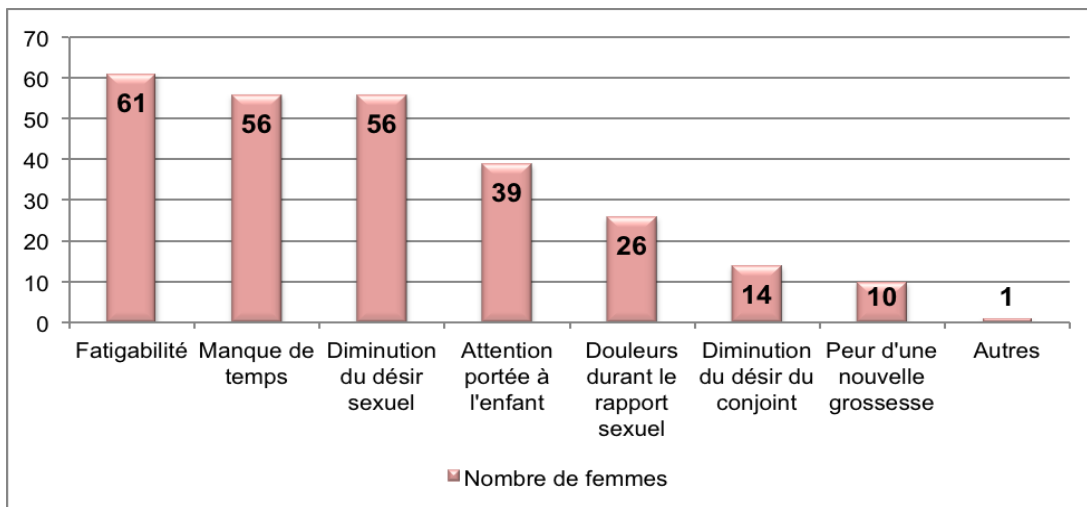
La figure 6 montre l'évolution de la fréquence des rapports sexuels comparée à celle d'avant grossesse.

Figure 6 : Fréquence des rapports sexuels aujourd'hui



La figure 7 nous expose le classement des causes justifiant une diminution de la fréquence sexuelle.

Figure 7 : Les raisons d'une fréquence sexuelle diminuée

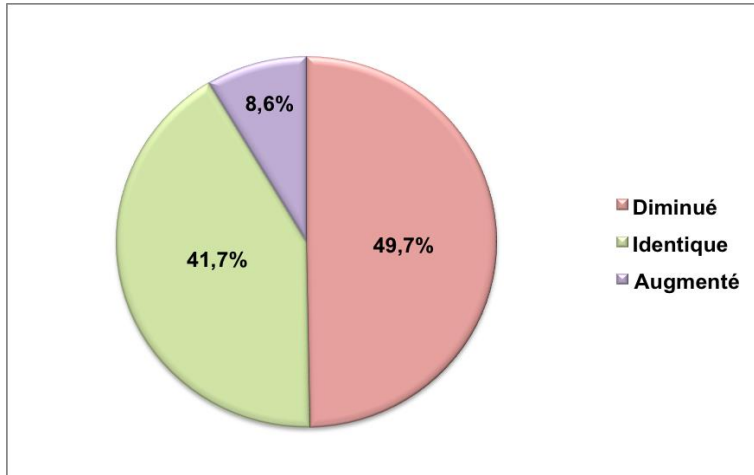


Autres : « Ressenti complètement différent, il faut tout réapprendre à deux »

3.2.3 Le désir sexuel

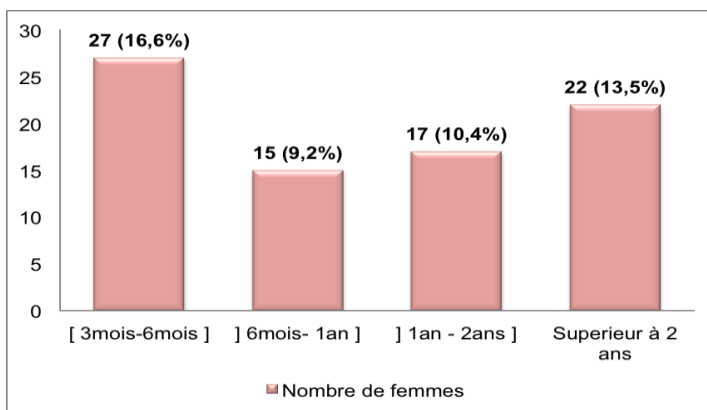
La figure 8 illustre l'évolution du désir sexuel des femmes après l'accouchement.

Figure 8 : Evolution du désir sexuel



Parmi les femmes ayant une baisse du désir sexuel (n=82), la figure 9 permet de voir à combien de temps remonte leur accouchement.

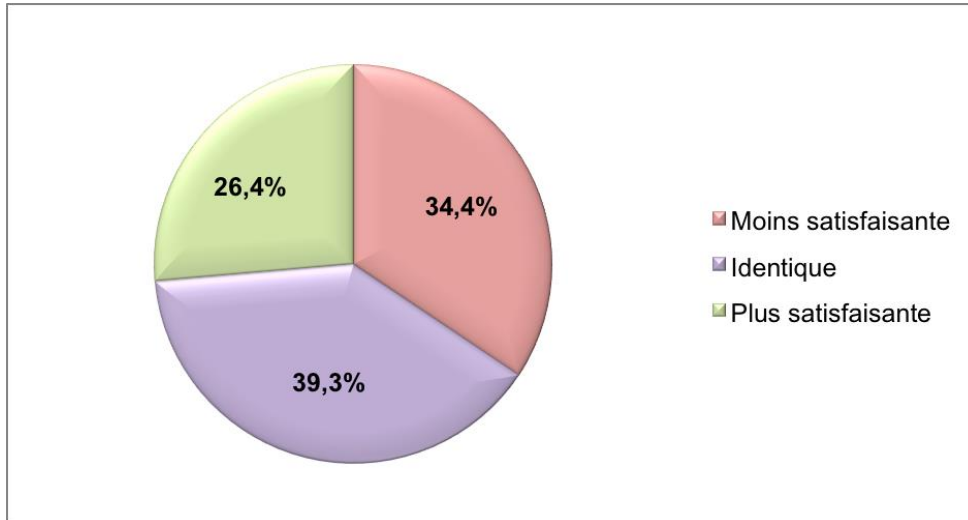
Figure 9 : Temps de réponse au questionnaire après l'accouchement



3.2.4 La satisfaction sexuelle

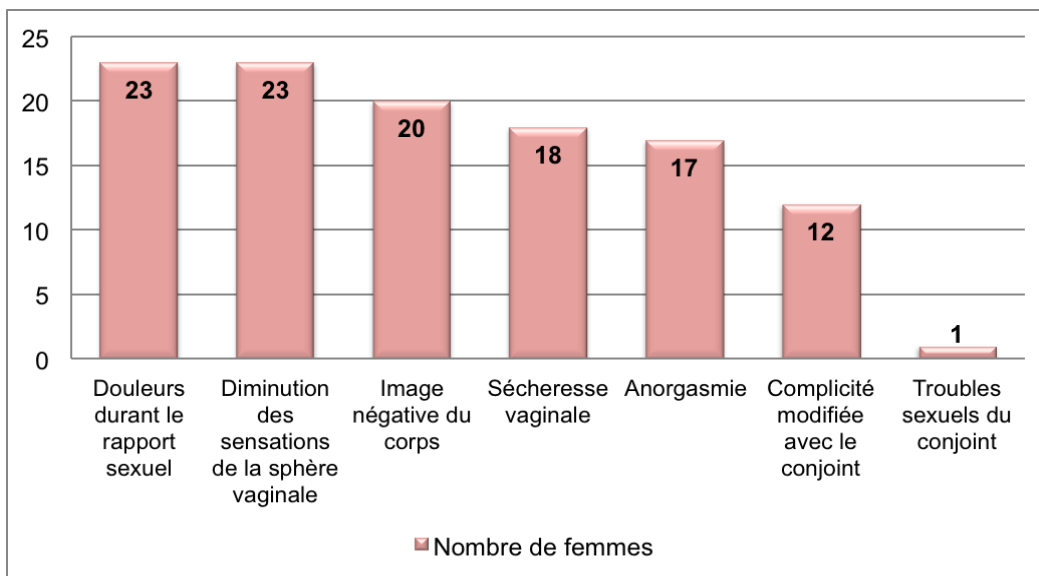
La figure 10 retranscrit l'évolution de la satisfaction des rapports sexuels après la grossesse.

Figure 10 : La satisfaction de l'activité sexuelle



La figure 11 expose les différentes causes des femmes expliquant selon elles, une diminution de leur satisfaction sexuelle.

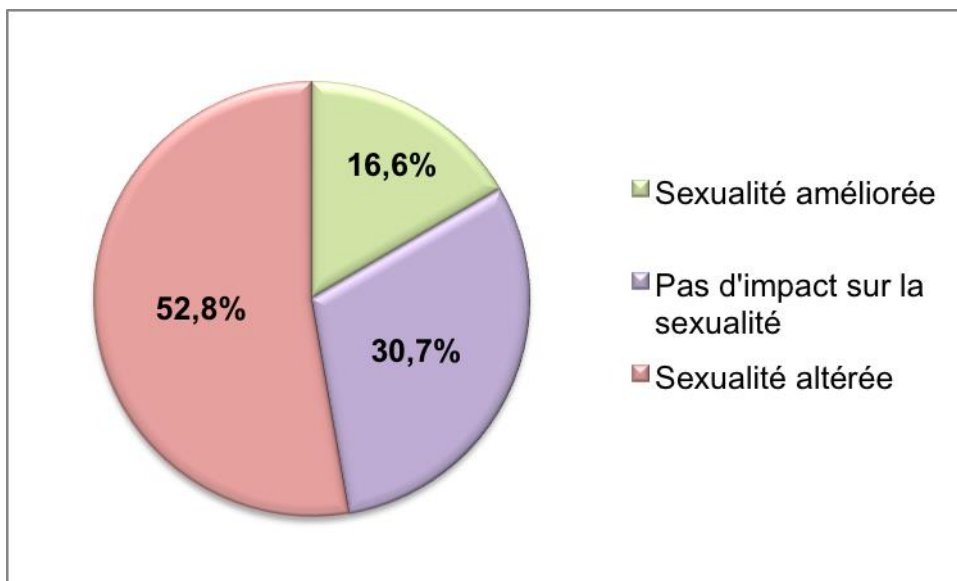
Figure 11 : Diminution de la satisfaction sexuelle : les causes



3.2.5 Impact de la grossesse et de l'accouchement sur la sexualité de la femme

La figure 12 montre l'implication, selon les femmes, de la grossesse et de l'accouchement sur leur sexualité actuelle.

Figure 12 : Evaluation selon les femmes de l'impact de leur grossesse sur leur sexualité

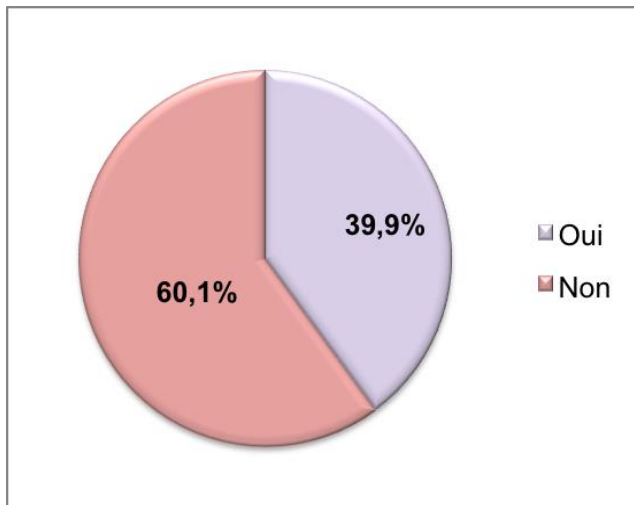


3.3 Autres résultats

3.3.1 Aborder le thème de la sexualité avec un professionnel médical

La figure 13 nous montre si le thème de la sexualité a été abordé avec un professionnel de santé, que ce soit avant, pendant ou après la grossesse.

Figure 13 : La sexualité a-t-elle été abordée avec un professionnel médical ?



Parmi les femmes n'ayant pas abordé la sexualité avec un professionnel médical (n=97) plus de la moitié (53,6 %) auraient souhaité aborder ce sujet.

Parmi celles ayant abordé la sexualité, 13,8 % ne le souhaitaient pas. Différentes raisons ont été évoquées par les femmes : "Sujet de couple, c'est confidentiel" " Trop intime et personnel », « Besoin de protéger mon intimité », « Je suis trop timide, cela me gêne ».

3.3.2 Le désir sexuel du conjoint

Nous avons demandé aux femmes d'évaluer le désir sexuel de leur conjoint : 72,4 % estiment qu'il n'a pas changé par rapport à avant la grossesse. 13,5 % jugent qu'il est augmenté et 14,1 % qu'il a diminué.

3.3.3 La rééducation périnéale

Dans notre échantillon, **80,4%** des femmes ont effectué une rééducation périnéale après l'accouchement.

4 Discussion

4.1 Principaux résultats

Après recueil de nos données :

La satisfaction sexuelle a évolué dans **60,8 %** des cas mais nous invalidons notre hypothèse selon laquelle la satisfaction sexuelle de la femme est diminuée plus de 3 mois après l'accouchement puisque **65,7 %** des femmes interrogées ont une satisfaction sexuelle identique ou augmentée à celle d'avant la grossesse.

Concernant l'évolution du désir sexuel, il a subi une modification auprès des femmes pour **58,3%** des cas. Cependant, nous ne pouvons valider, ni invalider notre hypothèse selon laquelle le désir sexuel est diminué plus de 3 mois après l'accouchement de la femme. Quasiment autant de femmes ont un désir sexuel identique ou augmenté par rapport à la grossesse que celles ayant un désir sexuel diminué.

La grossesse et l'accouchement de la femme ont modifié la sexualité de la femme pour **69,3 %** de la population. Après l'analyse de nos résultats, nous ne sommes pas en mesure de nous prononcer sur l'hypothèse que la grossesse et l'accouchement altèrent la sexualité : **52,8 %** des femmes rapportent que la grossesse et l'accouchement sont responsables d'une altération de leur sexualité contre 47,3 % dont leur sexualité est inchangée ou même améliorée par leur maternité. La différence observée n'est pas significative.

Les paramètres fondamentaux, déterminant la sexualité de la femme et abordés dans cette étude, sont significativement modifiés plusieurs mois ou années après la

naissance du premier enfant. De plus, trop de femmes voient encore leur sexualité altérée par la grossesse et l'accouchement.

4.2 Discussion des résultats

4.2.1 La reprise des rapports sexuels

La moyenne de reprise des rapports sexuels obtenue après l'accouchement est de **2 mois**. Cette moyenne est en accord avec l'étude de G. Barrett portant sur 796 primipares ayant une moyenne de reprise sexuelle comprise entre 7 et 8 semaines du post-partum [8]

Woranitat W et Andrews V, dans leurs études, ont montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre le délai de la reprise des rapports et le mode d'accouchement. [39] [40]

De plus, une étude autrichienne évaluant l'influence du mode d'accouchement sur la sexualité féminine à 12 et 18 mois après l'accouchement montre qu'il n'y avait pas de différences significatives au niveau des fonctions sexuelles, à un an de l'accouchement, entre un accouchement spontané voie basse et une césarienne.[41]

Il aurait été possible de penser que les femmes ayant eu un accouchement par voie-basse reprendraient les rapports plus tardivement que les femmes césarisées et rencontreraient d'avantage de troubles sexuels. Nous retrouvons bien une moyenne de reprise plus longue chez les femmes ayant accouchés par voie-basse (2,11 mois) que chez les femmes ayant eu une césarienne (1,9 mois). Cependant, en accord avec l'étude ci dessus, la différence n'est pas significative (6 jours).

6,7 % des femmes n'ont pas repris d'activité sexuelle dans notre échantillon. Il aurait été intéressant d'interroger ces femmes plus en détail sous forme d'entretien, cependant, les questionnaires étant anonymes, cela n'a pas été possible. Le QCM

proposé à ses femmes nous a cependant donné quelques pistes ; les premières causes mises en jeu étaient : le manque de temps, l'attention portée sur l'enfant et la diminution du désir sexuel.

En effet, dans une enquête post-natale interrogeant 100 couples 12 mois après la naissance de leur enfant, 1/3 des parents avouaient que cette naissance avait eu un retentissement sur leur désir sexuel avec une modification de l'image de la femme, une modification de « l'ambiance » au sein du couple du fait de la présence de l'enfant. [42]

Le manque de temps, l'attention portée à l'enfant et la diminution du désir sexuel sont liés ; la naissance d'un premier enfant est un évènement majeur dans la vie d'une femme, au début elle privilégie sa relation avec l'enfant à son intimité de couple. Le rôle de parent entraîne une diminution des moments d'intimité et un surplus de tâches accaparantes, ce qui se traduit par une plus grande fatigabilité à la fin de la journée et donc moins d'attention pour le ou la partenaire. [43]

4.2.2 La fréquence des rapports sexuels

La fréquence des rapports sexuels a diminué chez **64 %** des femmes : deux études, l'une publiée en 1978 et l'autre en 2013, s'accordent à dire que la majorité des couples reprennent un rythme de relations sexuelles identique à ce qu'il était avant la grossesse dans l'année suivant la naissance. [44] [45]

Lorsque nous étudions plus en détail nos résultats, au bout d'un an et demi en moyenne, 64% de notre échantillon déclare avoir une diminution de la fréquence des rapports sexuels. Nos résultats ne sont pas en accord avec les deux études présentées. Pour expliquer cette différence, il faut prendre en compte aussi d'autres paramètres comme celui du temps. En effet, il est « normal » que la fréquence des relations sexuelles baisse à mesure que la nouveauté s'estompe et que des habitudes prennent tranquillement le dessus [46]

En effet, l'accouchement de presque la moitié de notre population avait eu lieu entre

1 an et 8 ans. Il faut prendre en considération que le couple évolue au fil du temps ainsi que sa sexualité.

Nous regrettons de ne pas avoir demandé aux femmes leur ressenti concernant cette baisse de fréquence puisqu' une femme sur quatre jugerait insuffisante la fréquence de ses relations sexuelles. [47]

Les causes principales rapportées sont : la fatigue, le manque de temps et la diminution du désir sexuel. Les causes sont ici aussi liées les unes aux autres. Là encore nous retrouvons le manque de temps et la diminution du désir sexuel. Concernant la fatigue, il est bien démontré que les états asthéniques sont des périodes de diminution de l'activité sexuelle. [48]

Il est important de préciser que chaque couple a une fréquence de rapports sexuels qui lui est propre et qui peut varier en fonction des événements de la vie, notre étude en est la preuve. C'est pourquoi, notre but n'était pas ici d'obtenir une moyenne chiffrée de rapports sexuels hebdomadaire ou mensuelle. Dans nos cultures où la performance est valorisée à un degré extrême, la majorité des individus se préoccupent de leur « normalité sexuelle » et notamment de la fréquence des rapports sexuels et des attitudes à adopter. Notre but était ici de comparer la fréquence « avant/après » des femmes, mais en aucun cas d'obtenir une moyenne chiffrée qui risquerait d'amener de possibles comparaisons et inquiétudes concernant une norme qui n'en serait pas une.

De plus, **36 %** de notre population voit sa fréquence de rapports sexuels identique ou augmentée, ce qui est loin d'être négligeable.

4.2.3 Le désir sexuel

Se poser la question du désir sexuel féminin c'est s'attaquer à ce que Freud appelait « le continent noir » dont la connaissance, tant de ses déterminants que des circonstances qui peuvent l'affecter, reste toujours à approfondir. [49]

La construction du désir sexuel féminin est éminemment multifactorielle, le schéma présenté sur l'annexe III nous montre bien la diversité des variables recueillies.

Dans notre étude, autant de femmes évaluent leurs désirs sexuels diminués (**49,7%**) qu'identiques ou augmentés (**50,3%**). Ces chiffres sont à la fois encourageants mais aussi préoccupants.

Cela est encourageant dans le sens où une femme sur deux n'a pas été impactée voir même a ressenti un désir sexuel augmenté désormais. Il est possible que leur désir sexuel soit resté le même pendant et après la grossesse ou bien qu'il ait connu une baisse temporaire.

Le questionnement guidant cette étude provient, il est vrai, des « idées reçues » pessimistes, concernant la sexualité après un enfant. Des idées reçues provenant, le plus souvent, de jeunes femmes nullipares ou bien même diffusées dans les médias et caricaturées à l'écran. Outre les idées reçues, un grand nombre d'études aussi n'abordent, dans leurs résultats, que les pourcentages de désir sexuel diminué, mais il ne faut pas oublier ces femmes pour qui le désir sexuel est bien là, intact voir décuplé, après une grossesse.

Il est facile de penser qu'avoir un enfant avec l'être aimé peut faire naître une floraison de sentiments et de satisfactions personnelles qui, une fois les difficultés de la maternité passées, permettront au couple de se retrouver progressivement pour se redécouvrir à nouveau. Il est également envisageable de penser que la maternité en elle-même puisse « libérer » certaines femmes et laisser ainsi s'exprimer une féminité absolue.

Cependant, **49,7 %** de femmes dont le désir sexuel est diminué, cette proportion est trop importante, il s'agit tout de même de la moitié de notre effectif (à 0,3% près). Dans la littérature, la baisse de désir sexuel apparaît comme l'un des troubles sexuels principal après la naissance d'un enfant. En France, une étude portée sur 584 femmes en post-natal montre que 25% des femmes ont déclaré une diminution du désir sexuel à 5 mois du post-partum. Une autre étude longitudinale australienne ayant suivi des femmes avant leur première grossesse puis dans le post-partum

montre que 53% ont décrit une perte de désir sexuel à 3 mois du post-partum, et cela concernait 37% des primipares à 6 moi, alors que seulement 9% d'entre elles avaient rencontré cette difficulté avant la grossesse. [41][50]

Dans notre étude, nous observons un résultat inférieur puisque que les femmes ayant une baisse de désir sexuel entre 3 et 6 mois du post-partum ne représentent que **16,6%** de notre échantillon. L'étude australienne, présentée au dessus, souligne qu'il aurait été intéressant d'interroger les femmes sur leur désir sexuel avant la grossesse. Il est possible qu'un trouble du désir sexuel préexiste avant la grossesse puisque la prévalence du trouble du désir sexuel concerne 16% de la population générale. [51]

Mais ce qui reste le plus intrigant c'est que la diminution du désir sexuel semble perdurer avec le temps. En effet, presque les $\frac{3}{4}$ des femmes ayant une baisse de leur désir sexuel ont accouché entre 6 mois et 8 ans comme le souligne la figure 9. On aurait pu penser que la baisse de désir sexuel concernerait essentiellement la première année d'accouchement ; la fatigue est mise à rude épreuve, le temps consacré à l'intimité du couple est absent, l'allaitement non abordé dans ce questionnaire, peut impacter sur le désir sexuel comme cela est retrouvé dans plusieurs études (à l'exception de quelques études anciennes qui retrouvaient au contraire une augmentation du désir sexuel par stimulation directe des seins lors de l'allaitement). [8]

Il semble que d'autres facteurs entrent en jeu ; les différents aspects de la parentalité offrent certainement les variations les plus contrastées dans l'intensité du désir sexuel. Les périodes de fatigue et de surmenage s'accompagnent fréquemment aussi de pertes de désir « acceptables » principalement pour les femmes. Les facteurs de vie stressants sont très importants dans le déterminisme du désir sexuel féminin. Le poids de la vie quotidienne, la gestion de la maison, des enfants, du travail est un facteur déterminant de la réceptivité sexuelle de la femme. [52] [53]

Les études montrent aussi que le désir diminue avec la durée de la relation, la plupart des couples considérant cela comme « normal ». Ainsi une baisse de désir sexuel avec le temps peut être acceptée sans inquiéter la relation de couple [54]

4.2.4 La satisfaction sexuelle

La satisfaction sexuelle correspond à l'évaluation subjective positive que la personne fait de la relation sexuelle. [44]

Plus de la moitié (**65,7%**) des femmes interrogées dans notre étude considèrent leur satisfaction sexuelle identique voir améliorée par rapport à celle d'avant grossesse. G. Barret s'est intéressé au taux de satisfaction sexuelle de 484 primipares et a montré que 6 mois après l'accouchement, près de 50 % estimaient leur satisfaction sexuelle similaire à celle d'avant grossesse (**39,3 %** concernant notre étude) et 10% en amélioration (contre **26,4 %** de notre échantillon). [8]

Ainsi, il semble qu'une amélioration de la satisfaction sexuelle puisse apparaître avec le temps. Il est possible que leur satisfaction sexuelle soit restée la même pendant et après la grossesse, qu'elle ait connu une baisse temporaire qui aujourd'hui ne fait plus lieu ou encore que d'autres facteurs se soient ajoutés favorisant leur ressenti.

La plupart des études confirment l'existence d'un lien entre la satisfaction sexuelle et la qualité du rapport émotionnel avec le partenaire sexuel ainsi que la communication dans le couple. Il faut prendre en compte la nature hautement contextuelle de la sexualité des femmes, notamment l'importance que celles-ci attachent à l'intimité émotionnelle et à une relation satisfaisante. La sexualité de la femme est plus fortement modulée par la pensée et les émotions déclenchées par l'excitation sexuelle que par l'excitation sexuelle elle-même. Chez la femme, les sentiments et l'intimité sont des préalables importants au désir de s'engager dans une activité sexuelle. La satisfaction émotive influence grandement la satisfaction sexuelle, elle

se mesure entre autre par l'engagement; la confiance, la consultation mutuelle, la prise de décision partagée. [55] [56]

Il est démontré chez les couples, la présence d'une corrélation entre la qualité du lien conjugal et la satisfaction sexuelle. Leur satisfaction sexuelle est d'autant plus élevée que leur relation de couple leur semble satisfaisante. En d'autres termes, plus les personnes se sentent émotionnellement proches de leur partenaire, plus grande est la probabilité qu'elles trouvent leurs rapports sexuels agréables. Avoir un enfant, contribue en de nombreux points à ce rapprochement. [57]

Ainsi, la satisfaction sexuelle à distance de l'accouchement n'est pas forcément altérée voir peu être améliorée.

Cependant, le taux d'insatisfaction sexuel obtenu (**39,3 %**) n'est pas négligeable et mérite de s'y intéresser.

Les 3 premières causes justifiant une baisse de satisfaction sexuelle sont :

- **Dyspareunie** (n = 23) : la dyspareunie se définit par l'apparition de douleurs génitales lors du coït chez la femme rendant ce dernier difficile. [14] L'étude de Barret citée antérieurement, montre que la dyspareunie est un trouble particulièrement commun puisqu'il est retrouvé pour 62% des patientes dans les trois mois après la naissance et pour 31% des patientes à 6 mois. Il semble important de préciser que 12% des patientes ont vécu l'expérience de dyspareunies antérieures à la grossesse. L'analyse multi-factorielle de cette étude après ajustement des différentes variables (âge maternel, l'allaitement, le traumatisme périnéal et l'histoire antérieure des dyspareunies) a montré un lien significatif entre l'histoire antérieure des dyspareunies et les dyspareunies à 6 mois du post-partum.
- **Diminution des sensations de la sphère périnéale** (n=23) : parmi les multiples facteurs de risques des troubles pelvi-périnéaux de la femme figurent au premier plan la grossesse et l'accouchement. L'accouchement peut entraîner un étirement des branches distales des nerfs pudendaux (neuropathie d'étirement)

ou bien une lésion proximale par atteinte du plexus sacré. Ces lésions neurogènes, suite à la dénervation des muscles du plancher périnéal vont, comme toute atteinte neurogènes périphérique, déterminer des troubles du tonus, de la motricité, de la sensibilité et des reflexes. Or la pleine sexualité des femmes a habituellement besoin de ces quatre composantes. [58]

Les lésions neurogènes susceptibles de déterminer des troubles sexuels n'ont jamais été publiées, notamment dans le cadre d'études prospectives focalisées sur cette thématique. Notre étude met cette lacune en avant puisque **14 %** des femmes témoignent d'une diminution sensitive altérant la satisfaction sexuelle.

- **Image négative du corps** (n =20) : l'étude d' A.Olsson a montré que la plupart des femmes se trouvent moins désirables après la naissance de leur enfant. [59] Soulignons que, sur le plan cognitif, il est possible d'associer la perception de l'image corporelle à la satisfaction sexuelle. Une étude américaine en 2010 a démontré une corrélation entre la satisfaction sexuelle de la femme et l'image qu'elle a d'elle-même Plus la perception de l'image de soi est négative, plus faible est la satisfaction. Il n'est pas facile pour les femmes d'assumer de tels changements lorsqu'elles n'y sont pas préparées et de s'accepter dans une nouvelle sexualité. Prévenir les femmes durant la grossesse des changements physiques qui vont s'opérer et accentuer la prévention concernant la prise de poids excédentaire, pourraient permettre aux femmes de mieux accepter leur nouveau corps et de limiter au maximum cette image négative d'elle-même. [60]

4.2.5 L'impact de la maternité sur la sexualité des femmes

Après avoir répondu à l'ensemble de nos questions sur la sexualité, nous avons demandé aux femmes d'évaluer le retentissement qu'a eu leur maternité sur la sexualité aujourd'hui :

- **52,8 %** estiment que la grossesse et l'accouchement sont responsables d'une altération de leur sexualité.

- **47,3 %** évaluent une sexualité non impactée par la grossesse ou améliorée grâce à elle.

Nous aurions peut être obtenu un résultat moins mitigé si nous avions demandé aux femmes de noter leur sexualité d'avant grossesse et après, nous aurions pu ainsi comparer les notes. Cependant, cela nous paraissait inadapté, un domaine aussi subjectif et personnel ne peut être réduit à une simple note, l'entretien aurait été alors plus adéquat mais l'anonymat reste ici aussi, le principal obstacle à cette démarche.

Ainsi, **1 femme sur 2** voit sa sexualité altérée après la naissance de son premier enfant. Cette proportion est beaucoup trop importante et nous, professionnels de santé, devons nous sentir concernés. Nous émettons l'hypothèse que si ces femmes étaient mieux informées, par les professionnels de santé, des modifications de la maternité pouvant impacter sur leur sexualité, les changements et modifications vécus seraient mieux appréhendés, mieux supportés et la sexualité de la femme moins impactée. Les résultats de notre étude nous montrent bien que dans plus de 60% des cas, la sexualité n'a pas été abordée avant, pendant ou après la grossesse. Parmi ces femmes, plus de la moitié (**53,6%**) auraient souhaité en parler avec un professionnel de santé. La sexualité ne doit aujourd'hui plus être un tabou, ni pour les femmes, ni pour les professionnels de santé. Elle doit être abordée avec subtilité et objectivité sans mettre mal à l'aise la femme. L'information devrait toujours être faite en fonction des femmes (ou couples) et de leurs besoins en s'adaptant à celles-ci. Près d'une femme sur deux dans notre étude, vit sa sexualité comme elle l'était avant la grossesse ou bien celle-ci est améliorée désormais. Cela devrait être le cas pour toutes les femmes interrogées.

4.3 Les points forts de l'étude

Le comportement sexuel ne se prête pas aisément à l'observation, en raison non seulement de sa complexité mais également des tabous, c'est pourquoi l'un des points forts de cette étude est le nombre important de réponses interprétables (162) mais aussi la diversification démographique de notre échantillon : On a dénombré que ces femmes provenaient de 61 départements différents en France, 2 Départements d'Outre-Mer de 4 pays étrangers.

Le choix d'un questionnaire en ligne « virtuel » où règne l'anonymat, permet aux femmes d'aborder la sexualité à travers un espace de discours libre de toute contrainte morale et jugement social, encourage l'expression de soi et réduit le biais de désirabilité sociale.

4.4 Limites et biais

Nous n'avons pas pu aborder tous nos résultats comme par exemple le désir sexuel du conjoint évalué par la femme ou la question de la rééducation périnéale. La diminution sensitive de la sphère périnéale ainsi que les dyspareunies déclarées peuvent être améliorées par la rééducation périnéale, il aurait été intéressant d'évaluer ce paramètre.

La sexualité est un objet d'étude qui prête facilement à toutes sortes de distorsions. Au premier chef ; la mémoire. Par nos recherches rétrospectives, notamment lorsque nous leur demandons de comparer leur sexualité, nous leur demandons de se baser sur le rappel des expériences du passé qui peuvent se détacher de la réalité à cause des limites de la mémoire ; certaines femmes ont accouché il y a plusieurs années de leur premier enfant. Cependant, ce point peut être vu autrement ; les femmes ont le recul suffisant pour répondre aux questions de façon éclairée.

De plus, nous n'avons aucune preuve de la réalité des réponses obtenues des femmes interrogées : divulguer des informations personnelles comporte des risques pour les individus. Etant donné que personne ne souhaite être considéré comme « anormal » ou faire l'objet de taquineries ou de chantage, les réponses aux questions personnelles sur la sexualité peuvent chez certaines femmes se situer dans la gamme des comportements jugés acceptables d'après les normes sociales en vigueur, sans compter que seules des femmes volontaires ont répondu à notre questionnaire ; les études sur le biais du volontariat montrent que les caractéristiques des volontaires faussent toujours un peu la réalité. En effet, ceux-ci possèdent des caractéristiques qui les distinguent des autres : une culpabilité moindre concernant la sexualité, un éventail d'expériences sexuelles plus large, des attitudes assez permissives quant à la sexualité, une estime d'eux-mêmes relativement élevée comme partenaires sexuels et même un penchant à changer leur façon d'être pour obtenir ce qu'ils veulent sur le plan sexuel. [5]

4.5 Perspectives et axes d'amélioration

4.5.1 Père et amant

Toute approche de la sexualité humaine doit prendre en compte la psychologie de la sexualité de chaque sexe. La sexualité étant avant tout histoire de couple, il serait intéressant d'évaluer les modifications que rencontrent les nouveaux pères dans leur sexualité. Plus de la majorité des femmes (72,4 %) évaluent le désir sexuel du conjoint identique ou amélioré (13,5%) par rapport à avant la grossesse. Et qu'en est-il du point de vue des hommes ? Nous savons que les hommes et femmes ne perçoivent pas forcément les choses de la même manière. Cette démarche permettrait de cibler la place qu'occupe désormais la sexualité des hommes une fois devenu père, les difficultés rencontrées et d'éventuels axes d'amélioration auprès des professionnels durant la grossesse pour faciliter une sexualité conjugale épanouissante.

4.5.2 Professionnels de santé et prévention

Bien que la sexualité soit un sujet délicat à aborder par sa complexité et ses tabous, nos résultats montrent que nous devons nous y intéresser en tant que professionnels de santé face au constat d'une population demandeuse et au manque d'informations reçues. Une prévention semble nécessaire et les sages-femmes occupent une place de choix au moment de la grossesse pour aborder ce sujet.

Conclusion

La sexualité est une affaire complexe, changeante, pleine de peurs et d'attentes. Il en est de même pour une première grossesse. De nombreuses études s'intéressent à la sexualité de la femme enceinte et durant la période de post-partum mais rarement après. Notre enquête nous montre qu'une majorité de femmes, voient les paramètres fondamentaux de leur sexualité tels que le désir, la satisfaction ou bien la fréquence sexuelle modifiés après une grossesse. Ces modifications sont présentes plusieurs mois ou années après l'accouchement des femmes.

Une première grossesse, ce n'est pas seulement un corps qui se transforme mais une femme qui évolue dans son organisation sociale, psychique et comme nous l'avons vu, sexuelle. Chercher à améliorer la qualité de la vie sexuelle de la femme, c'est être concerné par la qualité de la vie du couple en général et au bien être de cette famille qui s'agrandit.

La sexualité après l'accouchement possède un rythme propre à chaque femme. La sexualité qui en découle est par conséquent, une sexualité d'adaptation.

Pour faciliter au mieux cette transition de femme-amante à mère- amante, une prévention auprès des femmes serait un moyen d'expliquer et d'informer en détail les changements possibles de la sexualité pendant la grossesse, mais aussi après. Sages-femmes et médecins sont concernés. Tout en respectant la vie privée de chacun, la sexualité ne doit plus être un tabou aujourd'hui. Les multiples facettes de la sexualité provoquent inévitablement une foule de questions auxquelles il est important que les femmes trouvent des réponses. Chaque femme devrait pouvoir aborder librement sa sexualité, sans crainte de jugement et chaque professionnel de santé doit être en mesure de répondre clairement et objectivement aux questions qui leur sont posées.

Bibliographie

- [1] Leuillet P, *La grossesse : un tsunami pour la sexualité du couple*, Assises françaises de sexologie et santé sexuelle, Lille ; 2009.
- [2] Lopès P., (sous la dir.de Lopès P, Poudat F), *Manuel de sexologie : Sexualité et grossesse, sexualité et post-partum*, 2^{ème} édition, Pologne : Elsevier Masson, 2014, 351p.
- [3] C.E Tourné, *Le post-partum. Obstétrique psychosomatique et fonctionnelle*. Sauramps Médical, Paris 2002 : 251-253.
- [4] Solano. C, *Les trois cerveaux sexuels : Entre pulsion, émotion et réflexion : comment vivre sa sexualité*, Paris : Robert Laffont, 2010.
- [5] Langis P., (sous la dir. de Germain B, Langis P), *La sexualité humaine : Les méthodes et techniques de recherche*, 2^e édition. Canada : De Boeck, 2015.
- [6] Giami A, *Développer la recherche sur la sexualité en France : les orientations ?* Sexologies 2005 ;VOL.XIV, N°52 : 1-5.
- [7] Larousse, Dictionnaire en ligne, Disponible sur : [En ligne]. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sexologie/72463> (page consultée le 16. 01.17)
- [8] 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
- [9] 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.
- [10] Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent

analys of 59 studies. J Psychosom Res. 1999 ; 47(1) : 27-49.

[11] Giami A., (sous la dir. de Bonierbale M, Courtois F), *Médecine sexuelle : Le concept de la santé sexuelle*, Paris : Lavoisier, 2016. P 585.

[12] World Health Organization. *Defining sexual health : Report of a technical consultation on sexual health*, 28-21 January 2002, Geneva : World Health Organization; 2006.

[13] Giami A., (sous la dir. de Bonierbale M, Courtois F), *Médecine sexuelle : Les grandes enquêtes épidémiologiques*, Paris : Lavoisier, 2016. P 585.

[14] Carcopino X, Courbiere B. *Gynécologie Obstétrique*. Paris : Vernazobres - Grego, 2014. p 626.

[15] Burke Y, Lowenstein L, Mustafa S. *Pregnancy and normal sexual function, are they compatible ?*. J Sex Med 2013; 10:621-2.

[16] Malarewicz A, Rogala J, Szymkiewicz J. *Sexuality of pregnant women*. Ginekol Pol. 2006; 77:733-9.

[17] Brenot P. *Les femmes, le sexe et l'amour : 3000 femmes témoignent*. Paris : Les Arènes ; 2012.

[18] Vercoustre L. *Activité utérine et accouchement prématuré*. J Gynecol Obstet Biol Reprod. Paris. 1997; 26:131-6.

[19] B.Ganem M. *La sexualité du couple pendant la grossesse : guide pratique*. France : Filipacchi, 1992. 210 p.

[20] Chang SR, Chen KH, Ho HN, Huang LH, Lin WA, Shyu MK. *Depressive symptoms as a predictor of sexual function during pregnancy*. J Sex Med. 2012;9: 2582-9.

- [21] Bydlowski M. *Devenir : Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne*. N°2. Paris : Médecine et hygiène, 2001. Volume 13, 96 p.
- [22] Garnier G, Gondonneau J. *La sexualité de la femme enceinte*. Paris : Balland, 1973.
- [23] Johnson VE, Masters WH. *Les réactions sexuelles*. Paris : Laffont, 1968.
- [24] Frydman R. *La grossesse : De la conception à la naissance*. Paris : Hachette 2008.
- [25] Feuillet P., (sous la dir. de Bonierbale M, Courtois F), *Médecine sexuelle : Grossesse et post-partum*, Paris : Lavoisier, 2016. P 585.
- [26] Ganem M., (sous la dir. Lopès P. Poudat F-X), *Manuel de sexologie : La sexualité des couples pendant la grossesse*. Paris : Elsevier Masson 2007.
- [27] Aslan G, Aslan D, Esen A, Ispahi C, Kizilyar A. *A prospective analysis of sexual functions during pregnancy*. Int J import Res 2004; 17:154-7.
- [28] Revault d'Allonnes C. *Le mal joli : accouchement et douleur*. 2e éd. Paris : Plon, 1991. 340 p.
- [29] Bonierbale M, Kieffer N, Stenwaga C. *Conduites sexuelles et grossesse*. Paris : Masson, 1981.
- [30] OMS. *Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la période néonatale : Guide de pratiques essentielles*. 2009. Genève p 186.
- [31] Chan YF, Faisal-Cury A, Huang, Menezes PR. *The relationship between Depressive/anxiety Symptoms During Pregnancy/postpartum and Sexual Life Decline after Delivery*. J Sex Med. 2013; 10:1343-9.
- [32] Burke Y, Lowenstein L, Mustafa S. *Pregnancy and normal sexual function. Are they compatible ?* J Sex Med. 2013; 10:621-2.

- [33] Salvatore S, Serati M, Siesto G et al. *Female sexual function during pregnancy and after childbirth*. J Sex Med. 2010; 7:2782-90.
- [34] Robert A., (sous la dir. de Barlow P et al.), *Guide du post-partum : Sexualité durant le post-partum*. Pays-Bas : De Boeck Supérieur, 2016, p 726.
- [35] Dryfhout VL, Pauls RN, Occhino JA. *Effects of pregnancy on female sexual function on body image : A prospective study*. J Sex Med. 2008 ; 55:1915-22.
- [36] Abdool Z, Sultan AH, Thakar R. *Post-partum Sexual Function*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2009; 145 :133- 37.
- [37] Le Roux C. *Sexualité du post-partum*. Site internet. [En ligne] <http://sexologue-france.fr/sexologie/le-couple/sexualite-du-post-partum/> (Page consultée le 31/01/2017).
- [38] Andersson L, Aström M, Bixo M, Sundström-Poromaa I, Wulff M. *Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum : a follow-up study*. Acta Obstet Gynecol Scand 2006; 85:93744.
- [39] Taneepanichskul S, Woranitat W. *Sexual fonction during the postpartum period*. J Med Assoc Thai. 2007 Sep ; 90(9) : 1744-1748.
- [40] Andrews V, Thakar R and al. *Evaluation of post-partum perineal pain and dyspareunia : A prospective study*. Eur J Obstet Gyn R B. 2007 ; 152-156.
- [41] Klein K, Worda C, Leipold H, Gruber C, Husslein P, Wenzl R. *Does the Mode of Delivery Influence Sexual Function after Childbirth ?* Journal of Women's Health. 2009 ; 18(8).
- [42] Owens A, Pastore L, Raymond C. *Postpartum sexuality concerns among first-time parents from one U.S. academic hospital*. J Sex Med 2007; 4:115-23.
- [43] Germain B., (sous la dir. de Germain B, Langis P), *La sexualité humaine : La sexualité à l'âge adulte*, 2^e édition. Canada : De Boeck, 2015.

- [44] Brown S, McDonald E. *Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth ?* Br J Obstet Gynaecol. 2013; 120:823-30.
- [45] Carty E, Gordon I. *Sexuel adjustment of post-partum couples.* Can Fam Physician. 1978; 24:1191-8.
- [46] Klusmann D. *Sexual Motivation and the Duration of Partnership.* Arch Sex Behav. 2002; 31:275.
- [47] Goldfarb M.R, Trudel G *Fonctionnement et dysfonctionnement conjugal et sexuel, dépression et anxiété .* 2010 ; 19 :164-169.
- [48] Van de Wiel H, Weijmar Schultz W. *Sexual problems as a matter of course.* J Psychosom Obstet Gynaecol. 2000 ; 21:3-8.
- [49] Freud S. *La question de l'analyse profane : Œuvres Complètes XVIII, 2002, 92p.*
- [50] Glazener CM. *Sexual function after childbirth : women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition.* Br J Obstet GYnaecol.1997; 104:330-5
- [51] Bennett CM, Dennerstein L, Fairley CK, Hayes RD. *What is the « true » prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact ?* J Sex Med. 2008 ; 5 :777-87.
- [52] Hart AD, Weber CH, Taylor D. *Secrets of Eve : Understanding the mystery of female sexuality,* Word Publications ; 1998.
- [53] Clement U. *Sex in long-term relationships : A systemic approach to sexual desire problems.* Arch Sex Behav. 2002 ;31 :241-6.
- [54] Oberg K, Sjögren Fugl-Meyer K. *On Swedish women's distressing*

sexual dysfunctions, Volume 2, 2005 ;2 :169–180.

[55] Basson. R. *Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions*, *CMAJ* May 10, 2005 vol. 172 no. 10 1327-1333.

[56] Byers , E. S. *Evidence for the importance of relationship satisfaction for women's sexual functioning*.2001. In E. Kaschak & L. Tiefer's (Eds.), *A new view of women's sexual problems* (pp. 23- 26). Binghamton, NY : The Haworth Press.

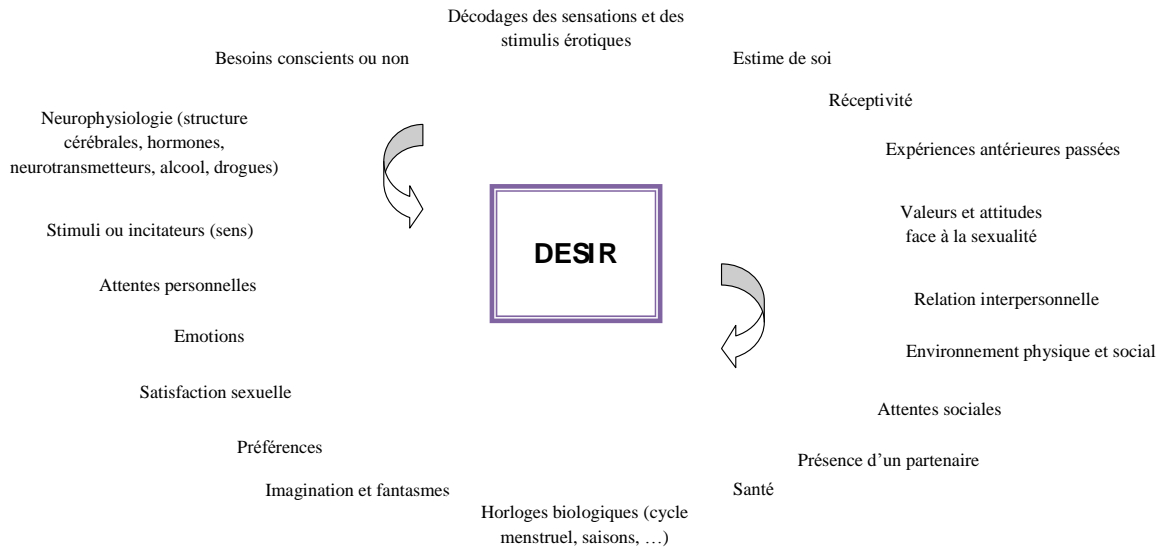
[57] Amarenco G., (sous la dir. de Bonierbale M, Courtois F), *Médecine sexuelle : Explorations neurofonctionnelles de la grossesse et de l'accouchement*, Paris : Lavoisier, 2016. P 585.

[58] Faxelid E, Lundqvist M, Olsson A, Nissen E. *Women's thoughts about sexual life after childbirth*. *Scan J Caring Sci*. 2005 : 381-387.

[59] Meston CM, Pujols Y, Seal BN. *The Association Between Sexual Satisfaction and Body Image in Women*. *J Sex Med*. 2010 ; 7 : 905-916.

Annexes

Annexe I : Les variables influençant le désir sexuel [5]



Annexe II : Questionnaire de l'étude

Questionnaire : LA SEXUALITE APRES UNE PREMIERE GROSSESSE

Bonjour,

Je suis étudiante sage-femme en dernière année d'école à l'Université Simone Veil de St-Quentin-en-Yvelines.

Je réalise mon mémoire de fin d'étude sur : Le retentissement de la grossesse et de l'accouchement du premier enfant sur la sexualité de la femme à distance de l'accouchement.

Ce questionnaire est adressé aux femmes ayant accouché depuis 3 mois ou plus, de leur premier enfant (primipare uniquement).

Ce questionnaire en ligne est strictement anonyme. Aucune identification personnelle n'est possible, les réponses m'étant directement adressées sur un tableau Excel, sans aucune identification possible d'adresse mail.

Je vous remercie grandement de prendre le temps de répondre à ce questionnaire qui m'aidera dans la réalisation de mon étude.

Pauline AUBRY Etudiante Sage-femme en 5^{ème} année d'étude

***Obligatoire**

Vous avez accouché il y a quelques temps...

A. Aujourd'hui, avez vous repris les rapports sexuels ? *

- Oui
 Non

Si OUI, combien de temps après l'accouchement ?

En jours, semaines ou mois (approximativement)

Si NON, est-ce selon vous par :

Une ou plusieurs réponses sont possibles

- Peur de la reprise des rapports sexuels
 Manque de temps
 Problème de santé
 Par l'attention portée à votre enfant
 Diminution de votre désir
 Diminution du désir de votre conjoint
 Autre :

B. La fréquence de vos rapports sexuels aujourd'hui est-elle : *

Comparée à celle d'avant votre grossesse

- Augmentée
- Identique
- Diminuée

Si la fréquence est DIMINUÉE, est-ce selon vous par :

Une ou plusieurs réponses sont possibles

- Douleurs durant le rapport
- Fatigabilité
- Peur d'une nouvelle grossesse
- Manque de temps
- Par l'attention portée à votre enfant
- Diminution du désir sexuel
- Diminution du désir sexuel de votre conjoint
- Autre :

C. Votre désir sexuel aujourd'hui est-il : *

Comparé à celui d'avant votre grossesse

- Augmenté
- Identique
- Diminué

D. La satisfaction de vos rapports sexuels est-elle : *

Comparée à celle d'avant votre grossesse

- Plus satisfaisante
- Identique
- Moins satisfaisante

SI la satisfaction est MOINS SATISFAISANTE, est-ce selon vous dû à :

Une ou plusieurs réponses sont possibles

- Douleurs durant le rapport sexuel
- Sécheresse vaginale
- Complicité modifiée avec votre conjoint
- Image négative de votre corps
- Diminution de vos sensations de la sphère vaginale
- Anorgasmie (pas d'orgasme)
- Troubles sexuels de votre conjoint (anéjaculation, éjaculation précoce, trouble de l'érection)
- Autre :

E. Ressentez-vous chez votre conjoint un désir sexuel *

Comparé à celui d'avant votre grossesse

- Augmenté
- Identique
- Diminué

F. De façon générale, diriez-vous que la grossesse et l'accouchement ont : *

- Amélioré votre sexualité
- N'ont pas eu d'impact sur votre sexualité
- Altéré votre sexualité

G. Avez-vous bénéficié d'une rééducation périnéale ? *

- Oui
- Non

H. Avez-vous abordé la sexualité avec un médecin ou sage-femme pendant ou après la grossesse ? *

- Oui
- Non

I. Auriez-vous aimé aborder vos questions sur la sexualité avec un médecin ou sage-femme? *

- Oui
- Non

Si NON , pour quelle(s) raison(s) ?

Pouvez-vous préciser...

- Votre âge : *

- Votre département: *

Votre date d'accouchement : *

Jour	Mois	2017	31
------	------	------	----

Avez-vous eu une grossesse multiple ? *

(jumeaux, triplés)

- Oui
 Non

Avez-vous accouché par : *

- Voie basse
 Césarienne

Est-ce votre premier enfant (primipare) ? *

- Oui
 Non

Avez-vous eu le même partenaire sexuel avant, pendant et après la grossesse? *

- Oui
 Non

Envoyer

100 % : vous avez réussi.

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Annexe II : Fiche distribuée auprès de sages-femmes libérales.

GROSSESSE & SEXUALITÉ

Mémoire étudiante sage-femme

Si vous avez accouché depuis **3 mois ou plus de votre 1er enfant**, ce questionnaire en ligne est pour vous :

(fin du questionnaire Mars 2016)

<https://goo.gl/forms/jEeiVNMHrvGdG0j11>

Questionnaire strictement **ANONYME**

Cependant, si vous avez des questions :
paulineaubry12@hotmail.fr

Merci pour votre participation,

Pauline AUBRY