



HAL
open science

Sexualité féminine après la naissance d'un premier enfant : étude auprès de 75 primipares : quel impact de la naissance sur la sexualité féminine ?

Camille Toesca

► To cite this version:

Camille Toesca. Sexualité féminine après la naissance d'un premier enfant : étude auprès de 75 primipares : quel impact de la naissance sur la sexualité féminine ?. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01690217

HAL Id: dumas-01690217

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01690217>

Submitted on 22 Jan 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.

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

Faculté de Médecine

ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU DE NICE

SEXUALITE FEMININE APRÈS LA NAISSANCE

D'UN PREMIER ENFANT

*Etude descriptive auprès de 75 primipares : quel impact de la naissance sur
la sexualité féminine ?*

Camille TOESCA

Née le 28 Novembre 1994

À Monaco (MONACO)

Mémoire présenté et soutenu le 12 Juin 2017

Directeur de mémoire : Dr BENOIST Pascal

Sous l'expertise de Mme ROGER Coralie

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME
2017

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

Faculté de Médecine

ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU DE NICE

SEXUALITE FEMININE APRÈS LA NAISSANCE

D'UN PREMIER ENFANT

*Etude descriptive auprès de 75 primipares : quel impact de la naissance sur
la sexualité féminine ?*

Camille TOESCA

Née le 28 Novembre 1994

À Monaco (MONACO)

Mémoire présenté et soutenu le 12 Juin 2017

Directeur de mémoire : Dr BENOIST Pascal

Sous l'expertise de Mme ROGER Coralie

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME
2017

*« Choisis un travail que tu aimes,
et tu n'auras pas à travailler un seul jour dans ta vie »*

Confucius

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement mon directeur de mémoire, le Dr Pascal Benoist pour son implication, son soutien, et son aide si précieuse dans la réalisation de ce travail.

Un immense merci à Mme Roger Coralie, pour son investissement, sa disponibilité et son expertise.

Merci à la directrice Mme Maccagnan ainsi qu'à l'équipe pédagogique, pour leurs enseignements et leurs conseils durant ces quatre années de formation.

Je tiens également à remercier l'équipe de la maternité de Monaco, pour son soutien tout au long de l'année et pour m'avoir transmis la passion de mon futur métier.

Merci aux femmes qui ont accepté de participer à cette étude.

À ma mère, tu m'as appris la persévérance, et mon rêve devient aujourd'hui réalité. Merci de m'avoir portée jusqu'ici.

À mon père, pour ton amour et ton soutien sans faille.

À ma sœur, mes grands parents, ma famille et ma belle-famille.

À Cathy, pour tes nombreuses relectures.

À Alice, Alizée, Lucile et Marina, merci d'être là depuis toujours, vous êtes des amies exceptionnelles.

Merci à mes acolytes, pour ces magnifiques années passées à vos côtés : Romane, Anne-Laure, Manon, Alice, Manue, Valentine, Mathilde, Camille, Zoé et Antoine. Je suis convaincue que le meilleur reste à venir.

Et enfin, à Benjamin, merci d'être là, sans toi rien n'aurait été possible.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABBREVIATIONS	6
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	7
INTRODUCTION	9
PARTIE 1 : CADRE THEORIQUE	11
1 NOTIONS DE SEXOLOGIE	11
1.1 Comportements sexuels adultes.....	11
1.1.1 Système de récompense et dynamique érotique basique	11
1.1.2 Facteurs influençant la sexualité	14
1.2 Définitions en sexologie.....	14
1.2.1 Désir	14
1.2.2 Plaisir	16
1.2.3 Motivation sexuelle.....	18
1.2.4 Quelques composantes de la sexualité humaine	18
1.3 Déroulement du rapport sexuel.....	19
2 DYSFONCTIONS SEXUELLES FEMININES	20
2.1 Troubles du désir sexuel.....	20
2.2 Douleurs sexuelles ou dyspareunies	21
2.3 Vaginisme.....	21
2.4 Troubles du plaisir sexuel	22
3 SEXUALITE PENDANT LA GROSSESSE	23
3.1 Modifications physiques et psychiques pouvant influencer la sexualité.....	23
3.1.1 Modifications physiques	23
3.1.2 Modifications psychologiques	25
3.2 Sexualité Féminine	27
3.3 Contre-indications aux rapports sexuels pendant la grossesse et en post-partum.....	29
PARTIE 2 : ETUDE PERSONNELLE	32
4 Présentation de l'étude	32
4.1 Problématique	32
4.2 Objectifs	32
4.2.1 Objectif principal	32
4.2.2 Objectifs secondaires	33
4.3 Hypothèses	33
5 Méthodologie	34
5.1 Type d'étude.....	34
5.2 Population.....	34
5.3 Questionnaire	36
6 Recueil des données.....	38
6.1 Echantillon.....	38
7 Résultats.....	39
7.1 Caractéristiques de la population.....	39
7.2 Description de la sexualité avant la grossesse.....	40
7.3 Description de la sexualité pendant la grossesse	40

7.3.1	Estime de soi pendant la grossesse	40
7.3.2	Rapports sexuels pendant la grossesse.....	41
7.4	Description mode d'accouchement et post-partum	45
7.5	Analyse statistique de la sexualité en post-partum	48
7.5.1	Objectif principal : satisfaction sexuelle et mode d'accouchement.....	48
7.5.2	Facteurs influençant la satisfaction sexuelle en post-partum.....	50
7.6	Reprise des rapports sexuels	52
7.6.1	Souvenir de l'accouchement.....	54
7.6.2	Appréhensions.....	54
7.6.3	Cause de non reprise des rapports sexuels.....	55
7.6.4	Attitude du partenaire	56
7.6.5	Influence sur la vie conjugale	56
7.7	Délai de reprise des rapports en post-partum	57
7.7.1	Modification de la satisfaction sexuelle avant et après la grossesse.....	48
7.8	Estime de soi	58
7.9	Analyse descriptive : informations pendant la grossesse et après l'accouchement.....	60
7.9.1	Informations aux patientes pendant la grossesse	60
7.9.2	Informations après l'accouchement	63
PARTIE 3 : DISCUSSION.....		66
8	Interprétation des résultats.....	66
8.1	Données socio-économiques	66
8.2	Sexualité pendant la grossesse	66
8.3	Modalités d'accouchement et vécu	68
8.4	Sexualité en post-partum.....	69
8.4.1	Délai moyen de reprise des rapports.....	70
8.4.2	Mode d'accouchement et sexualité.....	70
8.4.3	Facteurs influençant la sexualité.....	71
8.5	Vie conjugale et sexualité	74
8.6	Place de la sage-femme et informations sur la sexualité	75
8.6.1	Informations pendant la grossesse	76
8.6.1	Informations après l'accouchement	77
9	Analyse de la méthodologie.....	79
9.1	Faiblesses de l'étude.....	79
9.2	Forces de l'étude	80
10	Perspectives et axes d'améliorations	81
10.1	Lutte contre le tabou autour de la sexualité	81
10.2	Informations sur la sexualité en périnatalité.....	82
10.3	Formations et informations des professionnels.....	84
Bibliographie		I
ANNEXES		V

LISTE DES ABBREVIATIONS

CNGOF = Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSHA = Désir Sexuel Hypo Actif

EPI = Entretien Prénatal Initial

HAS = Haute Autorité de Santé

HPST = Hôpital, Patients, Santé, Territoire

IST = Infections Sexuellement Transmissibles

MAP = Menace d'Accouchement Prématurationnée

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

PNP = Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RPM = Rupture Prématurationnée des Membranes

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Liste des figures

<u>Figure 1</u> : Schéma synthétique de la dynamique érotique basique.	13
<u>Figure 2</u> : Schéma du clitoris en vue latérale et inférieure. Tutorat Niçois de la Faculté de Médecine de NICE.	22
<u>Figure 3</u> : Diagramme de flux des patientes.	36
<u>Figure 4</u> : Principales causes d'arrêt des rapports sexuels en fonction du trimestre de grossesse.	42
<u>Figure 5</u> : Fréquence des rapports sexuels en fonction du trimestre de grossesse.	43
<u>Figure 6</u> : Désir sexuel en fonction du trimestre de grossesse.	43
<u>Figure 7</u> : Coefficient de corrélation entre la satisfaction sexuelle avant et après la grossesse.	52
<u>Figure 8</u> : Coefficient de corrélation entre l'estime de soi avant et après la grossesse.	59
<u>Figure 9</u> : Coefficient de corrélation entre l'estime de soi et la satisfaction sexuelle en post-partum.	59
<u>Figure 10</u> : Professionnel de santé ayant informé les patientes pendant la grossesse.	60
<u>Figure 11</u> : Moment de l'échange autour de la sexualité pendant la grossesse.	61
<u>Figure 12</u> : Autres moyens d'informations utilisés.	62
<u>Figure 13</u> : Professionnel de santé ayant informé les patientes en post-partum.	63
<u>Figure 14</u> : Moment de l'échange autour de la sexualité en post-partum.	64
<u>Figure 15</u> : Autres moyens d'informations.	65

Liste des tableaux

<u>Tableau I</u> : Description socio-économique de la population.	40
<u>Tableau II</u> : Evaluation de la satisfaction sexuelle avant la grossesse.	40
<u>Tableau III</u> : Évaluation de l'estime de soi pendant la grossesse.	41
<u>Tableau IV</u> : Présence d'une sexualité pendant la grossesse.	41
<u>Tableau V</u> : Évaluation de la satisfaction sexuelle pendant la grossesse.	42
<u>Tableau VI</u> : Description des causes modifiant la sexualité pendant la grossesse.	45
<u>Tableau VII</u> : Description du mode d'accouchement.	45

<u>Tableau VIII</u> : Souvenir en fonction du mode d'accouchement.....	46
<u>Tableau IX</u> : État périnéal suite à un accouchement voie basse et vécu.....	46
<u>Tableau X</u> : Description du post-partum.....	47
<u>Tableau XI</u> : Évaluation de la satisfaction sexuelle après la grossesse en fonction du mode d'accouchement.....	48
<u>Tableau XII</u> : Analyse des facteurs influents qualitatifs sur la satisfaction sexuelle après la grossesse.....	50
<u>Tableau XIII</u> : Coefficient de corrélation de Pearson entre : la satisfaction sexuelle avant et après la grossesse et le souvenir de l'accouchement.....	51
<u>Tableau XIV</u> : Facteurs influents sur la reprise des rapports sexuels en post-partum.....	53
<u>Tableau XV</u> : Analyse du souvenir de l'accouchement en fonction de la reprise des rapports sexuels.....	54
<u>Tableau XVI</u> : Description des causes de non reprise des rapports sexuels.....	55
<u>Tableau XVII</u> : Reprise des rapports sexuels et influence sur la vie conjugale en post-partum.....	56
<u>Tableau XVIII</u> : Facteurs influents sur le délai de la reprise des rapports sexuels en post-partum.....	58
<u>Tableau XIX</u> : Évaluation de la satisfaction sexuelle avant et après la grossesse.....	49
<u>Tableau XX</u> : Description de l'épanouissement et de la fréquence des rapports sexuels en post-partum.....	58
<u>Tableau XXI</u> : Coefficient de corrélation entre le score de l'estime de soi avant et le score après la grossesse.....	58
<u>Tableau XXII</u> : Informations autour de la sexualité pendant la grossesse.....	60
<u>Tableau XXIII</u> : Informations autour de la sexualité après l'accouchement.....	63

INTRODUCTION

Chaque femme évolue avec les années au gré des évènements marquants de sa vie, des expériences et des connaissances qui en découlent. Lorsqu'il y a une grossesse : du désir d'enfant jusqu'à ses premiers mois, les modifications physiques et psychiques de la femme peuvent influencer son désir, l'acte sexuel en lui-même et son vécu émotionnel.

L'OMS définit la notion de santé sexuelle comme étant «un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés ». [1]

On constate à travers cette définition que la sexualité humaine englobe des notions très diverses et complexes qu'elles soient sensorielles, émotionnelles, relationnelles, identitaires ou sociales. Elle touche en réalité toutes les sphères qui caractérisent l'espèce humaine.

Chez les mammifères non primates ; la sexualité est centrée sur la copulation et est programmée pour la reproduction. Chez les Hommes, la sexualité est surtout caractérisée par la recherche du plaisir, c'est ce que l'on nomme le comportement érotique.

Elle est sous l'influence d'affects, de tabous et de croyances culturelles. Elle s'exprime entre autre par des pensées, des idées reçues, des jugements de valeurs, des imaginaires, des désirs et non plus seulement par des comportements à visée reproductive.

Compte-tenu de ces données, après l'accouchement, le corps de la femme qui a pu se modifier, les éventuelles douleurs ou fatigue, le nouveau-né demandant beaucoup d'attentions : quel est l'impact de la naissance d'un premier enfant sur la sexualité de la femme et du couple ? Quelles sont les difficultés sexuelles rencontrées ou non après l'accouchement ? Comment concilier sa vie de femme et sa vie de mère ? Quels sont les besoins des femmes en matière d'informations ?

Au cours de mes études de sages-femmes, des femmes ont évoqué leur sexualité : « Ai-je le droit de continuer à avoir des rapports pendant ma grossesse? » ; « Est - ce qu'avoir

des rapports peut blesser mon bébé ? » ; « Quand puis-je reprendre les rapports après l'accouchement ? » ; « J'ai peur de reprendre les rapports car j'ai eu une épisiotomie » ; « Je n'ai plus de désir sexuel depuis mon accouchement ».

Ces différentes questions ou témoignages m'ont amené à me demander : quels sont les professionnels de santé qui abordent le sujet de la sexualité avec les patientes ? Et, que ce soit au détour d'une consultation prénatale, un entretien, en cours de préparation à la naissance, après l'accouchement, quels sont les moments propices pour en parler ?

Pour répondre à toutes ces questions, nous avons choisi de mener une étude auprès de 75 femmes primipares que nous avons rencontrées en maternité et à qui nous avons envoyé un questionnaire deux mois après.

L'analyse des résultats nous permettra d'explorer trois thèmes majeurs de la sexualité des femmes en post-partum :

- Le vécu de leur sexualité avant, pendant et après la grossesse avec pour principal indicateur la satisfaction sexuelle.
- Les facteurs influençant la qualité et la reprise ou non des rapports.
- Les éventuels besoins en termes d'informations des femmes en vue de proposer une réponse adaptée.

PARTIE 1 : CADRE THEORIQUE

1 NOTIONS DE SEXOLOGIE

1.1 Comportements sexuels adultes

1.1.1 Système de récompense et dynamique érotique basique

- L'évolution des connaissances sur la sexualité. [2]

En occident, au début du XIX siècle, les chercheurs notamment en biologie du développement affirmaient que le comportement sexuel se définissait par le coït phallovaginal dans un but uniquement reproductif. La recherche du plaisir par le rapport sexuel, la masturbation ou d'autres pratiques étaient considérées comme des déviations de l'instinct ou des pathologies.

Au fil du temps, de nombreux chercheurs ont pu démontrer que le comportement sexuel de l'Homme n'est pas uniquement centré sur l'exécution innée des réflexes copulateurs (comme le démontrait le comportement de reproduction des mammifères) mais sur la stimulation des zones érogènes génitales dans le but d'obtenir des récompenses sexuelles définissant la notion de comportement érotique.

Dans son ouvrage de synthèses et de références, le Docteur en neurosciences, Serge Wunsch, décrit l'évolution vers ce comportement érotique par des modifications cérébrales qui induisent un découplage du contrôle hormonal. Si les hormones sont indispensables à des phases critiques du développement génital, les activités sexuelles, elles sont devenues continues et ne dépendent plus du cycle hormonal. Il en conclut que la reproduction et la sexualité sont deux activités qui peuvent être distinctes chez l'humain et la plupart des hominidés. [2]

- Système de récompense et système somatosensoriel [2]

Chez l'Homme, la sexualité est basée sur le système de récompense qui procure des sensations conscientes de plaisir sexuel.

Il joue un rôle majeur dans le développement du désir amoureux, du désir sexuel et de l'attachement.

D'un point de vue neurobiologique, le système de récompense est situé en position latérale du cerveau permettant le développement et l'apprentissage des comportements favorables à l'espèce. En position médiane, se situe le système aversif ou dit de « punition » à l'origine des sensations de souffrances qui permet l'apprentissage, notamment des comportements d'évitement de danger.

Ces deux systèmes ambivalents ont pour but de réguler et de maintenir la survie de l'espèce.

La sexualité humaine étant principalement basée sur la stimulation des zones érogènes, le système somatosensoriel est en lien étroit avec le système de récompense. Le système somatosensoriel est constitué de nombreux récepteurs superficiels (par exemple tactiles) et profonds (par exemple proprioceptifs : récepteurs neuromusculaires et viscéraux). Il collecte au niveau central toutes les informations sensorielles provenant du corps.

Le corps peut être à l'origine de différents types de plaisirs somatosensoriels :

- Agréable pour les zones pileuses également appelées zones hédoniques.
- Sensuel pour les zones érogènes secondaires.
- Erotique pour les zones érogènes primaires.

Les zones hédoniques constituent quasiment toute la surface corporelle exceptée la paume des mains et la plante des pieds.

Selon une étude de Master et Johnson, réalisée sur 10 000 cycles de réponses les deux zones les plus érogènes du corps sont le pénis et le clitoris.

A l'époque, on distinguait deux types de zones érogènes :

- Les zones érogènes primaires c'est à dire génitale, pénis et clitoris.
- Les zones érogènes secondaires (orales, récepteurs profonds vaginal, anales). [3]

La stimulation de ces zones procure une sensation consciente de plaisir intense et cette activation du système de récompense est à l'origine de la répétition des activités érotiques. On parle alors de dynamique érotique basique.

Pour mieux comprendre la dynamique érotique basique, Serge Wunsch a réalisé un schéma que nous avons décidé de simplifier pour une meilleure compréhension.

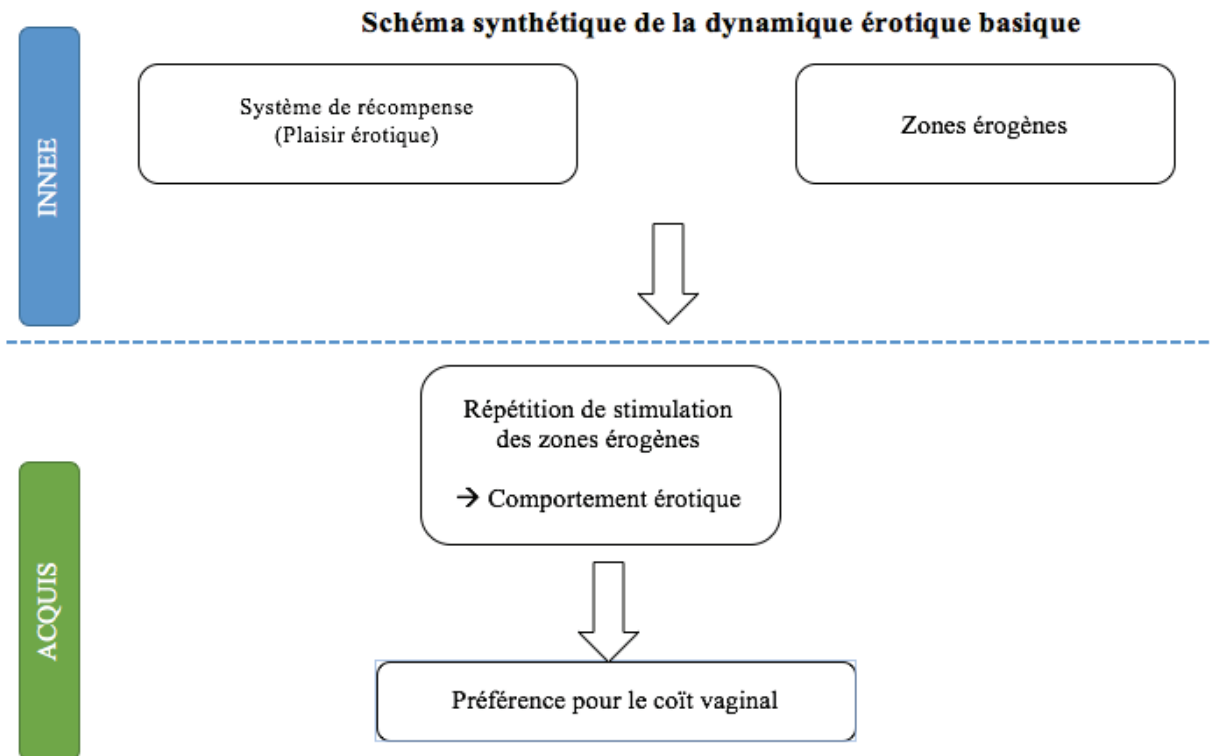


Figure 1 : Schéma synthétique de la dynamique érotique basique.

Bien que ce schéma soit synthétique, il nous a semblé important d'évoquer que bien qu'il y ait une part d'innée des zones érogènes, leurs représentations au niveau du cortex sensoriel sont développementales.

Comme nous l'avons vu précédemment le système de récompense est en lien avec les zones érogènes. C'est un des facteurs innés de l'espèce Humaine. L'activation de ce système de récompense induit l'acquisition de la répétition des activités érotiques. On parle alors de comportement érotique. [2]

Selon Master et Johnson les zones érogènes primaires étant très érogènes, on en déduit une préférence pour le coït vaginal, résultat de l'apprentissage. [3]

1.1.2 Facteurs influençant la sexualité.

Nous avons vu que la sexualité humaine est basée sur la dynamique érotique basique, celle-ci étant fondée sur des facteurs innés et acquis en lien étroit avec le système somatosensoriel : première influence majeure. Cependant nous pouvons remarquer que la sexualité humaine reste influençable par de nombreux facteurs : la culture, la morphologie, l'âge, les émotions etc.

Chez les êtres humains, Serge Wunsch distingue deux principaux facteurs modulant la sexualité :

- Cognitif, désignant les processus mentaux se rapportant à la connaissance, la mémoire, le langage, le raisonnement, l'apprentissage, l'intelligence, les croyances.
- Socio-culturel tel que l'éthique, les valeurs, la morale, les normes, la hiérarchie, la parenté, l'alliance.

La sexualité humaine se construit selon la société, les croyances, les cultures et les normes. Ce sont les cognitions : seconde influence majeure.

Très variable d'une société à une autre, les activités érotiques s'en retrouvent modifiées : certaines seront interdites, considérées comme immorales et d'autres seront valorisées. [2] La sexualité humaine étant influençable, elle reste en perpétuelle évolution.

1.2 Définitions en sexologie

1.2.1 Désir

Le désir sexuel est unique pour chaque personne et dépend de facteurs interpersonnels : des stimulations et intégrations mises en place au cours du développement.

En sexologie, il n'existe pas de consensus permettant de donner une définition unique du désir sexuel puisqu'il contient une grande dimension subjective, elle-même très variable.

On pourrait le définir comme étant un intérêt envers l'activité sexuelle ou une motivation à y prendre part. Ce désir est caractérisé par des sensations, des pensées, des images mentales ou imaginaires. [4]

Le désir sexuel correspond à une pulsion psychobiologique qui s'alimente de deux sources : somatosensorielle (organe des sens) et cognitive (pensées, idées reçues, croyances, idéologies, jugements de valeurs sur la sexualité, influence culturelle).

Il s'agit donc, d'un point de vue fondamental, d'une anticipation positive d'un événement, reconnu comme source de satisfaction.

Tout ceci se passe par l'entremise du système de récompense cérébral et par la répétition de l'acte, définissant la notion d'apprentissage en sexualité. [2]

L'approche Sexocorporelle proposée par le canadien, le Professeur Jean-Yves Desjardins nous permet de décomposer le désir sexuel en trois principaux éléments constitutifs.

Le premier correspond à la naissance et l'identification des points de repères de l'excitation sexuelle.

La deuxième condition au désir sexuel est l'attractivité. De ce fait, la personne doit retrouver en son partenaire des éléments qui correspondent à ses codes d'attraction sexuelle précédemment mis en place de manière consubstantielle au réflexe d'excitation génital.

Et enfin, l'érotisation de la distance correspond à la capacité de l'individu à pouvoir vivre confortablement la distance avec l'autre, lui permettant d'érotiser son retour.

On y distingue différentes typologies de désirs sexuels :

- Le désir fusionnel correspondant à un besoin de réconfort, de sécurité et de proximité affective. C'est ce besoin affectif qui déclenchera un éventuel rapport sexuel.
- Le désir érotique (la recherche de plaisir) correspond au désir amoureux. Le juste équilibre entre l'individuation et la fusion permet la naissance et le développement du désir sexuel.
- Le désir de maternité [5] [6] [7] [8]

On comprend ainsi par exemple, qu'une femme qui présentait, avant sa grossesse, un désir sexuel d'ordre fusionnel, peut présenter un trouble du désir après sa grossesse par l'arrivée de l'enfant engageant un nouveau lien affectif puissant. Le rapport sexuel peut alors avoir une moindre importance en terme de besoin affectif. D'autres modèles en sexologie peuvent nous aider à comprendre la notion de désir sexuel. L'approche de Masters et Johnson (1966), modèle de référence dans la compréhension de la réponse sexuelle, ont permis à l'époque de

proposer des éléments de compréhension concernant les composantes biologiques et neuroendocriniennes, les aspects cognitifs et psycho-affectifs mis à part. [3]

Helen Kaplan et plus tard Rosemary Basson s'intéressent à la dimension affective du désir. Le désir sexuel et l'excitation sont dissociés, deux processus distincts qui s'influencent et se renforcent mutuellement [9]. [10]

Dans le modèle circulaire qu'a établi Rosemary Basson, le désir sexuel est influencé par les multiples raisons d'engager ou non une activité sexuelle.

Elle démontre que la motivation des femmes à avoir une relation n'est pas uniquement basée sur la récompense strictement sexuelle. Dans les facteurs motivationnels, on retrouve : l'amour, la proximité, l'engagement dans sa relation à l'autre. Tous ces facteurs permettront d'engager un nouveau cycle la fois suivante. [10]

Les difficultés sexuelles peuvent rapidement réduire le désir sexuel et l'intérêt pour la sexualité (baisse du désir, baisse du plaisir, baisse de l'excitation) et c'est le bien-être et l'équilibre conjugal qui entrent alors en jeu. [6] [11]

Ainsi que nous l'avons dit précédemment, le désir sexuel est influencé par plusieurs facteurs définissant l'intensité du vécu émotionnel : l'éducation reçue, la religion, les croyances, l'imaginaire érotique, les éventuels traumatismes vécus, la qualité de la relation conjugale, la capacité d'expérimenter une variété de situations sexuelles afin de renouveler l'intérêt pour les activités sexuelles, la présence de difficultés sexuelles, des problèmes de santé et surtout les expériences émotionnelles et sexuelles qui mettent en place les codes d'attractions sexuelles.

1.2.2 Plaisir

Le Larousse définit le plaisir comme un « état de contentement qui crée chez quelqu'un la satisfaction d'une tendance, d'un besoin, d'un désir. Ce qui plaît, divertit, procure à quelqu'un ce sentiment agréable de contentement » [12]

Cependant, la sexualité ayant longtemps été un tabou et d'autant plus lorsqu'il s'agit du plaisir sexuel féminin, rares sont les études qui nous permettent de définir avec exactitude la notion de plaisir sexuel.

La sexualité humaine, principalement basée sur un comportement érotique met en jeu le système de récompense à la recherche de sensation consciente de plaisir. Autrement dit, les rapports sexuels sont initiés dans le but de ressentir des sensations de plaisir.

Serge Wunsch, mentionne le plaisir comme étant un état émotionnel fondamental de la vie affective, le deuxième étant la souffrance. Il pourrait se définir selon Zilbergel et Ellison comme étant une excitation subjective et physiologique caractérisée par le degré d'excitation perçu par le corps (érection, lubrification vaginale). [2] [13]

Ce plaisir résulte de l'excitation des zones érogènes et culmine avec l'orgasme. Il reste une composante subjective majeure du vécu de la sexualité, et la notion d'intensité du plaisir dépend des expériences de chacun(e)s et des habiletés mises en place. [3]

Bien que certains plaisirs soient innés (par exemple le sucre chez le nourrisson), la plupart sont acquis, tel le plaisir sexuel. Pour exemple : certaines femmes ressentent comme désagréable leur réflexe d'excitation génital.

Le plaisir englobe chez l'humain plusieurs facettes : le plaisir relationnel (partager ensemble, être amoureux), le plaisir sensoriel et voluptueux (sensations des zones érogènes et diffusion au reste du corps), et le plaisir narcissique (se sentir désiré(e)). [5] [14]

D'un point de vue biologique, il existe plusieurs hormones du plaisir qui vont permettre de réguler ce phénomène complexe.

La montée du désir sexuel s'effectue selon Desmond Morris au premier regard par le phénomène de mydriase agissant sur la sécrétion d'acétylcholine entraînant palpitations et tremblements.

Par la suite ce sont les phéromones, produites par les glandes qui agiraient comme des messagers et joueraient un rôle dans l'attraction sexuelle. Inodore ces molécules sont captées par le système voméro-nasal (situé sous la face intérieure du nez). Deux principales phéromones sont connues chez l'homme : l'androsténol, un des composés de la sueur chez l'Homme, et la copuline retrouvée dans les sécrétions vaginales de la femme.

Cependant, les gènes de l'organe voméro-nasal sont, chez l'humain, altérés à 90% ce qui limite grandement l'action des phéromones. Cela met de nouveau en évidence l'importance des apprentissages en sexualité humaine.

Lorsque naît le sentiment amoureux, la phényléthylamine, hormone de la classe des amphétamines est produite, entraînant des effets similaires à certaines drogues ou sports extrêmes. Cette hormone va permettre la libération de dopamine, liée au système limbique

(siège des émotions et des fonctions vitales) ; elle renforce la sensation consciente de plaisir nous poussant ainsi à répéter l'expérience.

Suite à la libération de dopamine, la lutibérine, hormone principale du désir, permet de multiplier les effets de la dopamine et donc renforce cette sensation de plaisir.

D'autres hormones jouent un rôle majeur dans la sexualité tel que l'ocytocine, hormone de l'attachement, sécrétée par l'hypophyse, également sécrétée pendant l'orgasme ainsi que les endorphines et surtout les canabinoïdes entraînant un état de plénitude succédant à l'acte sexuel. [15]

1.2.3 Motivation sexuelle

Comme nous l'avons vu précédemment, la recherche du plaisir est une activité intensionnelle. Pour certains, la motivation sexuelle pourrait se définir comme étant le désir sexuel inné : un besoin parmi d'autres indépendant de toute influence ou apprentissage. Cependant, la question de la notion de motivation sexuelle reste encore en suspend en sexualité humaine : différents modèles divergent et les recherches doivent se poursuivre.

1.2.4 Quelques composantes de la sexualité humaine

L'imaginaire érotique

Il pourrait être défini comme étant des « représentations mentales plus ou moins fictives, ayant pour but d'augmenter son excitation sexuelle ».

La capacité à s'auto érotiser mentalement par la création de fantasmes.

L'imaginaire érotique a pour but d'éveiller, de maintenir et d'amplifier l'activation du désir et l'excitation sexuelle. C'est donc une source d'excitation. [11] [16]

Les codes d'attraction sexuelle

Un code d'attraction sexuelle est une codification (génitale ou affective), une perception d'attrait, qui a pour effet de déclencher le réflexe d'excitation génitale. Le registre des codes d'attraction couvre toutes sortes de codifications, de gestes, de mots et de rituels. Les codes d'attraction sexuelle sont liés à une personne, un scénario ou un objet. Ils sont évolutifs : ils se développent et peuvent donc se modifier.

Un registre suffisamment varié de codes d'attraction sexuelle permet une vie sexuelle et affective épanouie. [5]

1.3 Déroulement du rapport sexuel

William Masters et Virginia Johnson, pionniers en sexologie ont décrit dans les années 1960 un modèle de la réaction sexuelle :

- La phase d'excitation, déclenchée par des stimulations physiques et psychologiques s'exprime par un sens subjectif de plaisir. Cette phase se caractérise par l'érection des mamelons et la tumescence de la muqueuse du vagin et du clitoris. Après la phase d'excitation s'en suit la phase de plateau.
- La phase en plateau, est la phase la plus longue caractérisée par un niveau très haut niveau d'excitation à peu près constant. Cette phase, correspond d'un point de vue anatomique à une vasocongestion avec rétrécissement de la taille du vagin (plateforme orgasmique) et une augmentation de la pression intra-vaginale puis à une lubrification vaginale. Plus elle est prolongée, plus elle contribue à l'intensité du plaisir.
- La phase de l'orgasme, c'est le pic du plaisir sexuel avec libération des tensions sexuelles. Cette phase est décrite comme une succession de 3 à 15 contractions puissantes des muscles périnéaux et organes pelviens.
- La phase résolutive, ressentie comme une détente profonde est d'autant plus longue que l'excitation a été intense et correspond à la détumescence des organes génitaux amenant le corps à l'état de repos. Les vaisseaux sanguins se dilatent à nouveau, la vasocongestion des organes diminue, la pression artérielle, le rythme cardiaque et la fréquence respiratoire reviennent à la normale. [3] [10] [17] [18]

2 DYSFONCTIONS SEXUELLES FEMININES

Afin de mieux comprendre les différents aspects de la sexualité féminine, il nous a semblé important d'évoquer succinctement les différentes dysfonctions sexuelles. Elles sont fréquentes et restent peu évoquées par les femmes. Nous avons choisi de ne pas évoquer les dysfonctions sexuelles masculines car notre sujet se concentre principalement sur la sexualité féminine. Par ailleurs, les dysfonctions sexuelles masculines ont fait à contrario l'objet de nombreuses études. [19]

On distingue trois groupes de dysfonctions sexuelles féminines.

2.1 Troubles du désir sexuel

Selon le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSMIV), la baisse du désir sexuel est caractérisée par « le manque ou l'absence persistants ou récidivants des fantasmes ou pensées sexuelles et/ou du désir ou de la réceptivité d'activité sexuelle qui cause une détresse personnelle forte et/ou des difficultés interpersonnelles ». [20]

Ce trouble engendre une indifférence totale pour les relations sexuelles. Selon plusieurs études, il s'agit d'un trouble fréquent, puisqu'il touche environ une femme sur trois. Les facteurs psychologiques et/ou abus sexuels sont considérés comme les facteurs primaires pouvant entraîner un désir sexuel hypo-actif (DSHA). Cependant, un DSHA peut également être causé par le stress, des problèmes de couple, la grossesse, des troubles du plaisir, dyspareunie ou diverses affections (dépression, diabète, cancers). [21]

Selon plusieurs études les couples ont environ un à deux rapports sexuels par semaine. Par ailleurs, la sexualité étant en évolution tout au long de la vie on remarque que les rapports sexuels ont tendance à diminuer avec le temps du couple, l'âge, la vie commune. [22] [23]

2.2 Douleurs sexuelles ou dyspareunies

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) définit les dyspareunies comme étant des rapports sexuels douloureux ou difficiles. [24]

Selon l'enquête Spira menée en France auprès de 20000 personnes, 24% des femmes se sont plaintes de l'existence de dyspareunie. [25]

Il existe deux types de dyspareunies :

- superficielle (douleur à l'entrée du vagin) souvent causée par les vulvo-vaginites (à Candida Albicans, Gardnerella Vaginalis etc.), les traumatismes périnéaux (épisiotomie et cicatrisation), la bartholinite, les cystites récidivantes, les causes hormonales (médicaments, allaitement maternel).

- profonde (douleur au fond du vagin) souvent causée par les infections génitales hautes (cervicite, salpingite, endométrite fréquentes en post-partum notamment après des gestes endo-utérins), les prolapsus, la rétroversion utérine.

Par ailleurs on distingue les dyspareunies primaires apparues lors des premiers rapports sexuels et qui persistent et les dyspareunies secondaires survenant après une période d'activité sexuelle satisfaisante et dépourvue de douleurs génitales.

Cependant, la complexité de ce trouble réside dans la part psychologique impliquée dans les dyspareunies (peur du rapport et de la pénétration, vécu difficile, angoisse) et leur répercussion sur les contractions périnéales réflexes, pouvant elles-mêmes engendrer des douleurs.

Le traitement des dyspareunies passe à la fois par le traitement de la cause organique, si elle existe, mais surtout par le traitement d'une cause comportementale. [23] [26]

2.3 Vaginisme

Le vaginisme correspond à la contracture douloureuse et involontaire des muscles du périnée empêche la pénétration. En matière d'épidémiologie, le vaginisme concernerait en moyenne 5 à 15% des femmes. Dans la majorité des cas, le vaginisme a une cause psychologique (peur de la pénétration, peur des infections, peur de la grossesse et/ou de l'accouchement, traumatisme, violence).

Cependant, d'autres causes peuvent être susceptibles d'entraîner un vaginisme : le défaut d'information en matière de sexualité, une vision péjorative du sexe et les convictions religieuses. [19] [22] [24]

2.4 Troubles du plaisir sexuel

Comme nous l'avons vu précédemment l'orgasme est dépendant du plaisir sexuel, il survient au bout d'un temps variable et correspond à plusieurs contractions successives des muscles périnéaux.

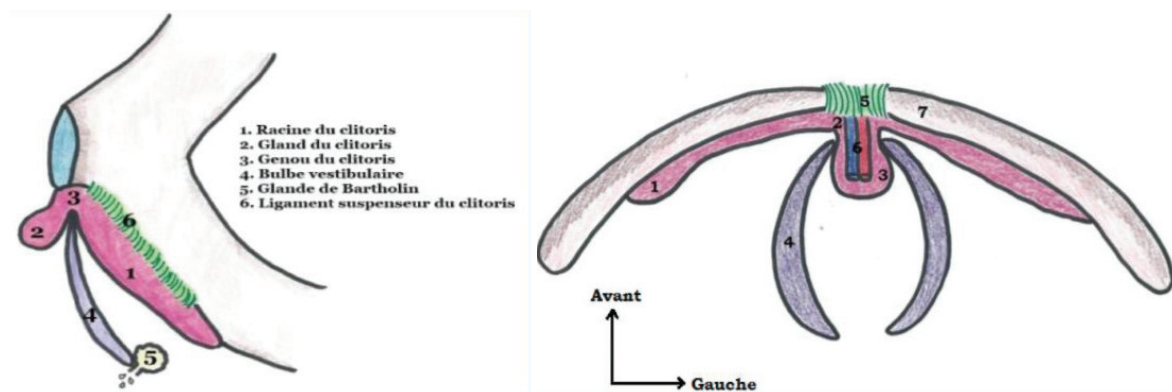


Figure 2 : Schéma du clitoris en vue latérale et inférieure. Tutorat Niçois de la Faculté de Médecine de NICE.

Par ailleurs, le plaisir orgasmique est une acquisition liée à l'évolution de la sexualité qui s'est émancipée de sa dimension purement reproductrice.

Lorsque la femme n'atteint pas l'orgasme ou rencontre des difficultés on parle d'anorgasmie ou d'orgasme retardé. Selon l'enquête « Contexte de la Sexualité en France » réalisée en 2007, environ 36,3 % des femmes rencontrent des difficultés à atteindre l'orgasme. [22]

On distingue deux types d'anorgasmie :

- Primaire : lorsque la femme n'a jamais atteint l'orgasme
- Secondaire : lorsque ce problème s'est développé après une période où la femme pouvait atteindre l'orgasme. [27]

En cas d'anorgasmie secondaire on peut presque toujours déceler un conflit conjugal. L'acte sexuel devenu routinier, il ne vise plus qu'à décharger une certaine tension psychologique.

La prise en charge des troubles du plaisir est principalement psycho-sexuelle puisque les causes sont souvent multiples. [19] [18] [23]

3 SEXUALITE PENDANT LA GROSSESSE

3.1 Modifications physiques et psychiques pouvant influencer la sexualité.

3.1.1 Modifications physiques

Au-delà de la prise de poids importante liée à la grossesse, les modifications physiques sont nombreuses. Nous avons choisi d'énumérer les modifications pouvant avoir un lien direct ou indirect avec une modification de la sexualité. [28]

Les principaux changements concernent les organes génitaux. [29]

- Organes génitaux :

La vulve : l'imprégnation hormonale entraîne une congestion importante de la vulve. Le volume des lèvres et du clitoris augmente. Par ailleurs on observe souvent une hyperpigmentation.

Le vagin : les parois vaginales deviennent plus souples, on observe également une augmentation de la vascularisation et des replis circulaires. Les hormones entraînent souvent une desquamation vaginale importante ce qui engendre des leucorrhées abondantes et plus liquides. Enfin le pH du vagin devenu plus acide, la femme est plus souvent sujette aux mycoses pendant la grossesse.

L'utérus : il augmente de volume tout au long de la grossesse. Il passe de 40 à 1000 grammes, sa longueur progresse de 5-6 cm à environ 32 cm. L'utérus physiologiquement antéversé, se redresse à partir du deuxième mois de grossesse et on observe une dextro-rotation.

Les seins : ils deviennent plus sensibles, ils s'hypertrophient et le réseau veineux permettant le développement de la glande mammaire, augmente. Par ailleurs, on observe au niveau cutané une apparition des tubercules de Montgomery ainsi qu'une hyperpigmentation aréolaire.

On observe également d'autres changements importants pouvant influencer la sexualité :

- Modifications cardio-vasculaires :

Les modifications cardio-vasculaires conduisent généralement à une stase veineuse pouvant entraîner des varices au niveau des membres inférieurs et de la vulve.

Par ailleurs, la compression de la veine cave par le poids de l'utérus peut provoquer des malaises et des hypotensions artérielles.

- Modifications respiratoires :

La grossesse entraîne généralement au dernier trimestre une gêne respiratoire liée à la pression du fond utérin sur le diaphragme.

- Modifications digestives :

En début de grossesse, on observe généralement des nausées et des vomissements (liés aux hormones entraînant une diminution de la motilité intestinale) ; on constate également que le pyrosis est assez fréquent et s'explique par la pression de l'utérus sur l'estomac. Enfin, on observe également une hypersialorrhée et une constipation fréquente surtout en fin de grossesse.

- Modifications urinaires :

L'atonie vésicale, le volume de l'utérus, la dilatation pyélocalicielle favorisent à la fois : pollakiurie, fuites urinaires et infections entraînant chez la femme enceinte un véritable inconfort.

- Modifications ostéo-ligamentaires :

Les hormones entraînent généralement une hyperlaxité ligamentaire (utile au moment de l'accouchement) mais responsable de dorsalgies potentiellement importantes chez la femme enceinte.

- Transformations cutanées :

Au-delà de l'augmentation de la pigmentation évoquée ci-dessus, on observe également l'apparition de taches pigmentées (chloasma) au niveau du visage et également l'apparition chez certaines femmes de la ligne brune au niveau de l'abdomen. Par ailleurs, une

hypersudation liée aux hormones de la grossesse peut être remarquée. Enfin, la grossesse engendre un étirement de la peau provoquant des vergetures chez de nombreuses femmes. [30]

- Modifications hormonales sur le psychisme :

Ces modifications entraînent des changements d'humeurs, une irritabilité, des dégoûts, des envies. On note également que la fatigue liée aux hormones ne cesse de s'accroître tout au long de la grossesse. [31] [32]

3.1.2 Modifications psychologiques

« On ne naît pas parents, on le devient » Françoise Dolto

La grossesse est une période charnière dans la vie d'une femme. C'est à Paul-Claude Racamier en 1961 que l'on doit le concept de « maternalité ». Ce concept correspond à « l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez les femmes à l'occasion de la maternité ». Il considère la grossesse et la maternalité comme une situation de crise identitaire et obligée où la femme passe du statut de femme à celui de mère. [33]

Par ailleurs, la grossesse est également marquée par ce chamboulement qui prépare les femmes et les couples à accueillir leur bébé, on parle de préoccupation maternelle primaire. Introduit par Winnicott, ce concept caractérise l'extrême sensibilité maternelle à l'égard du nourrisson ce qui lui permettra dès sa naissance de connaître et de répondre aux besoins physiologiques du bébé. [34]

Le premier trimestre correspond à « l'état d'être enceinte » ; la femme ne perçoit pas encore le bébé in utero mais les signes sympathiques de grossesses (nausées, vomissements, augmentation du volume des seins) lui rappellent qu'elle est enceinte. Cette transformation du corps peut être vécue comme un épanouissement de soi, une sensation d'accomplissement, de plénitude ou au contraire comme une atteinte à son image, à sa liberté presque comme parasitée. C'est durant cette période que vont commencer à naître de nombreuses interrogations concernant la capacité à être mère, la prise de conscience des responsabilités à venir.

Le premier trimestre est souvent source d'angoisse et d'appréhensions, de par les remaniements psychiques et l'angoisse de l'inconnu qui les attend (développement du fœtus, accouchement). On peut noter parfois chez la femme enceinte durant cette période une certaine « régression affective », avec un besoin de plus d'attention, d'être materné par sa propre mère, une instabilité émotionnelle et une sensibilité accrue. [28]

Dans la majorité des cas le corps qui se transforme et les préoccupations maternelles peuvent diminuer l'intérêt pour la sexualité. Cependant, l'état d'être enceinte peut également réveiller chez certaines femmes un surinvestissement de la sexualité et une augmentation du désir sexuel.

La fin du premier trimestre sonne le glas des nombreuses angoisses (peur des fausses-couches, des malformations, des responsabilités) et la grossesse est enfin intégrée.

Le deuxième trimestre est caractérisé par la prise de conscience de l'attente d'un enfant à naître. Les représentations fantasmatiques, ce bébé virtuel que la femme et le couple rêvent et imaginent permet de construire une relation avec son enfant.

Les maux de grossesse et les angoisses du premier trimestre ont généralement disparu, les craintes de l'accouchement ne sont pas encore là. La future mère se recentre davantage sur son couple et se réaffirme dans son corps de femme ce qui ranime généralement l'intérêt pour la sexualité. [35]

Au troisième trimestre la future mère se prépare à accueillir son enfant et se sépare de ce bébé imaginaire.

On voit que les angoisses se réactivent comme la peur de l'accouchement, la peur d'avoir un bébé anormal.

On constate une diminution importante du désir et de la fréquence des rapports sexuels pendant ce troisième trimestre où la future mère est souvent inconfortable physiquement. [34] [36] [37] [38]

3.2 Sexualité Féminine

La grossesse, un véritable chamboulement au sein du couple ! La sexualité est souvent mise à mal durant ces 9 mois. D'un point de vue strictement médical, l'épanouissement sexuel ne représente aucun danger pour le fœtus excepté la présence de pathologies contre-indiquant les rapports sexuels.

Vécue différemment par chacun, les besoins et la façon d'explorer sa sexualité pendant la grossesse peut être source de tensions au sein du couple. [32] [39]

➤ Premier trimestre

On observe généralement une baisse du désir sexuel et on observe une nette diminution des rapports sexuels. [23]

Avant la grossesse environ 79% des femmes disent apprécier les rapports sexuels avec leur partenaire ; contre 59% au premier trimestre. [40]

Souvent, la baisse du désir et la diminution ou l'arrêt des rapports sexuels est en lien avec la peur de blesser son enfant ou d'entraîner une fausse couche. [36] [32]

➤ Deuxième trimestre

Il faudra attendre le deuxième trimestre pour que la sexualité du couple redevienne une source de satisfaction et d'épanouissement. Les maux du premier trimestre ont disparu avec les craintes de fausse couche et les angoisses de l'accouchement ne sont pas encore là. Le climat hormonal favorise la recrudescence de la libido ; d'une vie sexuelle plus intense.

Par ailleurs les modifications physiques entraînent une congestion génitale et la lubrification vaginale importante rendant la vulve plus sensible aux stimuli.

Enfin c'est généralement durant ce deuxième trimestre que la future mère qui voit son ventre s'arrondir et s'affirme en tant que femme en jouant de son pouvoir de séduction afin de retrouver une vie sexuelle harmonieuse. [23]

Cependant, chez certaines femmes la sexualité peut rester inchangée voire s'interrompre.

Les mouvements actifs du fœtus sont perçus, et ils peuvent parfois être un véritable frein du désir sexuel. Selon une étude pilote réalisée auprès de 72 hommes par Reichenbach, on observe que chez les hommes, l'intérêt pour la sexualité reste inchangé jusqu'à la fin du deuxième trimestre mais diminue brutalement au troisième trimestre. [32] [39] [41]

➤ **Troisième trimestre**

Au troisième trimestre, la femme est en proie à un véritable inconfort physique : ventre proéminent, jambes lourdes, dorsalgies, reflux gastro-œsophagiens, constipation, contractions utérines, mouvements actifs du fœtus, fatigue, peur de l'accouchement. Elle voit son désir sexuel diminuer, et préfère les moments de tendresse aux rapports sexuels. Chez l'homme, la peur de blesser l'enfant et le corps changé de la femme entraînent également une baisse brutale du désir sexuel. [32] [39] [42] [43]

En règle générale, la fréquence des rapports sexuels diminue et le dernier rapport sexuel a lieu 1 mois avant l'accouchement. [23]

Le désir est diminué et l'intérêt pour la sexualité n'est plus une priorité au sein du couple. La femme a davantage besoin de tendresse et 60% des hommes estiment avoir modifié leur comportement sexuel en s'adaptant aux besoins de leur partenaire. [40]

D'après Masters et Johnson, la parité et le trimestre de grossesse ont une répercussion sur le désir d'avoir des relations sexuelles. D'un point de vue général, les primipares ont un désir atténué comparé aux multipares. [3]

Toujours selon Reinchenbach, si l'entente sexuelle avant la grossesse était estimée très satisfaisante ou satisfaisante par environ 93,9% des partenaires, elle n'était plus que de 69% pendant la grossesse !

Enfin, souvent par manque de communication et de compréhension, 4 à 23% des hommes déclarent avoir commencé une relation extra-conjugale pendant la grossesse ou dans le post-partum. [41]

3.3 Contre-indications aux rapports sexuels pendant la grossesse et en post-partum

Dans le cadre d'une grossesse physiologique, les rapports sexuels sont conseillés pour le bien-être du couple. Cependant, il existe quelques contre-indications pendant la grossesse et en post-partum bien que très peu d'études concernant ce sujet aient été réalisées. [44]

➤ **Les contre-indications pendant la grossesse**

- Menace d'accouchement prématuré (MAP)

Jusqu'à ce jour, aucun lien n'a pu être démontré entre les rapports sexuels et le risque de MAP. Cependant plusieurs éléments seraient en faveur de contre-indiquer les rapports en cas de MAP : les contractions utérines provoquées suite à un orgasme, la stimulation des mamelons ou par les prostaglandines contenues dans le sperme.

Ces contractions utérines sont susceptibles de modifier le col et donc d'aggraver la situation clinique. [45] [36]

- Rupture prématurée des membranes (RPM)

En cas de rupture prématurée des membranes, le fœtus et l'extérieur sont en lien direct, il n'existe plus de barrière face aux germes. Le risque d'infection est alors croissant, pouvant aboutir à un accouchement prématuré lourd de conséquences.

C'est pourquoi en cas de RPM, il est formellement contre-indiqué d'avoir des rapports sexuels. [46]

- Placenta Prævia

Le placenta prævia correspond à une anomalie d'insertion placentaire, celui-ci au lieu de s'insérer sur le versant postéro-fundique de l'utérus vient s'insérer en regard du col de l'utérus. Les rapports sexuels favorisent les contractions utérines et donc le décollement placentaire pouvant entraîner une hémorragie. Dans ce cas-là, les rapports sexuels fréquents et intenses doivent être contre-indiqués.

Cependant, il faut différencier les saignements ayant pour origine un placenta prævia, des saignements suite à un rapport sexuel provenant du col hyper-vascularisé pendant la grossesse qui sont physiologiques. [36]

- Infections sexuellement transmissibles (IST)

Il existe de nombreuses IST pouvant être dangereuses pour la femme enceinte ainsi que pour le fœtus. Cependant, les IST ne doivent pas faire l'objet de contre-indications formelles.

En effet, des rapports sexuels protégés (préservatif) peuvent permettre au couple de continuer à avoir une vie sexuelle épanouie.

- **Les contre-indications en post-partum**

Les recommandations officielles françaises en matière de sexualité dans le post-partum sont relativement absentes.

En post-partum il semble important de rappeler que la reprise des rapports sexuels n'est pas une obligation mais un moment de plaisir et de partage.

- Episiotomie et déchirure

Contrairement aux idées reçues, il n'existe pas de contre-indication à reprendre les rapports en post-partum en cas d'épisiotomie ou de déchirure. [47]

Cependant, il est préconisé d'attendre que l'épisiotomie ou la déchirure ait cicatrisée afin d'éviter les infections.

- Endométrite

En post-partum, les risques d'endométrite sont fréquents associant douleurs, hyperthermie et lochies fétides. Aucune recommandation n'ont été émises concernant les rapports sexuels et l'endométrite.

- Césarienne

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la césarienne n'est pas une contre-indication à la reprise des rapports sexuels en post-partum. [48]

- Rééducation périnéale

La rééducation périnéale permet de remuscler le périnée après l'accouchement, individualisée pour chacune des femmes, elle prévient des troubles périnéaux tels que l'incontinence urinaire, anale, prolapsus etc. C'est aussi le moment pour bon nombre de femmes de repérer et d'intégrer pleinement leur périnée.

Par ailleurs, cette consultation permet à la femme d'aborder les éventuelles difficultés qu'elle rencontre lors des rapports sexuels. C'est pourquoi la reprise des rapports sexuels en post-partum peut être favorisée.

PARTIE 2 : ETUDE PERSONNELLE

Consultation de suivi gynécologique, suivi de grossesse et du post-partum, entretien prénatal, préparation à la naissance et à la parentalité, rééducation périnéale, multiples actions de prévention, tous les domaines d'intervention des sages-femmes sont liés de près ou de loin à la sexualité.

Quelque soit le mode d'exercice, les sages-femmes sont là pour prendre soin de la santé sexuelle des femmes et surtout pour leur apporter des conseils et une écoute bienveillante.

Tout au long de mes études, j'ai pu constater que notre formation initiale en sexologie était limitée, alors que nous sommes confrontés aux nombreuses interrogations des femmes. Partant de ce constat, je me suis alors intéressée aux difficultés que peuvent rencontrer les femmes en post-partum.

4 Présentation de l'étude

4.1 Problématique

L'analyse bibliographique nous a permis de sélectionner plusieurs thèmes (sexualité féminine, difficultés sexuelles et reprise des rapports, primiparité, informations données) puis de définir une question de recherche : Quelles sont les difficultés rencontrées par les femmes concernant leur satisfaction sexuelle après la naissance d'un premier enfant ?

4.2 Objectifs

4.2.1 Objectif principal

L'objectif principal de cette étude sera de connaître quel est l'impact de la naissance du premier enfant sur la satisfaction sexuelle.

L'impact de la naissance a été étudié, dans un temps, par le mode d'accouchement décomposé en 3 modalités : voie basse spontanée, voie basse instrumentale et césarienne. La satisfaction sexuelle a été évaluée à l'aide d'une échelle allant de 0 (insatisfaite) à 10 (très satisfaite)

4.2.2 Objectifs secondaires

Par ailleurs, suite à notre recherche bibliographique plusieurs questions sont venues compléter la réflexion :

Y-a-t-il des facteurs influençant la reprise des rapports sexuels après l'accouchement ? Quelles sont les attentes et les besoins des femmes en matière d'information autour de la sexualité ? Quel est le moment le plus propice à cet échange ? Les sages-femmes évoquent-elles le sujet aisément ? Notre formation initiale est-elle suffisante pour conseiller au mieux les femmes ?

De par la complexité du sujet, il nous a semblé difficile de dissocier la satisfaction sexuelle et la reprise des rapports.

Pour y répondre nous avons fixé des objectifs secondaires :

- Définir les différents facteurs influençant la reprise ou non des rapports sexuels après l'accouchement.
- Comparer l'évolution de la satisfaction sexuelle avant, pendant et après la grossesse.
- Evaluer l'échange d'informations avec les professionnels de santé en matière de sexualité.
- Définir des pistes d'améliorations concernant le partage d'informations autour de la sexualité pour les sages-femmes.

4.3 Hypothèses

Pour se faire, des hypothèses ont été émises.

L'hypothèse principale étant :

- Le mode d'accouchement et l'état périnéal influencent la satisfaction sexuelle et le délai de la reprise des rapports.

Les hypothèses secondaires :

- Le degré de satisfaction sexuelle (incluant la fréquence des rapports et le désir sexuel) est diminué après la naissance d'un premier enfant.
- L'information délivrée autour de la sexualité et notamment par les sages-femmes reste insuffisante.

- Un apport suffisant d'informations permettrait aux femmes de s'épanouir plus rapidement dans leur sexualité après l'accouchement.

5 Méthodologie

5.1 Type d'étude

Afin de répondre à la problématique posée, nous avons choisi de réaliser une étude prospective, descriptive, multicentrique.

Pour se faire, nous avons donc choisi de sélectionner des patientes ayant accouché de leur premier enfant à la maternité de l'Archet II (niveau 3) et la maternité d'Antibes (niveau 2A). Le choix d'une étude multicentrique nous a semblé pertinent puisqu'il s'agit respectivement d'une maternité de niveau 3, et d'une de niveau 2B avec un nombre important d'accouchements et une grande diversité de patiente qui ont pu bénéficier d'un parcours de soin différent.

Par ailleurs, nous n'avons pas trouvé dans notre bibliographie l'existence d'un lien entre le lieu d'accouchement et la satisfaction sexuelle, ou le délai de la reprise des rapports.

5.2 Population

Afin de recueillir des données les plus représentatives de la population, une période de sélection a été définie du 1 Juin 2016 au 30 Septembre 2016.

La sélection des patientes consistait en :

- Une signature et remise du formulaire de consentement éclairé après présentation de l'étude (**Annexe II**)
- Un recueil de données (Nom, prénom, date de naissance, adresse e-mail principale et secondaire, numéro de téléphone, date d'accouchement, déroulement de la grossesse et voie d'accouchement) (**Annexe III**)
- Une fiche récapitulative pour les patientes. (**Annexe IV**)

Les patientes devaient répondre aux critères d'inclusion afin de pouvoir participer à l'étude.

Critères d'inclusion

- Primipare
- Grossesse simple
- Quel que soit le mode d'accouchement

Critères de non inclusion

- Mineures
- Patiente ne parlant pas le français
- Pathologies psychiatriques
- Grossesse présentant une pathologie contre-indiquant les rapports sexuels
- Patiente ayant eu recours à une procréation médicalement assistée
- Patiente ayant eu recours à une interruption médicale de grossesse ou ayant subi une mort fœtale in utero
- Patiente dont l'enfant est hospitalisé en service de réanimation néonatale ou en service de néonatalogie
- Patiente n'ayant pas de partenaire
- Consanguinité

Les critères de non inclusion, ont été établis suite à l'élaboration de trois catégories : facteurs pouvant altérer la compréhension de l'étude et du questionnaire, grossesse pouvant altérer le vécu de la sexualité, facteurs extrinsèques à la grossesse pouvant altérer la sexualité.

Durant cette période de sélection, 259 primipares étaient présentes au sein des deux maternités, 100 ont pu être incluses à l'étude puisqu'elles répondaient totalement aux critères d'inclusion. (Figure 3)

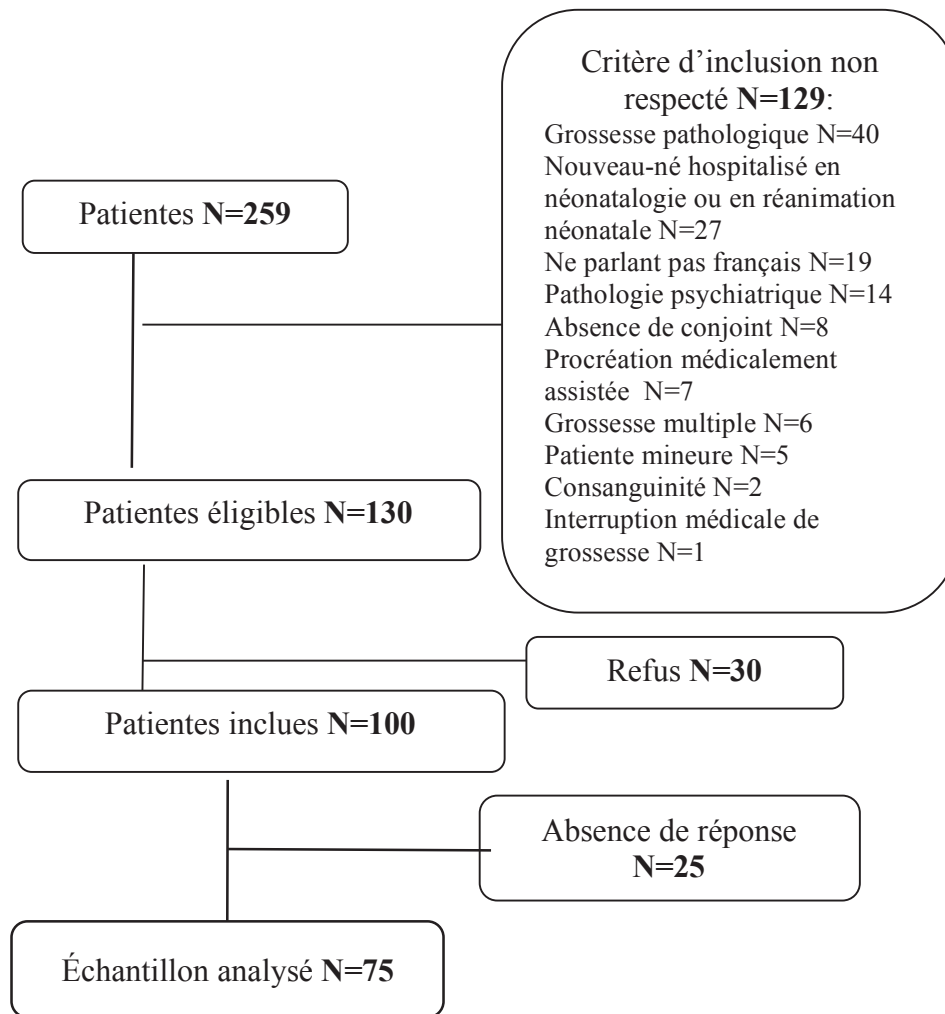


Figure 3 : Diagramme de flux des patientes

Suite à leur inclusion, un questionnaire a été envoyé par mail, à chacune d'elle, 2 mois après l'accouchement.

5.3 Questionnaire

Le questionnaire a été rédigé via Google Forms permettant une meilleure diffusion. Nous avons choisi de recontacter les patientes par e-mail, afin qu'elles puissent y répondre directement de leur domicile, deux mois après leur accouchement. Ce délai correspondant à une période suffisante, puisque plus de la moitié des couples ont repris une sexualité 5 à 6 semaines après l'accouchement. [49]

Le choix du questionnaire nous a semblé être le plus pertinent afin de permettre aux femmes de s'exprimer dans l'anonymat, sans crainte ni tabou.

Le questionnaire a été rédigé en vue de permettre à toutes les femmes une compréhension aisée et une spontanéité de réponse. (**Annexe V**)

La sélection de grands thèmes durant l'élaboration de notre bibliographie nous a permis de créer et de remanier le questionnaire afin de déterminer les facteurs que nous souhaitons étudier. Il se divise en 5 parties.

Une première partie visant à la description de la population de l'étude a été effectuée à l'aide des données socio-économiques (âge, catégorie socio-professionnelle, statut marital) ainsi que des évaluations rétrospectives de leur sexualité et de leur estime de soi avant la grossesse. De même que le score de satisfaction sexuel de l'objectif principal, ces évaluations ont été recueillies par une échelle graduée allant de 0 à 10 (0 correspondant à insatisfaite et 10 à très satisfaite).

Cette échelle a été utilisée plusieurs fois au sein du questionnaire afin de permettre à la femme de se situer facilement.

Une deuxième partie visant à apprécier la satisfaction sexuelle, l'estime de soi, la fréquence et la qualité des rapports sexuels et permettant ainsi l'identification des principaux facteurs influençant ou non la sexualité pendant la grossesse.

Une troisième partie était principalement centrée sur l'accouchement, l'état périnéal et le souvenir de l'accouchement afin de connaître l'influence ou non de l'accouchement sur la sexualité du post-partum.

Une quatrième partie traitant principalement du post-partum : mode d'allaitement, mode de contraception, lieu de couchage de l'enfant, estime de soi, changements corporels et descriptions des différentes appréhensions concernant la reprise des rapports et visant à apprécier la sexualité en post-partum.

Deux catégories ont été établies :

Pour celles n'ayant pas repris les rapports il nous a semblé intéressant de connaître la principale raison : peur de la douleur, pas de désir, ou la catégorie « autres » afin de laisser chaque femme s'exprimer.

Pour celles ayant repris les rapports, il nous a également semblé pertinent de connaître le délai entre la reprise des rapports et l'accouchement, les éventuelles craintes quant à la reprise de cette activité, l'évaluation de la satisfaction sexuelle, la fréquence des rapports ainsi que l'impact sur la vie conjugale.

La cinquième et dernière partie concernait l'information autour de la sexualité pendant la grossesse et le post-partum permettant d'évaluer l'échange ou non avec le professionnel, la période de l'information, la qualité de cet échange et l'impact sur la sexualité.

Bien que l'objectif de ce travail soit de décrire la sexualité féminine en post-partum, il nous est apparu essentiel de connaître la sexualité d'une femme avant et pendant sa grossesse afin de permettre une comparaison objective.

Il en est de même pour l'évaluation de l'information concernant la sexualité.

Par ailleurs, le choix d'une échelle numérique afin d'évaluer la satisfaction sexuelle, l'estime de soi et le souvenir nous a semblé pertinent pour permettre aux femmes de se positionner facilement.

Enfin, ce questionnaire nous a semblé adapté puisqu'il englobe les multiples facettes de la sexualité.

6 Recueil des données

6.1 Echantillon

Comme nous l'avons vu précédemment, sur les 259 primipares présentes en maternité au moment de la sélection, 159 ont été exclues.

Nous avons obtenu 75 réponses sur les 100 patientes interrogées, soit un taux de participation de 75%.

Les résultats ont été introduits dans un fichier EXCEL de manière anonyme.

7 Résultats

Les analyses statistiques ont été réalisées avec l'aide d'une biostatisticienne de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation du CHU de Nice à l'aide du logiciel Nice à l'aide du logiciel SAS Enterprise Guide 4.1 (Copyright © 1999-2006 by SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Les différents tests ont été considérés comme significatifs au seuil de 5%.

En premier lieu, une étude descriptive a été effectuée par les fréquences absolues et relatives pour les données catégorielles et l'évaluation des moyennes et écart-type, médianes et interquartiles pour les données quantitatives.

L'analyse statistique entre deux données qualitatives ont été réalisée à l'aide du test du χ^2 , adapté si besoin aux petits échantillons (Test Exact de Fischer). Entre une donnée qualitative à 2 modalités et une donnée quantitative, l'analyse a été réalisée par un test non paramétrique de Wilcoxon-Mann-Whitney (Wilcoxon Rank sum test), si la donnée avait plus de 2 modalités un test de Kruskal-Wallis était utilisé.

Enfin, l'étude d'une relation linéaire entre deux données quantitatives a été réalisée à l'aide de coefficient de corrélation de Pearson.

7.1 Caractéristiques de la population

Les caractéristiques principales de la population sont décrites dans le tableau 1, elles ne seront pas prises en compte lors de l'analyse des données. Le but étant de montrer que celle ci est représentative de la population générale.

Critères	%	N
Age (années)	28,33 ±4,53	75
≤ 25 ans	65,33	49
> 25 – ≥ 35 ans	25,33	19
> 35 ans	9,33	7
Profession		
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	4,00	3
Cadres et professions intellectuelles supérieures	17,33	13
Employées	46,67	35
Etudiantes	4,00	3

Critères	%	N
Professions intermédiaires	6,67	5
Sans	21,33	16
Statut Marital		
En concubinage	40,00	30
Mariée	37,33	28
Pacsée	22,67	17

Tableau I : Description socio-économique de la population.

L'âge moyen des patientes interrogées était de 28 ans avec un âge minimum et maximum de 19 et 42 ans. La majorité (60%) des patientes étaient mariées ou pacsées. Enfin, les employées représentaient 47% des primipares interrogées.

7.2 Description de la sexualité avant la grossesse

Afin de pouvoir comparer la sexualité avant, pendant et après la grossesse, nous avons choisi d'évaluer la satisfaction sexuelle grâce à une échelle graduée de 0, insatisfaisante à 10, très satisfaisante.

La satisfaction sexuelle était comprise entre 3 et 10 avec une moyenne de 8,08 chez les 75 patientes interrogées.

Critères	N	Mean	Std	Median	P25	P75	Min	Max
Évaluation de la Satisfaction Sexuelle	75	8,08	1,68	8,00	7,00	10,00	3,00	10,00

Tableau II : Evaluation de la satisfaction sexuelle avant la grossesse.

7.3 Description de la sexualité pendant la grossesse

7.3.1 Estime de soi pendant la grossesse

Nous avons choisi d'évaluer l'estime de soi, grâce à une échelle graduée qui avait pour but de déterminer le jugement que les femmes portaient sur elles-mêmes, pendant, puis après la grossesse, afin de pouvoir les comparer.

La moyenne était de 6 points, avec des valeurs comprises entre 0 et 10. Notons qu'une patiente n'avait aucune estime d'elle-même, à l'inverse, 10 patientes avaient un jugement très satisfaisant d'elles-mêmes.

Critères	N	Mean	Std	Median	P25	P75	Min	Max
Évaluation de l'estime de soi	75	6,47	2,05	6,00	5,00	8,00	0,00	10,00

Tableau III : Évaluation de l'estime de soi pendant la grossesse.

7.3.2 Rapports sexuels pendant la grossesse

Cette question avait pour but de connaître le pourcentage de femmes poursuivant une sexualité ou non pendant la grossesse, ce qui a permis par la suite de connaître les différents facteurs qui influencent la sexualité.

Critères	N =75	%
Rapports sexuels pendant la grossesse		
Non	14	18,67
Oui	61	81,33

Tableau IV : Présence d'une sexualité pendant la grossesse

Parmi les 75 patientes, 19 % (N=14) des femmes n'avaient plus de rapports sexuels pendant la grossesse. Vous retrouverez les causes de cet arrêt d'activité dans la Figure 2.

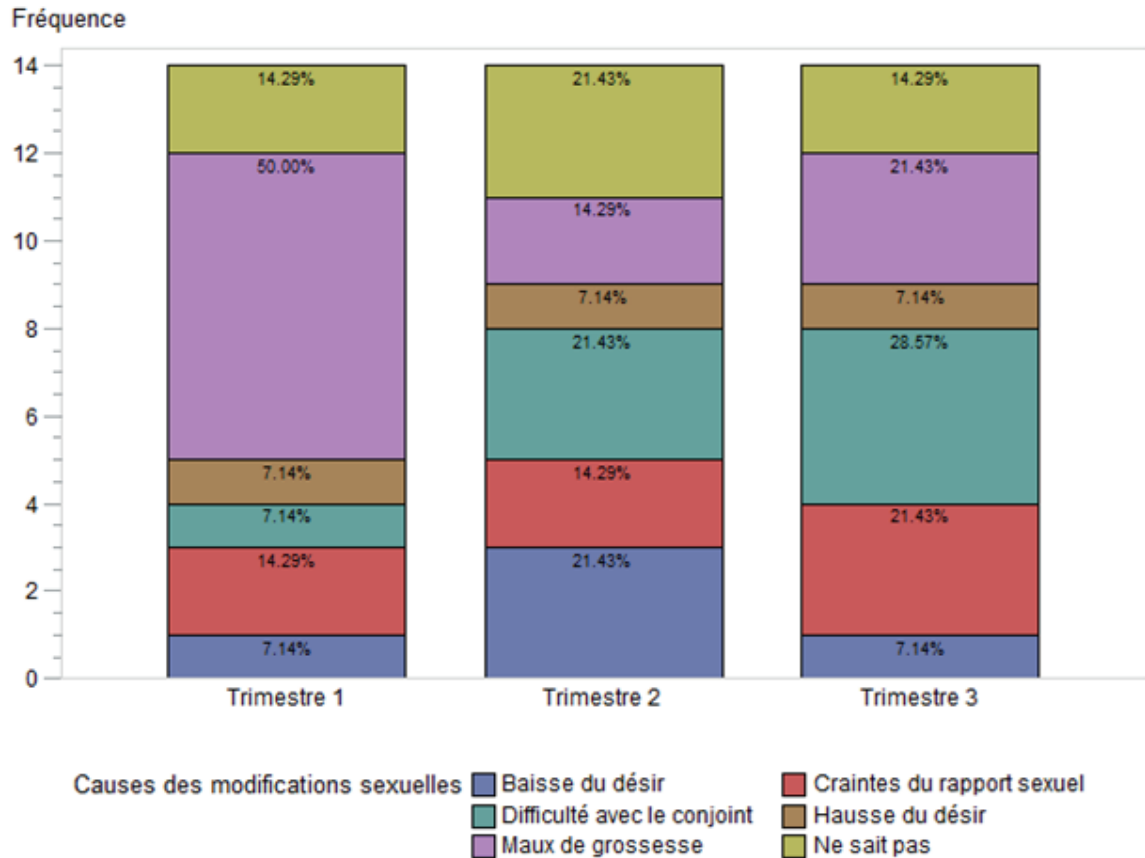


Figure 4 : Principales causes d'arrêt des rapports sexuels en fonction du trimestre de grossesse.

Notons qu'au premier trimestre, les maux de la grossesse représentent la principale cause d'arrêt des rapports sexuels. Au deuxième trimestre, les causes qui ressortent sont la difficulté avec le conjoint et la baisse du désir. Enfin au troisième trimestre, en plus de la difficulté avec le conjoint et les maux de grossesse vient s'ajouter la crainte du rapport sexuel.

Pour les 81 % ayant continué les rapports sexuels, nous avons évalué leur satisfaction sexuelle durant la grossesse avec la même échelle que précédemment, afin d'observer l'évolution de cette satisfaction.

Critères	N	Mean	Std	Median	P25	P75	Min	Max
Évaluation de la Satisfaction Sexuelle	61	5,79	2,15	6,00	4,00	7,00	2,00	10,00

Tableau V : Évaluation de la satisfaction sexuelle pendant la grossesse.

La satisfaction sexuelle des patientes était en moyenne de 5,8 points, avec des valeurs comprises entre 2 et 10, soit une baisse de 2 points par rapport à l'évaluation avant la grossesse. Par ailleurs, nous avons également observé la fréquence des rapports sexuels et du désir sexuel en fonction du trimestre de la grossesse. (Figure 5 et 6)

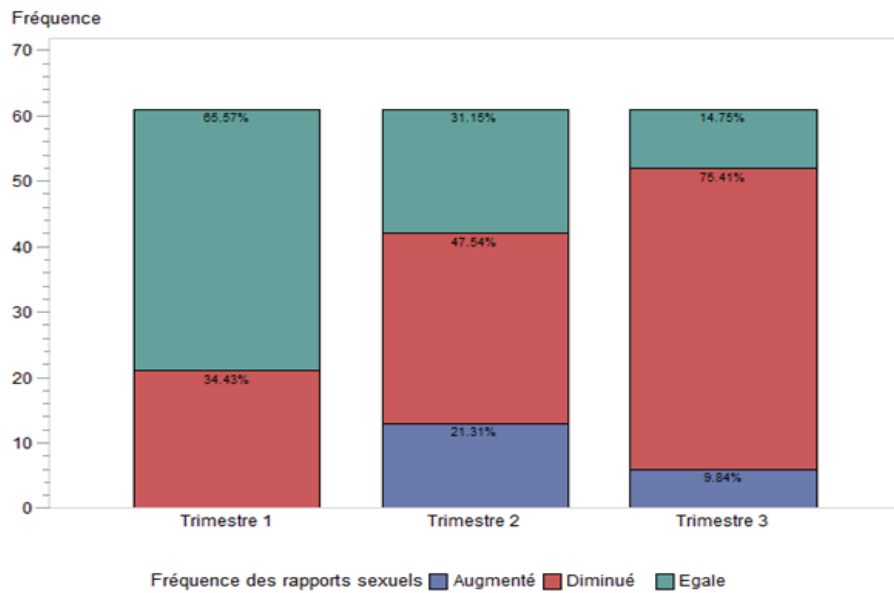


Figure 5 : Fréquence des rapports sexuels en fonction du trimestre de grossesse.

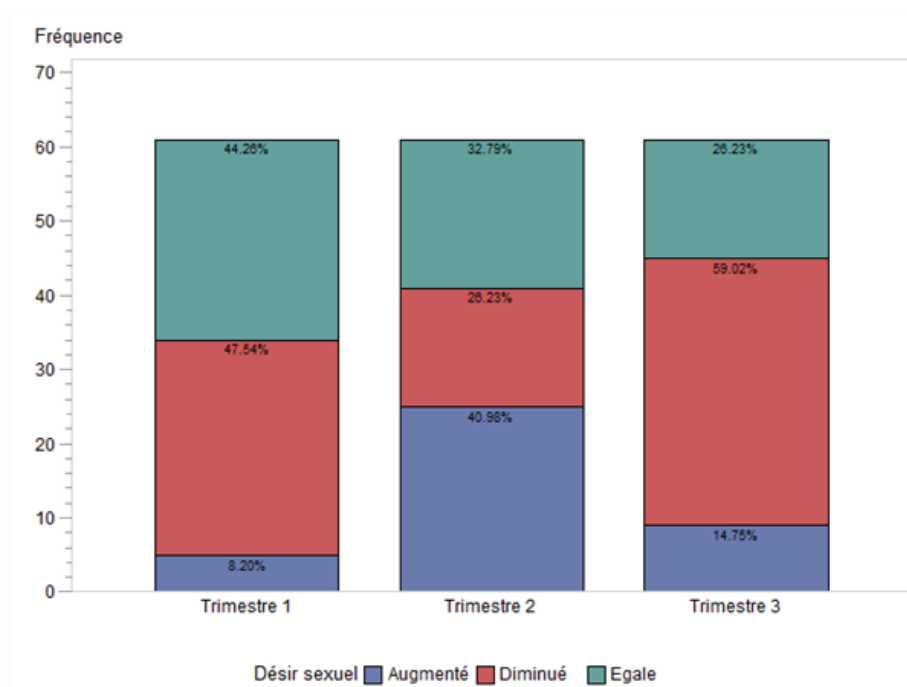


Figure 6 : Désir sexuel en fonction du trimestre de grossesse.

Nous pouvons remarquer qu'au premier trimestre, le désir sexuel est en général diminué pour 48 % (N=29) ou égal pour 44 % (N=27) des femmes. Par ailleurs, les rapports sexuels sont au mieux aussi fréquents qu'avant la grossesse.

Au deuxième trimestre, nous pouvons observer un regain d'intérêt pour la sexualité puisque le désir sexuel passe de 8%, au premier trimestre, à 41 % (N=25). Malgré cela, on observe également une diminution de la fréquence des rapports sexuels pour 48 % (N=29), en augmentation par rapport au premier trimestre (34 % ; N= 21). En revanche, pour 21 % (N=13) des femmes les rapports sexuels seraient plus fréquents au deuxième trimestre.

Enfin au troisième trimestre on constate que les rapports sexuels sont moins fréquents (75 %) (N=46) et que le désir sexuel diminue pour 59 % (N=36).

Les résultats de l'étude montrent que les rapports sexuels sont modifiés pendant la grossesse, nous avons donc choisi d'établir un tableau répartissant les différentes causes de ces modifications en fonction du trimestre de grossesse.

Critères	N=61	%
Premier trimestre		
Baisse du désir	2	3,28
Craintes du rapport sexuel	5	8,20
Difficulté avec le conjoint	2	3,28
Hausse du désir	7	11,48
Maux de grossesse	38	62,30
Ne sait pas	7	11,28
Deuxième trimestre		
Baisse du désir	10	16,39
Craintes du rapport sexuel	8	13,11
Difficulté avec le conjoint	6	9,84
Hausse du désir	11	18,03
Maux de grossesse	21	34,43
Ne sait pas	5	8,20
Troisième trimestre		
Baisse du désir	6	9,84

Craintes du rapport sexuel	24	39,34
Difficulté avec le conjoint	9	14,75
Hausse du désir	4	6,56
Maux de grossesse	16	26,23
Ne sait pas	2	3,28

Tableau VI : Description des causes modifiant la sexualité pendant la grossesse.

Au premier trimestre, les maux de la grossesse représentent la principale source de modification de la sexualité pendant la grossesse pour 62% des patientes (N=38). Ceci semble être en cohérence avec nos résultats précédents évoquant une baisse du désir sexuel importante au premier trimestre.

Par ailleurs au deuxième trimestre, les deux causes de modifications sont les maux de la grossesse (N = 21) et la baisse du désir (N=10). Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, ce trimestre est également marqué par un regain d'intérêt pour la sexualité qui pourrait s'expliquer par une hausse du désir pour 18% des femmes (N=11)

Enfin au troisième trimestre, plusieurs causes seraient sources de diminution du désir et de la fréquence des rapports sexuels notamment la crainte du rapport pour 39 % des femmes (N=24), les maux de la grossesse pour 26 % (N=16) et pour 15 %, les difficultés avec le conjoint (N=9).

7.4 Description mode d'accouchement et post-partum

Concernant le mode d'accouchement, plus de la moitié des femmes avaient accouché par voie basse spontanée (52%, N=39), 24% par voie basse instrumentale (N=18) et 24% par césarienne (N=18).

Critères	N	%
Mode d'accouchement		
Césarienne	18	24,00
Voie basse instrumentale	18	24,00
Voie basse spontanée	39	52,00

Tableau VII : Description du mode d'accouchement.

Critères	N	Mean	Std	Median	P25	P75	Min	Max
Souvenir de la Voie Basse	57	6,60	2,91	7,00	5,00	9,00	0,00	10,00
Souvenir Césarienne	18	4,17	3,38	3,50	2,00	6,00	0,00	10,00

Tableau VIII : Souvenir en fonction du mode d'accouchement.

Afin de déterminer le souvenir de l'accouchement, une échelle numérique a été utilisée. Pour celles ayant accouché par voie basse, le souvenir est meilleur avec un score de 7 points, par rapport à celle ayant accouché par césarienne avec un score de 4 points. (Tableau VIII)

Par ailleurs, nous avons choisi d'interroger les primipares ayant accouché par voie basse, et nous nous sommes intéressés à l'état périnéal ainsi qu'au vécu d'une éventuelle déchirure ou épisiotomie.

Critères	N	%
État Périnéal		
Déchirure ou Épisiotomie	52	91.23
Périnée intact	5	6,67
Vécu de la déchirure ou de l'épisiotomie		
Anodin	7	13.46
Supportable	9	17.31
Douloureux	25	48.08
Gênant	11	21.15

Tableau IX : État périnéal suite à un accouchement voie basse et vécu.

Parmi les 57 primipares ayant accouché par voie basse, 52 avaient une déchirure ou une épisiotomie soit presque 91%. A contrario 5 n'avaient eu aucuns points. Presque la moitié des femmes (n=25) trouvait que la déchirure ou l'épisiotomie était douloureuse, 11 considéraient qu'elle était gênante ; 9, supportable et 7, anodine.

Nous avons choisi de décrire plusieurs facteurs susceptibles de pouvoir impacter la sexualité en post-partum.

Critères	N	%
Mode d'allaitement		
Allaitement Artificiel	17	22,67
Allaitement Maternel	40	53,33
Allaitement Mixte	18	24,00
Contraception		
Non	26	34,67
Oui	49	65,33
Mode de contraception		
Implant	1	2.04
Pilule	45	89.80
Préservatif	4	8.16
Couchage de l'enfant dans la chambre		
Non	14	18,67
Oui	61	81,33
À l'aise avec son corps		
Non	45	60,00
Oui	27	36,00
Moyen	3	4,00
Reprise des rapports sexuels		
Non	16	21,33
Oui	59	78,67

Tableau X : Description du post-partum.

L'étude montre que 53 % des femmes avaient choisi l'allaitement maternel contre 23 % qui avaient choisi un allaitement artificiel.

Par ailleurs à la sortie de la maternité, 65 % des femmes bénéficiaient d'une contraception majoritairement par pilule micro-dosée (90%).

Concernant le mode de couchage de l'enfant, 81 % des couples dormaient en présence de l'enfant après l'accouchement.

Plus de la moitié des femmes (N=45) ne se sentaient pas à l'aise avec leur corps deux mois après leur accouchement.

Enfin, 59 primipares (78,67%) avaient repris les rapports dans les 12 semaines suivant l'accouchement.

7.5 Analyse statistique de la sexualité en post-partum

7.5.1 Objectif principal : satisfaction sexuelle et mode d'accouchement

L'objectif principal de cette étude était de déterminer si le mode d'accouchement avait un impact sur la satisfaction sexuelle après la naissance d'un premier enfant. Cette satisfaction a été récupérée via un score allant de 0 à 10. L'analyse s'effectuera sur les 59 patientes ayant repris les rapports sexuels.

Critères	N	Mean	Std	Median	P25	P75	Min	Max	P value*
Mode d'accouchement									0,8755
Césarienne	16	5,88	1,93	6,00	5,00	7,00	3,00	9,00	
Voie basse instrumentale	13	6,23	2,39	5,00	5,00	8,00	3,00	10,00	
Voie basse spontanée	30	6,23	2,37	6,00	5,00	8,00	2,00	10,00	

* Test de Kruskal Wallis

Tableau XI : Évaluation de la satisfaction sexuelle après la grossesse en fonction du mode d'accouchement.

Aucune différence entre les modes d'accouchement et la satisfaction sexuelle après la grossesse n'a été mise en évidence.

7.5.1 Modification de la satisfaction sexuelle avant et après la grossesse

Cet objectif secondaire avait pour but de comparer les scores de satisfaction sexuelle avant et après la grossesse. Nous sommes en présence de données appariées, c'est-à-dire dont les patientes sont leurs propres témoins. Donc, pour qu'une patiente soit incluse dans l'analyse, il nous faudra son score avant et après grossesse, soit 59 patientes.

Évaluation de la satisfaction sexuelle									P
	N	Mean	Std	Median	P25	P75	Min	Max	value*
									<0,001
Avant la grossesse	59	8,22	1,51	8,00	7,00	10,00	5,00	10,00	
Après la grossesse	59	6,14	2,23	6,00	5,00	8,00	2,00	10,00	

*Test de Wilcoxon pour données appariées (Wilcoxon signed rank test)

Tableau XII : Évaluation de la satisfaction sexuelle avant et après la grossesse.

Une différence statistiquement très significative de satisfaction sexuelle entre avant et après la grossesse a été mise en évidence. On constate que les femmes avaient une satisfaction sexuelle plus élevée en moyenne de 2 points avant la grossesse.

Par ailleurs, parmi les femmes interrogées et ayant repris les rapports deux mois après leur accouchement, nous les avons questionnées sur l'épanouissement dans leur vie sexuelle avant et après l'accouchement. Pour plus de la moitié (52,54%) leur vie sexuelle était moins épanouie après leur accouchement et pour 30% elle était autant épanouie qu'avant la grossesse. D'autre part, la fréquence des rapports sexuels semblait diminuée en post-partum depuis l'arrivée de l'enfant. (n=48)

Critères	N	%
Épanouissement avant/après accouchement		
Augmenté	10	16,95
Diminué	31	52,54
Égal	18	30,51
Fréquence des Rapport Sexuels en post-partum		
Augmentée	2	3,39
Diminuée	48	81,36
Égale	9	15,25

Tableau XIII : Description de l'épanouissement et de la fréquence des rapports sexuels en post-partum.

7.5.2 Facteurs influençant la satisfaction sexuelle en post-partum

Le tableau XII présente les différents facteurs pouvant influencer ou non le degré de satisfaction sexuelle afin d'évaluer toutes les facettes de la sexualité en post-partum.

Critères	Après la Grossesse : Évaluation de la Satisfaction Sexuelle							
	N	Mean	Std	Median	P25	P75	Min	Max
État Périnéal								0,8998*
Déchirure ou Épisiotomie	39	6,21	2,42	6,00	5,00	8,00	2,00	10,00
Périnée intact	4	6,50	1,73	7,00	5,50	7,50	4,00	8,00
Rapports Sexuels pendant la grossesse								0,5705*
Non	11	6,55	2,54	7,00	5,00	9,00	3,00	10,00
Oui	48	6,04	2,17	6,00	5,00	8,00	2,00	10,00
Couchage de l'enfant dans la chambre								0,0280*
Non	47	6,32	2,29	6,00	5,00	8,00	2,00	10,00
Oui	8	4,38	1,30	5,00	3,50	5,00	2,00	6,00
À l'aise avec son corps								0,0446 [†]
Moyen	3	5,00	2,65	6,00	2,00	7,00	2,00	7,00
Non	35	5,66	2,10	5,00	4,00	7,00	2,00	10,00
Oui	21	7,10	2,17	8,00	6,00	8,00	3,00	10,00
Mode d'allaitement								0,2192 [†]
Allaitement artificiel	14	5,79	2,49	6,00	3,00	8,00	2,00	9,00
Allaitement maternel	30	5,87	1,87	5,50	5,00	7,00	2,00	10,00
Allaitement mixte	15	7,00	2,56	8,00	5,00	9,00	3,00	10,00
Appréhension à la reprise des rapports sexuels								0,1901*
Non	4	7,50	0,58	7,50	7,00	8,00	7,00	8,00
Oui	55	6,04	2,28	6,00	5,00	8,00	2,00	10,00
Harmonie au sein du couple en post-partum								0,0012*
Non	34	5,29	2,14	5,00	3,00	7,00	2,00	10,00
Oui	25	7,28	1,84	8,00	6,00	9,00	3,00	10,00

[†]Test de Kruskal-Wallis *Test de Wilcoxon-Mann-Withney (Wilcoxon rank sum test)

Tableau XIV : Analyse des facteurs influents qualitatifs sur la satisfaction sexuelle après la grossesse.

Bien que la présence d'une appréhension à reprendre une activité sexuelle n'influence la qualité des rapports, on constate une différence statistiquement significative de satisfaction sexuelle après l'accouchement lorsque les femmes avaient une appréhension liée à la présence de l'enfant dans la chambre. Le score est plus élevé de 2 points pour les patientes n'ayant pas cette appréhension.

De même, on observe une différence statistiquement significative de satisfaction sexuelle après grossesse entre les patientes à l'aise avec leur corps et les autres. Plus, précisément, il y a une différence d'environ 2 points de score de satisfaction entre ces deux groupes.

Enfin, le score de satisfaction sexuelle après grossesse est également statistiquement différent en fonction de l'harmonie dans le couple après la grossesse. Le score est plus élevé d'environ 2 points chez les couples en harmonie.

Aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence entre le score de satisfaction sexuelle après grossesse et les autres facteurs (état du périnée, rapports sexuels pendant la grossesse, le mode d'allaitement, l'appréhension des rapports sexuels après la grossesse et l'information sur les rapports sexuels apportée après la grossesse).

Par ailleurs nous avons décidé de tester un éventuel lien entre la satisfaction sexuelle et le souvenir de l'accouchement.

	Coefficient de corrélation [IC 95 %]	P value*
Satisfaction sexuelle avant grossesse et après accouchement	0,3288 [0,0794 ; 0,5394]	0,0110
Satisfaction sexuelle après grossesse et souvenir de l'accouchement	0,0786 [-0,1811 ; 0,3281]	0,5541

*Test la nullité du coefficient de corrélation

Tableau XV : Coefficient de corrélation de Pearson entre : la satisfaction sexuelle avant et après la grossesse et le souvenir de l'accouchement

On constate une faible corrélation, qui indique qu'il existe ($p=0,01$) une relation linéaire positive reliant la satisfaction sexuelle avant et après grossesse.

En revanche, aucune corrélation significative n'a été mise en évidence entre la satisfaction sexuelle après grossesse et le souvenir de l'accouchement. Cela indique qu'il n'existe pas de relation linéaire entre ces deux variables.

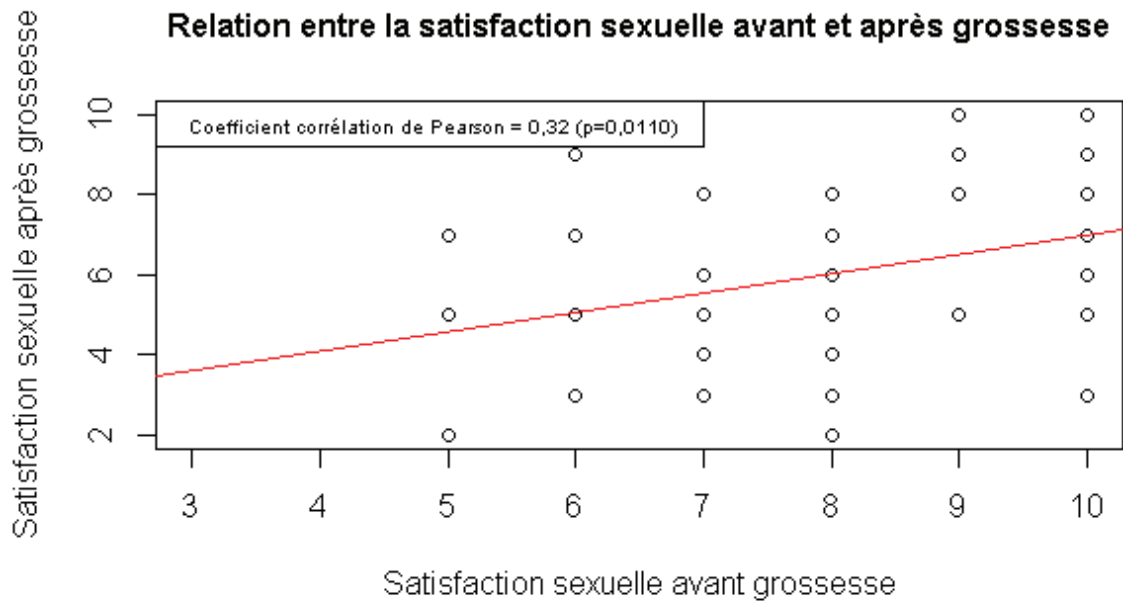


Figure 7 : Coefficient de corrélation entre la satisfaction sexuelle avant et après la grossesse.

7.6 Reprise des rapports sexuels

Une recherche de facteurs qui pourraient être influents sur la reprise des rapports sexuels a été effectuée. Les facteurs qui ont été testés sont les suivants : le mode d'accouchement, l'état du périnée, le mode d'allaitement, le mode de contraception, la présence de l'enfant dans la chambre et le bien-être de la femme avec son corps après l'accouchement.

Critères	Reprise des Rapports Sexuels				P Value*
	Non		Oui		
	N	%	N	%	
Mode d'accouchement					0,4948
Césarienne	2	12,50	16	27,12	
Voie basse instrumentale	5	31,25	13	22,03	
Voie basse spontanée	9	56,25	30	50,85	
État Périnéal					1,00
Déchirure ou Épisiotomie	13	92,86	39	90,70	
Périnée intact	1	7,14	4	9,30	
Mode d'allaitement					0,8058
Allaitement artificiel	3	18,75	14	23,73	
Allaitement maternel	10	62,50	30	50,85	
Allaitement mixte	3	18,75	15	25,42	
Contraception					0,7758
Non	6	37,50	20	33,90	
Oui	10	62,50	39	66,10	
Mode de contraception					0,2236
Implant	1	10,00	.	.	
Pilule	9	90,00	35	89,74	
Préservatif	.	.	4	10,26	
Couchage de l'enfant dans la chambre					1,00
Non	3	18,75	11	18,64	
Oui	13	81,25	48	81,36	
À l'aise avec son corps					1,00
Moyen	.	.	3	5,08	
Non	10	62,50	35	59,32	
Oui	6	37,50	21	35,59	

*Test Exact de Fischer

Tableau XVI : Facteurs influents sur la reprise des rapports sexuels en post-partum.

Chez les patientes ayant repris une activité sexuelle, 51% avaient accouché par voie basse spontanée, 22% par voie basse instrumentale et 27% par césarienne. Contre respectivement 56%, 31% et 13% pour celles n'ayant pas repris d'activité sexuelle. L'état périnéal ne semble pas influencer la reprise ou non des rapports de manière significative.

Quelque soit le facteur, aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence avec la reprise des rapports sexuels.

7.6.1 Souvenir de l'accouchement

Suite à l'analyse des différents facteurs pouvant être susceptibles d'influencer la reprise des rapports sexuels, nous avons choisi d'analyser le souvenir de l'accouchement (grâce à une échelle graduée allant de 0 à 10) en fonction de la reprise des rapports.

	Souvenir de l'accouchement								P value*
	N	Mean	Std	Median	P25	P75	Min	Max	
Reprise des rapports sexuels									0,2150
Non	16	5,00	3,67	5,00	1,50	8,00	0,00	10,00	
Oui	59	6,29	3,02	7,00	4,00	9,00	0,00	10,00	

* Test de Wilcoxon-Mann-Withney (Wilcoxon rank sum test)

Tableau XVII : Analyse du souvenir de l'accouchement en fonction de la reprise des rapports sexuels.

Pour les femmes n'ayant pas repris les rapports, le souvenir de l'accouchement était de 5 points alors que pour celles ayant repris les rapports, le souvenir de l'accouchement était de 6 points. Cependant, aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence.

7.6.2 Appréhensions

Parmi les 59 primipares ayant repris les rapports sexuels, 55 avouaient avoir une appréhension à la reprise de cette activité.

Nous avons cherché à savoir quelles étaient ces appréhensions, cette question était à choix multiples.

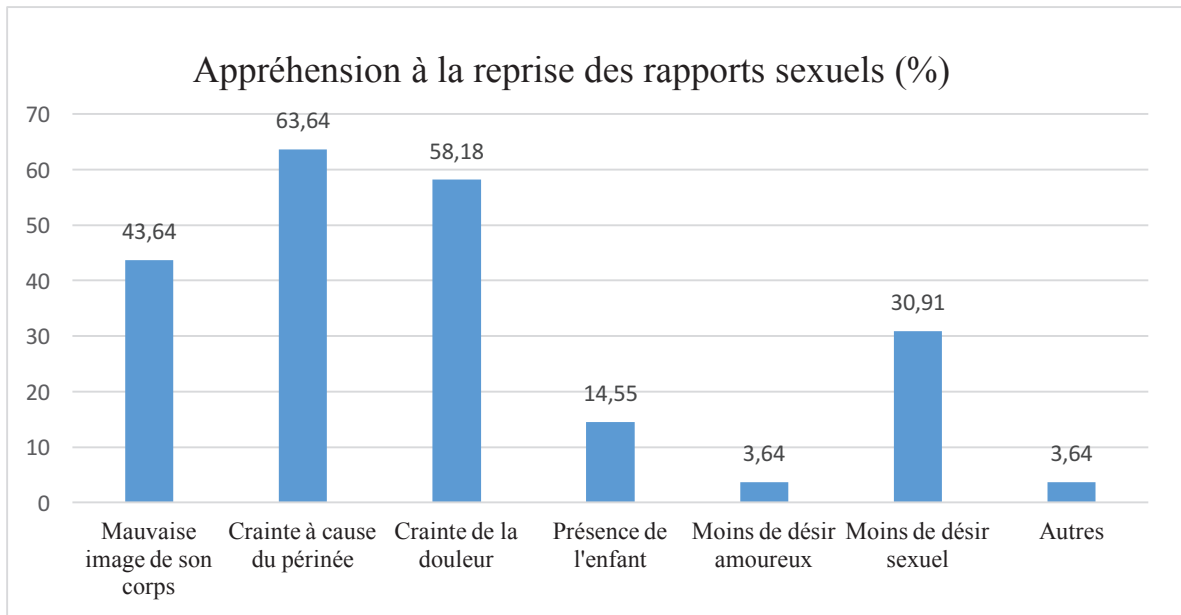


Figure 8 : Appréhensions à la reprise des rapports sexuels

Nous pouvons remarquer que les trois principales appréhensions étaient la crainte à cause du périnée 64 % (n=35) suivi de près par la crainte de la douleur 58 % (n=32) et enfin une mauvaise image de son corps 44 % (n=24).

7.6.3 Cause de non reprise des rapports sexuels

Parmi les 75 patientes interrogées, 16 ont déclaré ne pas avoir repris les rapports sexuels. Nous avons essayé d'en rechercher les causes principales. Cette question était à choix multiples.

Critères	N	%
Absence de désir sexuel	5	31,25
Peur de la douleur	10	62,50
Autre	6	37,50

Tableau XVIII : Description des causes de non reprise des rapports sexuels.

Nous pouvons remarquer que la cause principale était la crainte de la douleur. Par ailleurs, parmi les 6 autres causes : 2 semblaient avoir reçue une contre-indication médicale, 2 étaient gênées par la présence de l'enfant, 1 ne vivait pas avec son conjoint et 1 ne savait pas.

7.6.4 Attitude du partenaire

Nous avons également cherché à savoir qui était à l'initiative de la reprise des rapports sexuels en post-partum. D'une manière générale, la reprise des rapports sexuels était soit à l'initiative du partenaire dans 47% des cas (n=28) soit une demande faite par les deux membres du couple dans 45% des cas (n=27). La femme étant rarement à l'origine de cette initiative (n=4).

Par ailleurs, les femmes ayant repris les rapports sexuels ont été interrogées sur l'attitude de leur conjoint, il s'agissait d'une question à choix multiples. Pour 49 primipares, le conjoint était doux, 22 ont déclaré que leur partenaire avait été compréhensif et 18 ont déclaré que le partenaire avait été maladroit lors de la reprise des rapports sexuels.

7.6.5 Influence sur la vie conjugale

Pour celles ayant repris les rapports sexuels (N=59), 30 déclaraient que cette reprise avait eu une influence positive sur la vie de couple, 23 ne savaient pas et 6 pensaient que cela avait une influence négative.

Pour celles n'ayant pas repris les rapports (N=16), 8 ne savaient pas si cela avait une influence sur leur vie de couple, 7 pensaient que la non reprise des rapports avait une influence négative et 1 seule pensait que cela avait eu une influence positive.

Critères	Reprise des Rapports Sexuels				P Value*
	Non		Oui		
	N	%	N	%	
Influence sur la vie conjugale					0,0003
Positive	1	6,25	30	50,85	
Négative	8	50,00	23	38,98	
Ne sait pas	7	43,75	6	10,17	

Tableau XIX : Reprise des rapports sexuels et influence sur la vie conjugale en post-partum.

On constate une différence statistiquement significative, la reprise des rapports sexuels semble avoir une influence plutôt positive sur la vie conjugale alors que la non reprise des rapports semblait avoir une influence négative ou pas d'influence sur la vie conjugale.

7.7 Délai de reprise des rapports en post-partum

À présent, nous allons étudier les facteurs influents sur le délai de reprise des rapports sexuels. Les facteurs sont les mêmes que ceux qui sont étudiés ci-dessus. L'analyse s'effectuera sur les 59 patientes qui avaient repris les rapports sexuels.

	Délai avant la reprise des rapports sexuels (semaine)								P value
	N	Mea n	Std	Median	P25	P75	Min	Max	
Mode d'accouchement									0,4073*
Césarienne	16	4.50	2.66	4.00	4.00	5.00	1.00	12.00	
Voie basse instrumentale	13	4.77	2.52	4.00	4.00	7.00	1.00	8.00	
Voie basse spontanée	30	5.00	1.60	6.00	4.00	6.00	1.00	8.00	
État Périnéal									0,9830 ⁺
Déchirure ou Épisiotomie	39	4.92	1.95	5.00	4.00	6.00	1.00	8.00	
Périnée intact	4	5,00	1,41	5,50	4,00	6,00	3,00	6,00	
Mode d'allaitement									0,0290*
Allaitement artificiel	14	4,07	1,33	4,00	4,00	5,00	1,00	6,00	
Allaitement maternel	30	5,33	2,12	6,00	4,00	7,00	1,00	8,00	
Allaitement mixte	15	4,47	2,50	4,00	3,00	6,00	1,00	12,00	
Contraception									0,6872 ⁺
Non	20	4.55	2.16	4.00	3.00	6.00	1.00	8.00	
Oui	39	4.95	2.10	4.00	4.00	6.00	1.00	12.00	
Mode de contraception									0,5221 ⁺
Implant	0	
Pilule	35	5.06	2.10	4.00	4.00	6.00	1.00	12.00	
Préservatif	4	4.00	2.16	4.50	2.50	5.50	1.00	6.00	
Couchage de l'enfant dans la chambre									0,5967 ⁺
Non	11	5,45	2,73	5,00	4,00	6,00	2,00	12,00	
Oui	48	4,67	1,95	4,00	4,00	6,00	1,00	8,00	

À l'aise avec son corps										0,4280*
Moyen	3	3,67	2,52	4,00	1,00	6,00	1,00	6,00		
Non	35	5,14	2,29	5,00	4,00	6,00	1,00	12,00		
Oui	21	4,43	1,69	4,00	4,00	6,00	1,00	7,00		
Informations après la grossesse										0,2698 ⁺
Non	35	5,00	1,94	5,00	4,00	6,00	1,00	8,00		
Oui	24	4,54	2,36	4,00	3,50	6,00	1,00	12,00		

*Test de Kruskal-Wallis

⁺Test de Wilcoxon-Mann-Withney (Wilcoxon rank sum test)

Tableau XX : Facteurs influents sur le délai de la reprise des rapports sexuels en post-partum.

On constate qu'il existe au moins une différence statistiquement significative du délai de la reprise des rapports en fonction du mode d'allaitement. Le délai moyen avant la reprise de rapports sexuels est de $4,04 \pm 1,33$ semaines chez les patientes allaitant artificiellement, de $4,47 \pm 2,50$ semaines pour celles faisant un allaitement mixte et de $5,33 \pm 2,12$ semaines pour celles allaitant exclusivement. Ce délai semble donc plus long chez les femmes ayant choisi l'allaitement maternel.

Le mode d'accouchement ne semble pas influencer le délai avant la reprise des rapports, les femmes ayant accouché par césarienne avaient cependant un délai de 4,50 (semaines), celles ayant accouché par voie basse instrumentale avaient un délai de 4,77 (semaines) et celles ayant accouché par voie basse spontanée avaient un délai de 5 (semaines).

Pour les autres facteurs, aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence.

7.8 Estime de soi

L'estime de soi a été évaluée via un score de 0 à 10 points pendant et après grossesse.

	Coefficient de corrélation [IC 95 %]	P value*
Estime de soi avant et après grossesse	0,4328 [0,2283 ; 0,6008]	0,0001

*Test la nullité du coefficient de corrélation

Tableau XXI : Coefficient de corrélation entre le score de l'estime de soi avant et le score après la grossesse.

On constate corrélation modérée, qui indique qu'il existe ($p=0,0001$) une relation linéaire positive modérée reliant l'estime de soi pendant et après grossesse. On peut cependant affirmer que les femmes ayant une bonne estime de soi avant la grossesse avaient une bonne estime de soi après la grossesse.

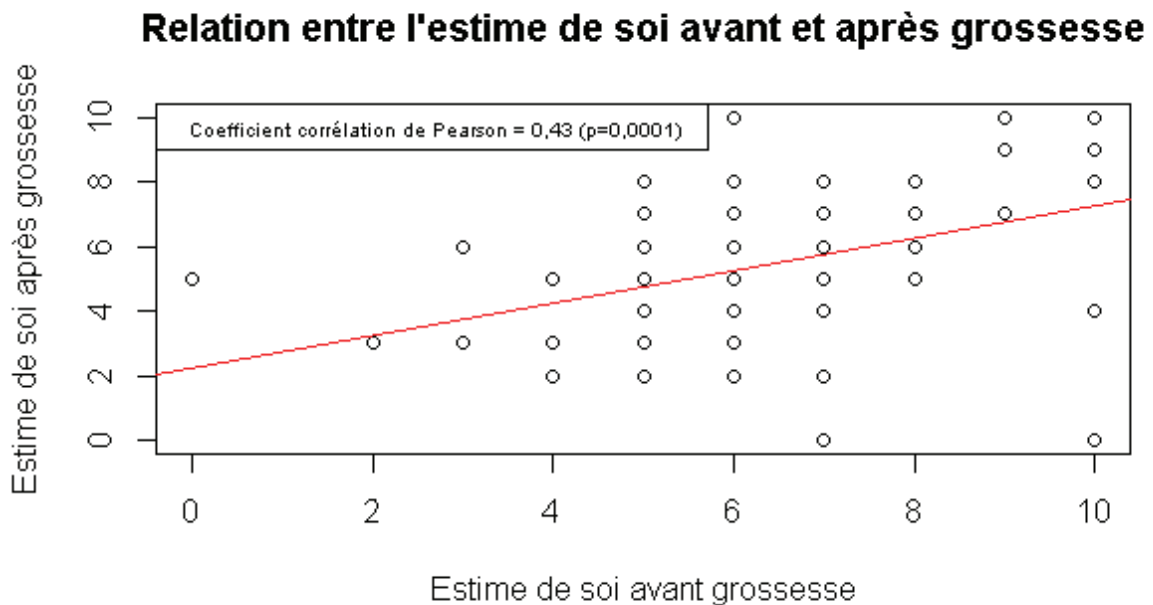


Figure 9 : Coefficient de corrélation entre l'estime de soi avant et après la grossesse.

Après avoir comparé l'estime de soi avant et après grossesse, nous avons voulu connaître l'impact de l'estime de soi sur la satisfaction sexuelle. On constate une corrélation modérée, qui indique qu'il existe ($p=0,0076$) une relation linéaire positive modérée reliant l'estime de soi et la satisfaction sexuelle en post-partum. D'une manière générale, les femmes ayant une estime de soi élevée avaient une satisfaction sexuelle plus élevée.

	Coefficient de corrélation [IC 95 %]	P value*
Estime de soi / satisfaction sexuel après grossesse	0,3424 [0,0946 ; 0,5508]	0,0076

*Test la nullité du coefficient de corrélation

Figure 10 : Coefficient de corrélation entre l'estime de soi et la satisfaction sexuelle en post-partum

7.9 Analyse descriptive : informations pendant la grossesse et après l'accouchement

La sage-femme ayant une place prépondérante en matière de prévention et de santé publique, nous nous sommes intéressés à l'information sur la sexualité pendant la grossesse et après l'accouchement.

7.9.1 Informations aux patientes pendant la grossesse

Critères	N	%
Informations pendant la grossesse		
Patientes ayant été informées	13	17,33
Patientes n'ayant pas été informées	62	82,67

Tableau XXII : Informations autour de la sexualité pendant la grossesse.

L'étude met en évidence que pendant la grossesse 83 % (N=62) des femmes n'avaient pas reçu d'information en matière de sexualité.

Par ailleurs, parmi les 13 informées, nous avons voulu savoir quel était le professionnel de santé à l'origine de cet échange ainsi que le moment de cet échange.

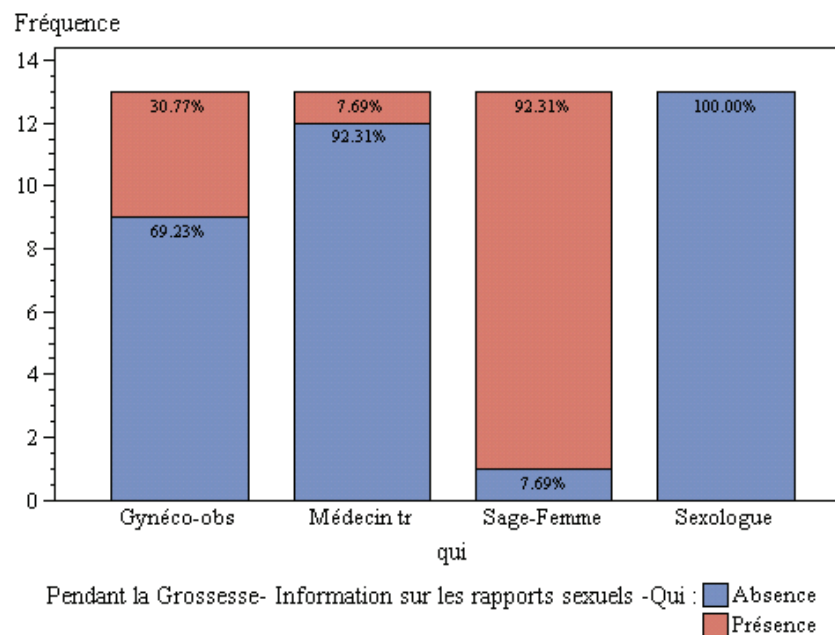


Figure 11 : Professionnel de santé ayant informé les patientes pendant la grossesse.

Les sages-femmes avaient informé 12 des 13 patientes. Parmi ces 13 femmes, 8 femmes avaient été informées par une sage-femme uniquement, 4 par une sage-femme et un gynécologue-obstétricien et enfin 1 par un gynécologue obstétricien seul.

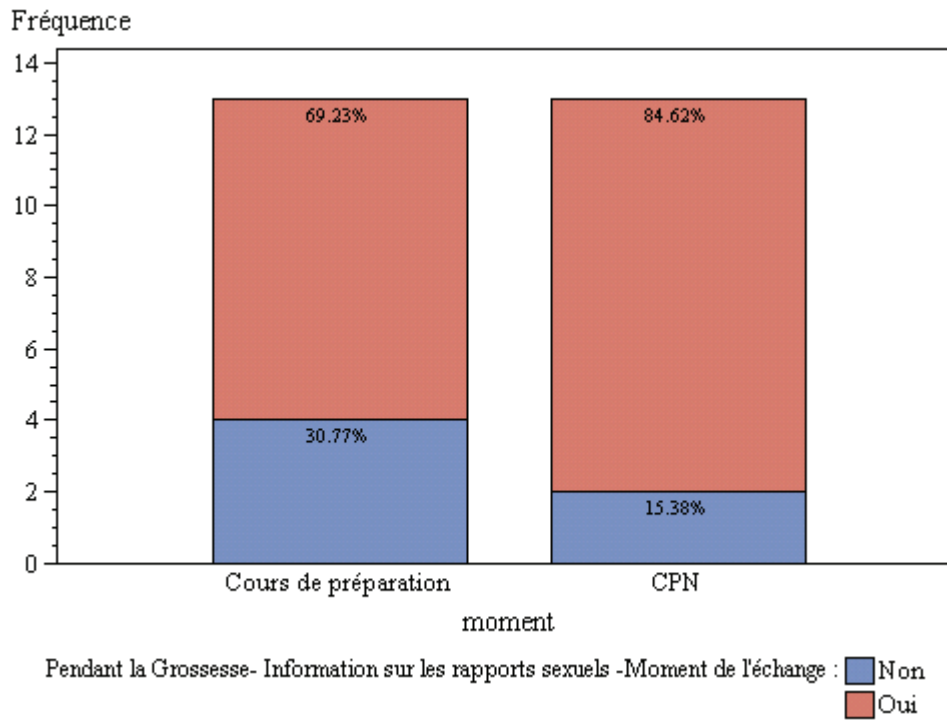


Figure 12 : Moment de l'échange autour de la sexualité pendant la grossesse.

Enfin, 11 femmes avaient été informées au cours d'une consultation prénatale et/ou lors d'un cours de préparation à la naissance et à la parentalité pour 9 d'entre elles.

Ces informations ont été délivrées à la femme seule pour 8 personnes, 3 ont reçu ces informations en couple et 3 ont pu bénéficier d'informations seule et en présence du conjoint.

Parmi les patientes ayant reçu ces informations, 9 pensaient que cela avait eu un impact positif sur leur sexualité.

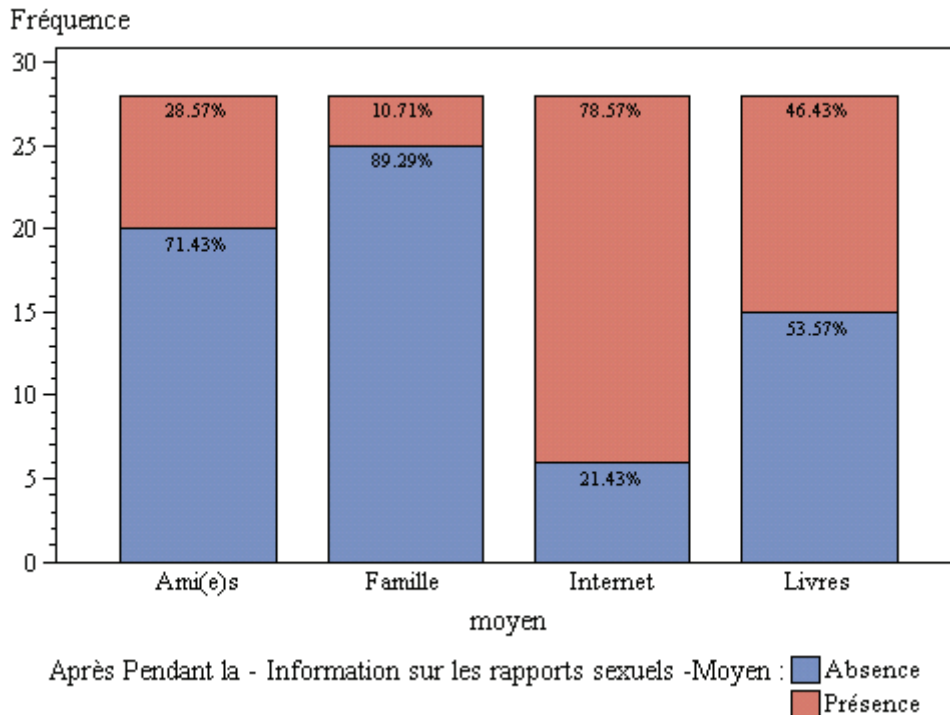


Figure 13 : Autres moyens d'informations utilisés.

Enfin, nous avons choisi d'interroger les 62 autres femmes qui n'avaient pas reçu d'informations de la part d'un professionnel de santé pendant la grossesse.

Parmi ces 62 primipares, 45 % (N=28) avaient recherché des informations à la sexualité par elles-mêmes en utilisant principalement internet (N=22), les livres (N=13), ou en recherchant des conseils auprès d'un(e) amie ou de la famille (N=8 et N=3).

Parmi les 62 primipares non informées 34% (N= 21) auraient voulu en recevoir de la part d'un professionnel de santé alors que 36% (N= 22) ne savaient pas et 30% (N=19) ne souhaitaient pas en recevoir.

L'information sur les rapports sexuels aurait pu être une aide pour le couple dans 25% (N=15) des cas, alors que 39% (N=24) ne savaient pas et 37% (N=23) pensaient que cela n'aurait rien changé à la sexualité du couple.

7.9.2 Informations après l'accouchement

Afin d'effectuer une comparaison, nous avons posé les mêmes questions que précédemment, mais cette catégorie portait sur les informations reçues après l'accouchement.

Critères	N	%
Informations après l'accouchement		
Patientes ayant été informées	30	40,00
Patientes n'ayant pas été informées	45	60,00

Tableau XXIII : Informations autour de la sexualité après l'accouchement.

Après l'accouchement, plus de la moitié des patientes n'étaient pas informées à propos de la sexualité après l'accouchement. (N=45)

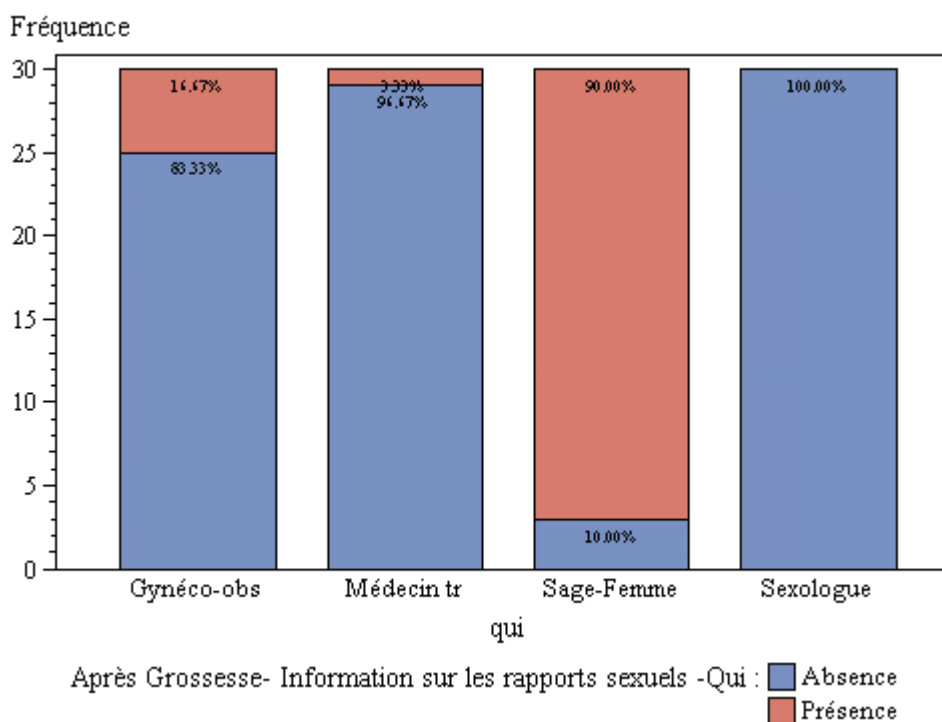


Figure 14 : Professionnel de santé ayant informé les patientes en post-partum.

Parmi les 30 patientes informées, 24 l'avaient été par une sage-femme seule, 2 par une sage-femme et un gynécologue-obstétricien, 1 par une sage-femme et un médecin traitant et enfin 3 par un gynécologue-obstétricien seul.

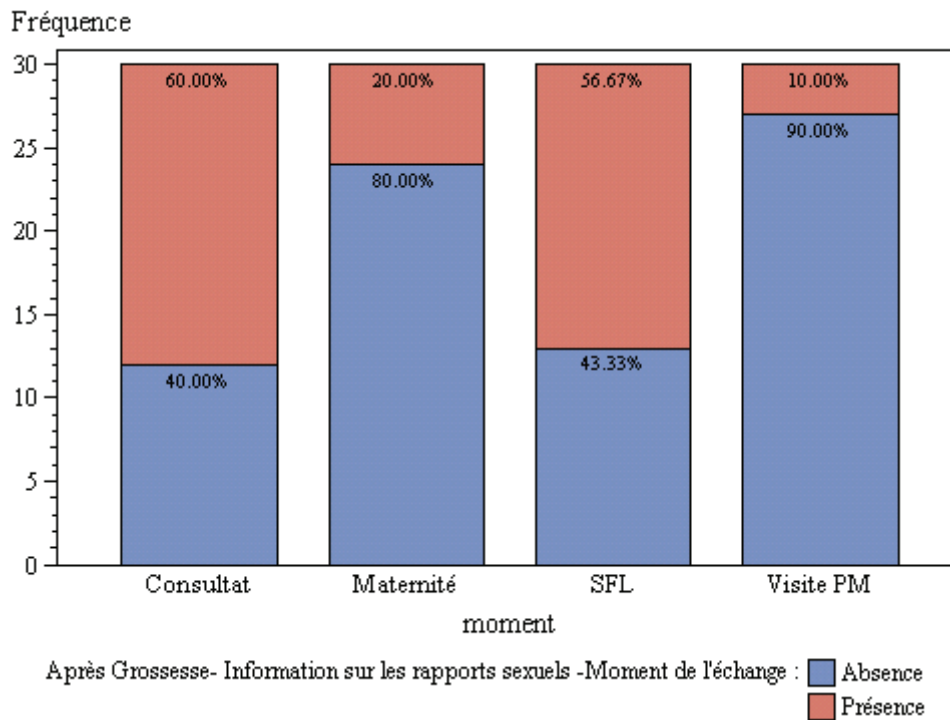


Figure 15 : Moment de l'échange autour de la sexualité en post-partum.

Cet échange se faisait généralement lors de la consultation post-natale (N=18) ou lors d'une consultation avec une sage-femme libérale (N=17), ce thème était rarement abordé en maternité (N=6).

Les femmes étaient en général informées seules (N=27), 2 avaient bénéficié des informations à la fois seules et en présence du conjoint et 1 seule avait eu ces informations en couple. Cependant, presque la moitié des femmes (N=14) auraient aimé recevoir ces informations en présence du conjoint. Les autres ne savaient pas (N=7) ou préféraient recevoir ces informations seules. (N=9)

Enfin, parmi ces 30 patientes informées, 43 % (N=13) pensaient que cet échange avait eu un impact positif sur la sexualité du couple, 33 % (N=10) ne savaient pas et 23 % (N=7) pensaient que cet échange n'avait eu aucun impact.

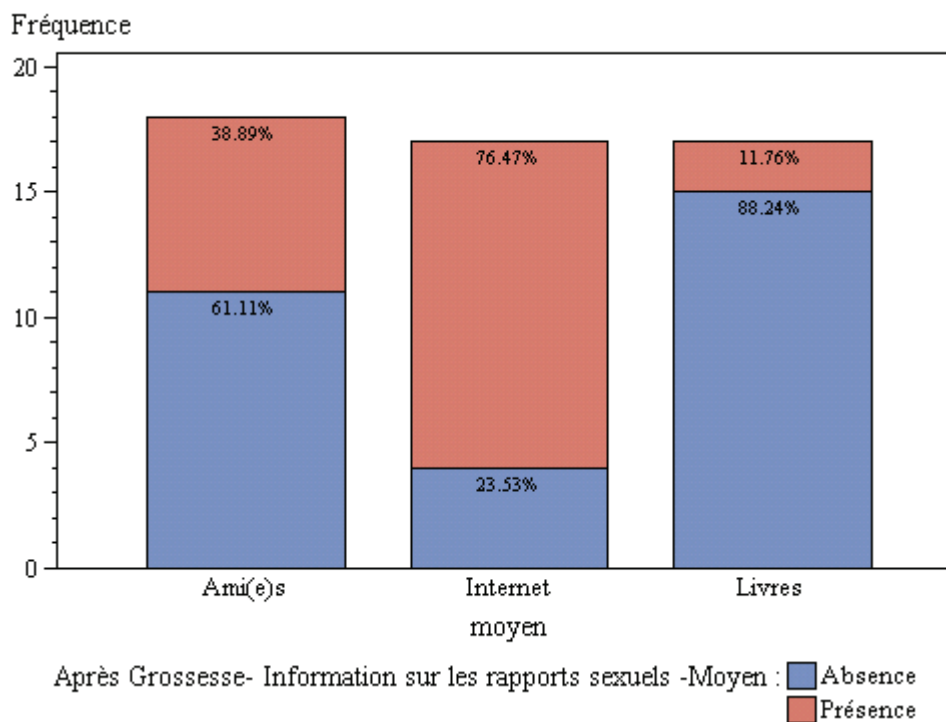


Figure 16 : Autres moyens d'informations.

Parmi les 45 patientes non informées, 40 % avaient tout de même recherché des informations (N=18) - principalement par internet dans 72 % (N=13) des cas - ou en demandant conseil à une amie (N=7).

62% d'entre-elles avouent qu'elles auraient aimé en recevoir de la part d'un professionnel de santé.

Enfin, 44 % pensaient que recevoir des informations auraient pu être une aide pour le couple alors que 42 % ne savaient pas.

PARTIE 3 : DISCUSSION

L'objectif de ce travail était de connaître l'impact de la naissance du premier enfant sur la satisfaction sexuelle.

8 Interprétation des résultats

8.1 Données socio-économiques

L'échantillon analysé comprenait 75 primipares, l'âge moyen retrouvé était de 28,33 ans. Ce résultat est retrouvé dans l'enquête réalisée en 2010 par l'INSEE puisque les femmes avaient en moyenne 28 ans lors de la naissance du premier enfant. On remarque que 78,7% des femmes étaient actives, résultat en adéquation avec le taux de 79,3% énoncé par l'enquête périnatale de 2010. [50]

La population de l'étude est donc comparable à la population générale.

Cependant, 37,33% des femmes étaient mariées alors que l'enquête périnatale démontre que 47,3% des femmes étaient mariées en 2010. Cette discordance pourrait s'expliquer selon l'INSEE par la hausse constante des enfants nés hors mariage et par la diminution des mariages. [51]

Enfin, concernant la sexualité des femmes avant la grossesse nous pouvons remarquer que la satisfaction sexuelle était assez élevée puisqu'elle était en moyenne de 8,08 sur une échelle graduée allant de 0 à 10.

8.2 Sexualité pendant la grossesse

Dans l'étude 18,7% des femmes rapportaient ne plus avoir de rapports sexuels. Von Sydow souligne que 10 % des femmes n'ont plus d'activités sexuelles dès l'annonce de grossesse. Nous pourrions expliquer cette légère discordance par l'ancienneté relative de l'étude de Von Sydow, et éventuellement par l'intitulé de la question : « Avez-vous continué à avoir des rapports sexuels tout au long de la grossesse ? ».

Contrairement à Von Sydow, cette question ne nous permettait pas de connaître le pourcentage de femmes ayant arrêté les rapports dès le début de la grossesse. [40]

La question suivante nous a permis de comprendre les raisons de l'arrêt des rapports sexuels. Cet arrêt était principalement lié aux maux de la grossesse, à une difficulté avec le conjoint et la crainte du rapport sexuel.

Pour les femmes ayant continué à avoir des rapports (81,33%), on observe une diminution constante de la fréquence des rapports en adéquation avec les résultats retrouvés dans plusieurs études. [40] [41] [49]

Par ailleurs, une diminution du désir sexuel au premier et troisième trimestre est retrouvée, ce qui semble être en accord avec les données de la littérature. La sexualité au deuxième trimestre est variable en fonction des femmes et les résultats divergent en fonction des études réalisées en matière de sexualité. C'est notamment ce que K. Von Sydow met en lumière dans sa méta-analyse. Nous retrouvons un regain d'intérêt pour la sexualité, le désir est augmenté au deuxième trimestre dans 41% des cas. [3] [40] [20]

Toutes ces modifications de la sexualité pourraient s'expliquer par les modifications physiques et psychiques liées à la grossesse. Il nous a donc semblé pertinent d'interroger les femmes sur les difficultés rencontrées.

Au premier trimestre, les maux de la grossesse pour 62,3%, sont les principales causes engendrant une modification de la sexualité. Ce résultat semble être en cohérence avec les résultats énoncés précédemment puisque nous observons une diminution de la fréquence des rapports et une baisse du désir sexuel.

On retrouve dans cette analyse un regain d'intérêt pour la sexualité au deuxième trimestre pouvant s'expliquer par une nette diminution des maux de la grossesse (34,4%) et une hausse du désir comme le décrivent Master et Johnson. Dans leur étude, ils mettent en évidence la turgescence du vagin et un sentiment de féminité pouvant expliquer cette hausse du désir. [3]

Enfin au troisième trimestre, les causes affectant la sexualité du couple sont multiples, à savoir : la crainte du rapport sexuel pour 40%, les maux de grossesse (26,2%) ainsi que les difficultés avec le conjoint (14,8%).

Il aurait été intéressant d'inclure dans cette question d'autres propositions (crainte d'une fausse couche, crainte d'un accouchement prématuré, crainte de la douleur liée aux

contractions provoquées par le rapport, perception des mouvements actifs) ou de laisser la femme s'exprimer librement. Dans ce sens, les causes des modifications auraient pu être plus précises. [49] [52] [53]

Enfin, il nous a semblé intéressant d'évaluer la satisfaction sexuelle des patientes pendant la grossesse, qui était en moyenne de 5,8 points sur une échelle graduée de 0 à 10. On observe une diminution de la satisfaction sexuelle en comparaison avec la satisfaction des patientes avant la grossesse. Bien que l'échelle utilisée soit différente, ce résultat semble être en adéquation avec les données de la littérature et notamment avec l'étude de K.P Kouakou réalisée auprès de 200 femmes ainsi qu'avec les études auxquelles il fait référence dans son article. [54] [3]

8.3 Modalités d'accouchement et vécu

Avant d'évaluer la sexualité du post-partum nous avons choisi de connaître le mode d'accouchement, l'état périnéal ainsi que le souvenir de l'accouchement. Concernant le mode d'accouchement, 24% des primipares avaient accouché par césarienne, 24% par voie basse instrumentale et 52% par voie basse spontanée. Selon l'enquête périnatale, toute parité confondue le taux d'accouchement voie basse était de 68,7%, alors que le taux de voie basse instrumentale de 10,1 % et le taux de césarienne de 20,2%. [55]

Cette discordance concernant le mode d'accouchement pourrait être liée d'une part à l'échantillon de l'étude, composé uniquement de primipares et d'autre part, au lieu de sélection des patientes (majoritairement en niveau 3 à l'hôpital de l'Archet II). Un rapport réalisé par le réseau Méditerranée montre un taux d'extractions instrumentales de 19,5% au CHU de Nice en 2014. [56]

Le souvenir de l'accouchement semblait meilleur pour les patientes ayant accouché par voie basse (6,60) que celles ayant accouché par césarienne (4,17). Selon une étude réalisée dans deux CHU, les femmes ayant accouché par césarienne semblaient plus inquiètes, moins en sécurité et moins confiantes. D'autre part, les premiers instants avec le nouveau-né étaient moins bien vécus par rapport aux femmes ayant accouché par voie basse. [57] Cependant, rappelons l'importance de la sage-femme qui se doit de tout mettre en œuvre pour améliorer le vécu de l'accouchement, qu'il soit par voie basse ou par césarienne.

Enfin, nous avons voulu connaître le pourcentage de patientes ayant eu un délabrement périnéal. Il semblait difficile pour les femmes de faire la différence entre une épisiotomie et une déchirure. C'est pourquoi nous n'avons pas jugé nécessaire de réaliser la distinction, l'important était de savoir si le périnée avait été délabré.

Ce choix s'est effectué en corrélation avec l'étude de Signorello. La pratique d'une épisiotomie ne semblait pas avoir de conséquences différentes sur la sexualité de celles ayant eu une déchirure spontanée. [58]

Parmi les patientes ayant accouché par voie basse, 8,8 % avaient eu un périnée intact et 91,2 % avaient une déchirure ou une épisiotomie. L'enquête périnatale montre un taux d'épisiotomie important chez les primipares de 44,4%. Les taux de déchirures simples et compliquées, toute parité confondue, représentent respectivement 41,8% et 0,8%.

Il est à noter que, dans ce travail, le taux d'extractions instrumentales, souvent synonyme de délabrement périnéal, est assez important.

Concernant le vécu du délabrement périnéal, 48,08 % considéraient l'épisiotomie ou la déchirure comme étant douloureuse ; 21,15% comme étant gênante ; 17,31% trouvaient ceci supportable et seulement 13,46% pensaient que cela était anodin.

Pour finir, il nous a semblé intéressant de connaître le mode d'allaitement à la sortie de la maternité. Le taux d'allaitement maternel était de 53,33% à la sortie de la maternité ; 22,67 % avaient choisi l'allaitement artificiel et 24,00% l'allaitement mixte. Le taux d'allaitement maternel exclusif est inférieur à ceux exposés dans l'enquête périnatale (68,7% d'allaitement maternel).

8.4 Sexualité en post-partum

Le post-partum est une période de profonds changements et la femme doit apprendre à jongler entre son rôle de mère, de femme et d'épouse. C'est toute la dynamique du couple qui doit être repensée.

8.4.1 Délai moyen de reprise des rapports

Le questionnaire a été envoyé 8 semaines après l'accouchement et le délai de réponse s'est étalé jusqu'à 4 semaines après l'envoi.

Dans cette étude, 66,7% des femmes avaient repris les rapports sexuels dans les 6 semaines post-partum. (**Annexe I**)

Ce résultat semble être légèrement augmenté en comparaison avec plusieurs études ; il démontrant que 57% des femmes ont repris les rapports sexuels 6 semaines après l'accouchement.

Cependant, à la clôture du questionnaire en ligne, presque 79% des primipares avaient repris les rapports sexuels à 12 semaines ce qui semble être cohérent avec la littérature (82% à 12 semaines).

Parmi les patientes ayant repris les rapports sexuels, la reprise s'effectuait en moyenne à 5 semaines après l'accouchement. Ces résultats semblent globalement en adéquation avec les données de la littérature. [59] [59] [49]

8.4.2 Mode d'accouchement et sexualité

L'objectif principal était de savoir si le mode d'accouchement avait une influence sur la satisfaction sexuelle en post-partum. En adéquation avec les données de la littérature bien que controversées, aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence. [60]

Dans cette étude, le mode d'accouchement ne semble pas influencer la qualité des rapports sexuels.

Le travail réalisé par Barret G. auprès de 796 primipares au 6^{ème} mois du post-partum a permis de démontrer que la césarienne ne prévient pas les difficultés sexuelles rencontrées dans la période post-natale. [61]

Par ailleurs, l'étude réalisée par Klein (utilisant l'index FSFI) confirme ces résultats puisqu'on ne retrouve pas de différences significatives : les femmes ayant accouché par voie basse avec périnée intact ont un index à 29,6% contre les femmes ayant accouché par césarienne qui ont un index à 30,5%.

L'index FSFI regroupe : la satisfaction, la douleur, la lubrification vaginale, l'orgasme, l'éveil, le désir ; plus l'index est élevé, plus les difficultés sexuelles sont intenses.

Notons tout de même que, dans l'étude, il y a 2 modalités avec très peu de patientes, à savoir : voie basse instrumentale N=13 et césarienne N=16 alors que la modalité voie basse spontanée compte N=30.

D'autre part, nous souhaitons savoir si le mode d'accouchement influençait le délai de reprise des rapports.

Les données de la littérature semblent corroborer les résultats obtenus puisqu'on ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre le délai de la reprise des rapports et le mode d'accouchement.

Il n'est donc pas justifiable de pratiquer une césarienne afin de préserver la sexualité après la naissance d'un enfant. [62] [63]

Enfin, contrairement aux idées reçues, l'état périnéal ne semble ni influencer le délai de la reprise des rapports ni la satisfaction sexuelle. Les résultats de l'analyse statistique ne montrent pas de différence significative. Ces résultats semblent être en adéquation avec les résultats de plusieurs études, notamment celle de Von Sydow [40]. Il est tout de même important de noter que l'effectif de notre population dans la catégorie « périnée intact » est assez faible (N=4) en comparaison avec la catégorie « déchirure ou épisiotomie » (N=39). Cependant, Signorello démontre qu'à 6 mois post-partum, les femmes ayant eu un délabrement périnéal rapportaient plus de dyspareunies. [58]

L'hypothèse principale : le mode d'accouchement et l'état périnéal influencent la satisfaction sexuelle et le délai de la reprise des rapports est donc infirmée.

8.4.3 Facteurs influençant la sexualité

8.4.3.1 Facteurs influençant la reprise des rapports sexuels

A travers cette étude, nous avons voulu savoir quels étaient les autres facteurs pouvant influencer la sexualité. Aucun facteur ne semble influencer de manière significative sur la reprise ou non des rapports sexuels en post-partum.

Cependant, un facteur statistiquement significatif a été mise en évidence et influence le délai de reprise des rapports sexuels en post-partum. Il s'agit du mode d'allaitement choisi par la mère.

En effet, dans notre société le sein est le signe de la féminité et de l'érotisme ; en post-partum, il acquiert une nouvelle fonction à visée nutritive.

Cette étude tend à démontrer que pour les femmes ayant choisi l'allaitement maternel, le délai de reprise des rapports était allongé.

Ce résultat semble être en adéquation avec plusieurs études démontrant que les femmes qui allaitent ont plus de difficultés à reprendre une vie sexuelle. En effet, l'allaitement entraîne une hyper-prolactinémie, bloquant la fonction ovarienne (faible taux d'œstradiol et de progestérone) et retarde donc le retour à un climat hormonal propice à la reprise des relations sexuelles.

Une étude canadienne démontre que 6 semaines après l'accouchement 38,7% des femmes allaitantes ont repris les rapports sexuels contre 58,2% des femmes non allaitantes. En règle générale, celles qui allaitent se sentent plus fatiguées et moins attirantes que celles qui n'allaitent pas. Et surtout, la symbiose créée par l'allaitement maternel laisse peu de place pour le père et la sexualité en post-partum. [64] [65]

8.4.3.2 Facteurs influençant la satisfaction sexuelle

Dans un premier temps, il nous a semblé pertinent de comparer la satisfaction sexuelle des femmes avant et après la grossesse. De ce fait, nous avons constaté qu'il existe une différence statistiquement très significative ($p < 0,0001$), la satisfaction sexuelle étant en moyenne plus élevée de 2 points avant la grossesse.

D'une manière générale, les rapports sexuels étaient moins fréquents et les femmes se sentaient moins épanouies.

La deuxième hypothèse : le degré de satisfaction sexuelle en post-partum et la fréquence des rapports sexuels est diminuée est validée.

Nous nous sommes alors intéressés aux autres facteurs susceptibles de pouvoir influencer la satisfaction sexuelle en post-partum.

Tout d'abord, l'harmonie dans le couple semble être un facteur influençant la qualité des rapports sexuels. Les couples en harmonie après la naissance de l'enfant avaient une satisfaction sexuelle plus élevée que les couples en désaccord. Dans son article, Colson met en évidence que les difficultés sexuelles persistant après le 6^{ème} mois post-partum, doivent évoquer une dégradation de la relation conjugale. Ce résultat est en adéquation avec une étude suédoise qui démontre que lorsque la relation de couple est satisfaisante et qu'il n'y a pas de rupture d'intimité pendant la grossesse, la reprise de la sexualité se fait de manière naturelle. [49]

Parmi les autres facteurs semblant influencer la satisfaction sexuelle, on peut également noter que la présence de l'enfant dans la chambre parentale semble engendrer une diminution de la satisfaction sexuelle. Le couple pouvant se sentir « observé » par l'enfant, ce mode de couchage peut être un véritable frein à l'épanouissement du couple dans sa vie sexuelle. Cependant, on constate également que même si l'enfant dort dans la chambre parentale, le délai de reprise des rapports n'est pas retardé.

Par ailleurs, cette étude a permis de mettre en lumière un autre facteur influençant la satisfaction sexuelle : la relation de la femme à son propre corps. En effet, une différence statistiquement significative ($p=0.0446$) a mis en évidence que les femmes qui n'étaient pas à l'aise avec leur corps en post-partum avaient une satisfaction sexuelle plus basse.

Le corps en post-partum, transformé est souvent source d'insatisfaction chez plus de 70% des femmes, elles se sentent moins désirables et attirantes. [66]

Une étude américaine démontre que la satisfaction sexuelle d'une femme peut se prédire par l'image qu'elle a d'elle-même.

Ainsi, une femme qui a une mauvaise image d'elle sera moins satisfaite de ses relations sexuelles. [67]

Pour être plus précis, les femmes qui se sentaient à l'aise avec leurs corps avaient une satisfaction sexuelle en moyenne à 7,10 alors que celles qui n'étaient pas à l'aise avaient un score en moyenne à 5,66. Cependant, nous avons inclus dans cette question la modalité

« moyennement à l'aise » (N=3), à posteriori cette modalité n'a pas semblé être utile à l'interprétation de cette question.

Ce travail met également en évidence une forte corrélation entre l'estime de soi pendant et après la grossesse.

En effet, les femmes qui avaient une très bonne estime d'elles mêmes avant la grossesse avaient une très bonne estime en post-partum. L'estime de soi, bien que subjective semble impacter la satisfaction sexuelle. Il existe une corrélation linéaire positive, les femmes ayant une bonne estime d'elle-même ont une meilleure satisfaction sexuelle. (Figure 9) Les thèses réalisées par Robin C. et Bouyalski F. énoncent des résultats similaires à ceux de notre étude [68] [69]

Différentes appréhensions à reprendre une vie sexuelle rapportées par les femmes ont été décrites dans la Figure 6. On distinguait trois principales appréhensions : la crainte à cause du périnée pour 64% des femmes, la crainte de la douleur pour 58% et une mauvaise image de son corps pour 44 %. Bien que cette analyse soit purement descriptive, nous aurions aimé comparer ces données avec la littérature mais aucune étude de ce type n'a encore été retrouvée.

8.5 Vie conjugale et sexualité

Au delà de la qualité des rapports sexuels, nous avons également cherché à connaître l'influence de la sexualité sur la vie conjugale.

On retrouve dans l'étude une différence statistiquement significative ($p=0.003$). La reprise des rapports en post-partum semble avoir une influence positive sur la vie conjugale alors que la non reprise, une influence négative.

Notons tout de même que les groupes ne sont pas totalement proportionnés puisque le groupe ayant repris les rapports compte 59 patientes alors que le groupe n'ayant pas repris les rapports compte 16 patientes. L'impact de la vie conjugale et la sexualité du post-partum sont relativement peu évoqués dans la littérature, excepté dans l'article de Colson. Elle met en évidence une baisse de la satisfaction conjugale fréquente en post-partum ainsi qu'une insatisfaction conjugale souvent liée à des difficultés sexuelles et vice-versa. Cet article vient appuyer les résultats de l'étude. [49]

Egalement, nous avons cherché à connaître qui était à l'initiative de la reprise des rapports sexuels. Dans l'étude, il a été constaté que la reprise des rapports était majoritairement à la demande du partenaire dans 47% des cas, ou issue d'une demande conjointe (45%). Ces résultats semblent être légèrement discordants avec ceux proposés dans une étude réalisée par Barrett G. Cependant, chaque couple étant différent, on peut noter la subjectivité de cette question.

Enfin, la femme était très rarement à l'origine de cette initiative (<5%), résultat en corrélation avec cette même étude. [61] [54]

Au moment de la reprise des rapports, nous avons cherché à savoir qu'elle avait été l'attitude du conjoint, cette question à choix multiples nous a permis de prendre en compte l'état d'esprit du partenaire. D'une manière générale, le partenaire avait été doux (N=49), compréhensif (N=22) mais plus rarement maladroit (N=18). L'attitude du partenaire est essentielle, pour avoir une vie sexuelle et conjugale épanouie.

Une étude réalisée auprès de 304 femmes démontre que la perception des attitudes et des motivations du partenaire a une influence sur la vie sexuelle en post-partum. [66]

8.6 Place de la sage-femme et informations sur la sexualité

Bien qu'une part de notre sexualité soit innée (anatomie, physiologie de la reproduction), les comportements visant à la reproduction sont acquis et la sexualité est façonnée par différents facteurs : biologiques, sociaux, culturels, religieux, juridiques, psychologiques.

Ceci suggère donc la nécessité d'une éducation afin d'acquérir les connaissances nécessaires en matière de sexualité. [2]

Du suivi de grossesse en passant par le suivi gynécologique, les sages-femmes partagent les moments les plus intimes avec les couples et sont des interlocuteurs privilégiés.

Elles devraient être capables d'aborder ce sujet avec aisance.

Le référentiel métier énonce « instaurer un climat de confiance, discuter autour de la sexualité avec la femme et le couple, repérer les non-dits en anticipant les questions non posées (vie de couple, sexualité...) », autant de compétences à acquérir pour instaurer un climat propice à l'échange (consultation, PNP, EPI, visite à domicile...). [70] [71] [72]

Après l'accouchement, l'arrivée du nouveau-né chamboule le quotidien du couple et la sexualité n'est plus obligatoirement la priorité d'une femme, qui a du mal à se réapproprier son corps parfois douloureux.

Il était donc primordial de s'intéresser à l'information reçue pendant la grossesse et après l'accouchement en matière de sexualité.

8.6.1 Informations pendant la grossesse

Nombreuses sont les occasions pour les sages-femmes et les patientes d'aborder la sexualité pendant la grossesse.

Cette étude a permis de mettre en lumière un taux relativement faible de patientes informées, à savoir 17,33% (N=13). La sage-femme semble être le professionnel délivrant le plus souvent une information sur la sexualité (N=12).

Les femmes avaient été informées au cours d'une consultation prénatale et/ou lors d'une séance de préparation à la naissance et à la parentalité. Cependant, il est intéressant de noter dans le graphique (Figure 2) que nous n'avons pas relevé l'entretien prénatal initial puisqu'aucunes femmes n'avaient bénéficié d'informations au cours de celui-ci.

Peut-être aurait-il été intéressant de savoir si elles avaient bénéficié de cet entretien mais n'avaient pas eu d'informations ou alors si elles n'avaient tout simplement pas bénéficié de cet entretien. Rappelons que selon l'enquête périnatale seulement 21% bénéficient de cet entretien pendant la grossesse. [55]

Etant un échange personnalisé avec un professionnel de santé, il doit être considéré comme un atout majeur dans la prise en charge et permettre au professionnel de santé d'aborder aisément la sexualité. [73]

D'autre part, bien que l'effectif analysé soit faible (N=12), il est tout de même important de noter que 9 pensaient que l'apport d'information sur la sexualité pendant la grossesse avait eu un impact positif sur leur propre sexualité.

A contrario, nous avons voulu connaître l'opinion des 62 femmes qui n'avaient pas été informées. Le but était de savoir combien auraient aimé recevoir une information de la part

d'un professionnel de santé. Nous avons constaté que les avis étaient partagés. 34 % auraient voulu en recevoir, 36 % ne savaient pas et 30 % ne souhaitaient pas en recevoir. A posteriori, il aurait peut-être été préférable de ne proposer que deux modalités de réponses, ce qui nous aurait permis de mieux départager notre population.

Parmi les patientes non informées (N=62) presque la moitié (N=28) s'était informée par un autre moyen. Le moyen le plus utilisé semble être internet.

Par ailleurs, l'étude met en évidence que seulement 25% pensaient que l'apport d'informations aurait pu être une aide pour le couple. Cependant, comme nous l'avons vu précédemment nous aurions pu également proposer 2 modalités afin de mieux départager les différents groupes. Les patientes ayant répondu « ne sait pas », auraient peut-être pu se positionner plus facilement. D'une façon générale, ces résultats sont également le reflet de notre influence culturelle où la place de l'information et de l'éducation sexuelle demeurent limitées.

Les résultats de l'étude semblent être plutôt en faveur d'une systématisation de l'information sur la sexualité par un professionnel de santé.

Les patientes ayant bénéficié d'informations semblaient relativement satisfaites. Par ailleurs, bien que les avis soient multiples, on peut considérer que les patientes ayant répondu « ne sait pas » aux questions énoncées ci dessus ainsi que celles ayant cherché des informations ne seraient pas réfractaires à recevoir une information à la sexualité. (**Annexe V**)

8.6.1 Informations après l'accouchement

Selon une étude réalisée à Nîmes, interrogeant 105 femmes deux mois après leur accouchement, 83% des femmes estiment que la sexualité est importante au bon fonctionnement de leur couple mais seulement 60% d'entre elles avaient reçu une information en post-partum. [74]

Notre étude a mis en évidence que seulement 40% des patientes avaient reçu une information sur la sexualité en post-partum. Ce résultat semble être inférieur à celui présenté ci dessus et pourrait s'expliquer par la différence des pratiques professionnelles. En matière d'informations à la sexualité, aucun document (y compris les recommandations de la HAS) ne met réellement en avant la nécessité de cette information.

Parmi les patientes informées (N=30), presque la moitié (N=13) pensait que cet échange avait eu un impact positif sur la sexualité, résultat qui témoigne de l'influence d'une information éclairée sur la vie sexuelle et affective.

La sage-femme est le professionnel de santé qui échange le plus sur la sexualité avec les femmes. (N=24/30). Cependant, nous pouvons constater que les femmes avaient bénéficié de ces informations en consultation post-natale (N=18) ou avec une sage-femme libérale (N=17) mais rarement en maternité (N=6).

Il est important de souligner que la consultation post-natale n'a lieu que 6 à 8 semaines après l'accouchement, or plus de la moitié des patientes ont déjà repris une sexualité. [49]

Les patientes qui n'avaient pas reçu d'informations ont été interrogées (N=45), 62% d'entre elles auraient aimé en avoir par un professionnel de santé, 40% avaient cherché des informations principalement par internet.

Cette étude justifie donc l'intérêt pour un professionnel de santé de délivrer une information sur la sexualité en post-partum.

L'analyse de la littérature bien que relativement pauvre, nous a permis de compléter la réflexion. Groman met en évidence dans son étude que les femmes pensent que tous les moments sont propices pour échanger sur leur sexualité.

Elle démontre que la qualité de l'information n'est pas appropriée à la demande et aux besoins des patientes. [74]

Enfin, dans son article, Colson démontre que l'ignorance et les fausses croyances en matière de sexualité entraînent une difficulté à reprendre des relations sexuelles. Selon elle, les couples ayant eu une information éclairée reprenaient plus rapidement les rapports. [49]

Nous n'avons pas pu prouver dans cette analyse une différence statistiquement significative. Ceci pourrait s'expliquer par un manque de puissance de l'étude lié à un faible échantillon de patientes ayant reçues des informations que ce soit pendant la grossesse (N=13) ou après l'accouchement (N=30).

Bien que parfois partagés, il est indéniable que les résultats de l'étude semblent être plutôt en faveur d'une systématisation de l'information sur la sexualité par un professionnel de santé que ce soit pendant la grossesse ou dans le post-partum.

Les hypothèses suivantes semblent être partiellement validées :

- L'information délivrée autour de la sexualité et notamment par les sages-femmes reste insuffisante est validée.
- Un apport suffisant d'informations permettrait aux femmes de s'épanouir plus rapidement dans leur sexualité après l'accouchement, ne peut être confirmée par notre étude.

9 Analyse de la méthodologie

9.1 Limites de l'étude

La principale limite de cette étude est le nombre de participantes. En effet l'échantillon est composé de peu de patientes (N = 75), ceci pouvant limiter la puissance de l'étude.

Nous avons été restreints par la période de sélection qui s'est étendue sur 3 mois. Relativement courte, elle n'a pu être étendue afin d'augmenter l'effectif. Ceci s'explique d'une part, par les difficultés liées à la sélection des patientes. En effet, nous avons choisi d'effectuer cette sélection en personne, ce qui sous entendait des déplacements fréquents à l'hôpital de l'Archet II et à la maternité d'Antibes.

D'autre part, le délai nécessaire à l'envoi du questionnaire suite à la dernière inclusion a dû être pris en compte (la dernière inclusion ayant été réalisée le 30 Septembre 2016, le dernier questionnaire a été envoyé le 30 Novembre 2016).

Certaines analyses statistiques ne sont pas extrapolables à la population puisque les sous-groupes ne sont pas équilibrés ; il y a donc un risque de ne pas pouvoir mettre en évidence une différence qui existe.

Enfin, la subjectivité liée au sujet de cette étude représente un biais dans l'analyse statistique. En effet, peut-être aurait-il été intéressant de compléter la réflexion avec des entretiens semi-

directifs. Ceux ci auraient permis aux femmes de mettre des mots sur les difficultés rencontrées pendant la grossesse et le post-partum.

9.2 Forces de l'étude

La sexualité féminine reste un sujet encore tabou et notamment lorsqu'il s'agit de discuter des difficultés rencontrées par les jeunes mères.

La plupart des femmes rencontrées en maternité ont été réceptives et intéressées par le sujet de ce mémoire puisque sur 130 femmes éligibles à l'étude, seulement 30 personnes ont refusé d'y participer.

Enfin, de part son caractère intime, nous avons été satisfaits du taux élevé de participation puisqu'il est de 75% à la fin de la période d'envoi des questionnaires.

La méthode de sélection s'est révélée être un atout majeur dans la réalisation de cette étude. Bien que contraignante, les femmes se sentant plus en confiance n'ont pas hésité à témoigner sur leur sexualité.

Par ailleurs, le choix d'un questionnaire en ligne s'est révélé être très pratique, puisque les femmes pouvaient directement répondre de leur domicile à un moment de leur choix. Ce questionnaire englobait toutes les facettes de la sexualité et toutes les questions et réponses ont pu être exploitées. Ce qui représente une véritable force dans l'analyse puisque la plupart des études réalisées en matière de sexualité en post-partum prennent très peu en compte les facteurs psycho-sociaux.

La description et l'analyse des besoins en information des patientes ont permis de dresser un premier état des lieux, mettant en perspective les lacunes des professionnels de santé à aborder la sexualité.

Enfin, l'évaluation de la satisfaction sexuelle par une échelle numérique a permis à toutes les femmes de se situer facilement. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature une évaluation de la satisfaction sexuelle par échelle numérique, ce qui rend notre étude unique pouvant constituer une première analyse de la santé sexuelle des femmes en post-partum.

10 Perspectives et axes d'améliorations

Cette étude dressée auprès des femmes a permis de comprendre les réelles difficultés rencontrées en post-partum et de combattre certaines idées reçues.

Elle a été un premier moyen d'analyser et de connaître le besoin en information, ce qui nous a permis de dégager des pistes de réflexions principalement axées sur ce thème.

10.1 Lutte contre le tabou autour de la sexualité

La sexualité est encore entourée de nombreux tabous : en tant que professionnel de santé, il est essentiel de favoriser l'éducation à la sexualité, et celle-ci doit commencer dès le plus jeune âge. Les propositions citées ci-dessous constituent un véritable enjeu de santé publique.

Les activités de prévention auprès des enfants, collégiens et lycéens sont un moyen d'apprendre à parler de sexualité. Les sages-femmes et les étudiants sages-femmes sont au cœur de ce processus de prévention (notamment grâce à l'Unité d'Enseignement Libre avec la Mutualité Française) puisqu'il est possible d'effectuer ces activités en collège et en lycée.

La sensibilisation des professionnels de santé autour du thème de la sexualité est essentielle. Suite à l'extension de notre champ de compétences et notamment avec la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST) de 2009, les sages-femmes doivent tout au long du suivi gynécologique de prévention informer les patientes sur la vie sexuelle et affective.

Récemment, le Conseil de l'Ordre National des Sages-Femmes s'est positionné en matière d'éducation à la sexualité grâce à la parution du livre blanc. Les différentes propositions viennent appuyer les différentes perspectives d'améliorations que nous avons cités ci-dessus.

(Annexe VI)

10.2 Informations sur la sexualité en périnatalité

La sexualité est régie par les normes sociales, souvent source d'angoisse et de questionnements pour les couples. Une réassurance des femmes pour vivre une sexualité épanouie est nécessaire.

Cette réassurance doit se faire en deux temps : donner à la femme la possibilité de s'exprimer librement sur sa sexualité et proposer des solutions et des informations adaptées.

Comme nous l'avons vu, toutes les occasions sont propices à aborder la sexualité dans la vie d'une femme, et ce dès l'enfance. La grossesse et le post-partum représentent le cœur essentiel de notre métier et aborder systématiquement la sexualité durant ces périodes permettrait de sensibiliser toutes les femmes.

Cette sensibilisation permettrait :

- Une éducation à la sexualité et la sensualité
- De dresser un état des lieux des éventuelles difficultés sexuelles rencontrées par les femmes.
- D'expliquer les modifications physiologiques liées à l'état de grossesse et du post-partum pouvant engendrer des troubles sexuels.
- Proposer des solutions adaptées en cas de difficultés.

Il semblerait intéressant de proposer aux professionnels de santé d'aborder la sexualité de manière individuelle plusieurs fois pendant la grossesse :

- Une fois en début de grossesse (en consultation prénatale ou au moment de l'EPI par exemple)
- Une fois en fin de grossesse
- Une à deux fois dans le post-partum (en maternité obligatoirement, au cours de la consultation post-natale ou de la rééducation périnéale par exemple).

A minima à deux moments différents (1 fois pendant la grossesse et 1 fois dans le post-partum).

Pendant la grossesse, lors de l'anamnèse ou au cours de l'entretien prénatal initial, une question ouverte sur la sexualité pourrait être ajoutée à la trame d'un entretien ou d'une consultation.

Cette question pourrait être :

« Comment-vous sentez vous dans votre sexualité ? ».

« Comment allez-vous dans votre intimité, dans votre couple ? ».

L'instauration d'un climat de confiance propice à l'échange est nécessaire, cette question permettrait aux femmes de s'exprimer librement.

Au moment de la sortie de la maternité, nous proposons que des conseils de sortie soient systématiquement délivrés soit au moment de la remise des ordonnances de sortie soit par le biais de réunion d'informations.

La remise des ordonnances notamment sur la contraception pourrait constituer un moment opportun pour aborder la sexualité.

Enfin, cette information systématique n'exclut pas de rappeler au couple qu'à tout moment, la sexualité peut être abordée à sa demande, si le besoin s'en fait sentir.

D'autre part, des entretiens postnataux comme le recommande la HAS devraient être proposés à toutes les femmes de façon plus systématique, ce qui permettrait d'aborder en profondeur les éventuelles difficultés.

Rappelons que l'entretien post-natal précoce, peut-être réalisé dans le premier mois du post-partum. Il ne fait pas office de consultation médicale mais renforce l'accompagnement des jeunes mères. Il permet aux femmes d'exprimer leur vécu, leurs besoins et leurs difficultés. Cet entretien pourrait constituer un véritable temps fort pour aborder les éventuelles craintes liées à la sexualité.

Le dossier obstétrical pourrait se révéler être un véritable atout dans l'accompagnement des patientes. En effet, prenons pour exemple le dossier AUDIPOG : après analyse minutieuse, il a été constaté que seulement deux questions faisaient référence à la sexualité.

- La première se situant dans la catégorie « Renseignements généraux », concerne les éventuelles difficultés psychologiques liées à une agression sexuelle.
- La deuxième se situant dans la catégorie de la « Consultation Postnatale », concerne uniquement la reprise des rapports sexuels. La question est de type fermé puisqu'il suffit au professionnel de santé de cocher oui ou non. La femme pourrait ne pas se sentir écoutée ou comprise, deux éléments primordiaux dans la qualité de l'échange et d'autant plus lorsqu'il s'agit d'aborder la sexualité.

Une section réservée à la sexualité peut être proposée.

Ceci permettrait une systématisation de la prévention et de l'information, une détection et un suivi des troubles sexuels (comme par exemple les dyspareunies, vaginisme, troubles du désir).

10.3 Formations et informations des professionnels

La sensibilisation des patientes sur la sexualité doit se faire de façon systématique. Pour se faire il faut donc auprès des professionnels :

- Favoriser la formation initiale en sexologie
- Encourager la formation continue (publications, interventions dans des congrès, formations, thèses et mémoires sur le thème de la sexualité, diplôme de sexologie)
- Donner les moyens aux professionnels de santé d'apporter un discours cohérent permettant une meilleure diffusion et qualité de l'information.

CONCLUSION

Sujet au centre de l'identité d'une Femme, la sexualité n'en demeure pas moins tabou du fait de notre contexte culturel. Et c'est, paradoxalement, du fait de cette dichotomie : enjeu identitaire personnel et gêne culturelle ; que l'on observe une médiatisation toujours grandissante de la sexualité faisant écho aux questionnements individuels. [75]

Face aux nombreuses interrogations qu'elle suscite dans notre société et dans le monde de la recherche, la sexualité féminine mérite de nouvelles études pour de meilleures connaissances. C'est d'ailleurs l'enjeu central de la « stratégie nationale de santé sexuelle » qu'a mis en œuvre le Ministère des affaires sociales et de la santé. [76]

A travers ce travail, nous avons voulu mieux comprendre la sexualité féminine et donner la parole aux primipares sur le vécu de leur sexualité tout au long de la grossesse et du post-partum.

Cette étude vient confirmer que les difficultés rencontrées sont nombreuses. La période postnatale et les bouleversements liés à l'arrivée d'un nouveau né sont susceptibles de perturber l'équilibre conjugal. L'étude rapporte que 43 % des femmes n'ont pas eu de relations sexuelles dans les 6 semaines suivant la naissance. La qualité des relations sexuelles est souvent diminuée, pourtant l'accouchement et son mode ne semblent pas préjudiciables.

Une bonne qualité de la relation conjugale, l'estime de soi et l'image de son propre corps semblent être des facteurs favorisant la sexualité en post-partum.

Des études supplémentaires sur ces sujets pourraient permettre d'affiner la question de la perception de soi en tant qu'être sexué et celle de la satisfaction sexuelle, pour ainsi mieux prévenir de futures difficultés conjugales ou d'autres troubles comme la dépression du post-partum.

Les idées reçues concernant la sexualité demeurent et les patientes interrogées semblent être en faveur d'une information à la sexualité en période périnatale. Cet accompagnement permettrait d'aider les femmes à s'épanouir dans leurs vies sexuelles et affectives.

La sexualité représente un enjeu majeur en matière de prévention et d'éducation. Depuis l'extension de nos compétences grâce à la loi HPST, la sage-femme a donc un rôle important à jouer, pas seulement en période périnatale mais tout au long du suivi gynécologique de prévention. Constatant un réel besoin en information, il serait peut-être intéressant de mener

une étude auprès des sages-femmes de la région PACA afin de connaître les motivations, et les éventuelles difficultés à échanger sur la sexualité, et leurs points de vues sur la formation initiale en sexologie afin d'envisager également, le cas échéant, un complément substantiel de connaissances.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] OMS. (2007) Organisation Mondiale de la Santé. [Online].
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/
- [2] Wunsch S., *Comprendre les origines de la sexualité humaine*, 1st ed.: L'Esprit du Temps.
- [3] Johnson V-E. , Master W-H., "Human sexual response," *Bantam Books*, 1996.
- [4] LAROUSSE - Dictionnaire de français. [Online].
http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/d%C3%A9sir_sexuel/186026
- [5] Desjardins J-Y. , Desjardins L. , Tremblay M. Chatton D., "La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle," *Psychothérapies*, vol. 25, pp. 3-19, 2005.
- [6] Wunsch S. , Brenot P., "Les attentes sexuelles des femmes face aux attentes de leur partenaire," *Sexologies*, vol. 25, pp. 31-34, 2016.
- [7] Ammar N. , Widmer E-D., "Désir sexuel et styles d'interactions conjugales," *Sexologies*, vol. 22, pp. 150-158, 2013.
- [8] SIECCAN. (2012) Ma Sexualité - LA RECHERCHE EN REVUE. [Online].
masexualite.ca
- [9] Chevret-Méasson M. , "Nouveaux modèles sexuels, nouveaux troubles du désir, échecs et attentes?," in *Directeur des DIU de Sexologie Clinique et de Sexualité Humaine*, Lyon, pp. 1-26.
- [10] Basson R., "The Femal Sexual Response : A Different Model," *Journal of Sex & Marital Therapy*, vol. 26 : 1, pp. 51-65, 2000.
- [11] Trudel G., "Sexuality and Marital Life : Results of a Survey," *Journal of Sex and Marital Therapy*, vol. 28, pp. 229-249, 2002.
- [12] Larousse. LAROUSSE. [Online].
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/plaisir/61343>
- [13] Brenot P. , Wunsch S., "Les fondements neurobiologiques de la sexualité," *Sexologies*, vol. 13, pp. 4-16.
- [14] Germain B. , Langis P., *Sexualité Humaine.*: De Boeck, 2015.
- [15] Lecolier S. , "Chimie et Amour," *Chimie paris*, vol. 332, pp. 12-14, Mars 2011.
- [16] Josy Levy L. , Gratton H. , Crépault C., *Sexologie contemporaine.*: Les Presses de l'université du Quebec, 1981.
- [17] Droupy S. , Faix A. , Methorst C. , Giuliano F. Cour F., "Anatomie et physiologie de la sexualité," *Progrès en urologie*, vol. 23, pp. 547-561, 2012.
- [18] Thoveron M. , Day J. , Sutter P. , Adam F., "Comprendre l'orgasme féminin afin de mieux appréhender le trouble de l'orgasme chez la femme," *Sexologies*, vol. 24, pp. 155-162, 2015.
- [19] Genna C. Burte C., "Les dysfonctions sexuelles : diagnostic et prise en charge médico-psychologique.," Power-point.

- [20] Colson M-H. , "Désir sexuel hypo-actif dans le couple, évaluation et traitement par le médecin de famille," Directeur d'enseignement de Sexologie, Montréal, Powerpoint 2008.
- [21] Bonierbale M. , Cour F., "Troubles du désir sexuel féminin," *Progrès en urologie*, vol. 23, pp. 562-574, 2013.
- [22] Bozon M. , Beltzer N. , Bajos N., "Premiers résultats de l'enquête CSF "Contexte de la sexualité en France", " Inserm / anRs / INED, Etude 2007.
- [23] Beltran L. , "Dysfonction sexuelle du couple," *EMC - Gynécologie*, vol. 9, p. 9, 2014.
- [24] Mimoun S. , "En pratique, place de la prise en charge somatique et psychique : exemples des dyspareunies chroniques," CNGOF, Recommandations 2005.
- [25] Bajos N. , Bozon M. , Léridon H. , Riandey B. , Spira A., "Analyse des comportements sexuels en France," INED / anRS, Etude 2005.
- [26] Paquereau A. , "Les dyspareunies du post-partum," Angers, Mémoire Sage-Femme 2010.
- [27] CNGOF, "Sexualité normale et ses troubles," Université Médicale Virtuelle Francophone, Item 40 2011.
- [28] Lorson J. , "Sexualité et grossesse.Quand 1+1 = 3," Nancy, Mémoire Sage-Femme 2001.
- [29] Blum G-F. , "Modifications physiologiques de la Grossesse," Clinique du Diaconat, Powerpoint 2013.
- [30] Van der Schueren B. , "La maternité est-elle sexuée ?," Genève, Mémoire DIU Sexologie 2003.
- [31] Gaboriau S. , "Modifications des pratiques sexuelles pendant la grossesse chez la femme," Université d'Angers, Mémoire 2013.
- [32] Ganem M. , *La sexualité des couples pendant la grossesse - Manuel de sexologie*, 1st ed.: Elsevier Masson, 2007.
- [33] Eymard C. , Bernard M-R., "Réaménagements identitaires des mères en devenir.," vol. 2-3, no. L'Identité, p. 23, 2008.
- [34] Winnicott D-W. , *La mère suffisamment bonne*. Paris: Payot et Rivages, 2006.
- [35] Leuillet P. , "La grossesse : un tsunami pour la sexualité du couple," in *Assises Françaises de Sexologie et Santé Sexuelle*, Lille, 2009.
- [36] Frey C. , "Grossesse et sexualité conjugale," Metz, Mémoire Sage-Femme 2010.
- [37] Remy M. , "Le déni de grossesse : "Il ne suffit pas d'être enceinte pour attendre un enfant", " Ecole de Sages-Femmes Albert Fruhinsholz, Nancy, Mémoire 2011.
- [38] Leuillet P. , *Grossesse et post-partum, aspects psychosexuels.*, Lavoisier - Médecine Sciences Publications ed.
- [39] Lopes P. , *Sexualité et grossesse, sexualité et post-partum - Manuel de sexologie*, 2nd ed.: Elsevier Masson.
- [40] Von Sydow K. , "Sexuality during pregnancy and after childbirth : a metacontent analysis of 59 studies," *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 46, pp. 27-49, 1999.
- [41] Alla F. , Lorson J. , Reinchenbach S., "Le comportement sexuel masculin pendant la grossesse : une étude pilote," *Sexologies*, vol. 11, no. 42, p. 6.

- [42] Jalabert A. , "Devenir père et mère et rester partenaires," Metz, Mémoire Sage-Femme 2012.
- [43] Miton-Conrath S. , Le Mauff P. , Senand R. Doucet-Jeffray N., "Quelle sexualité pour les hommes pendant la grossesse," *La Revue*, vol. 71, no. 118, p. 9, 2004.
- [44] Nguyen A. , Carbonne B., "Sexualité pendant la grossesse," *La Lettre du Gynécologue*, vol. 368, pp. 19-20, 2012.
- [45] Ruol K-L. , "Extraits de mémoire : L'amour en attendant," *Les Dossiers de l'Obstétrique*, vol. 279, pp. 5-21, 2000 Janvier.
- [46] Descamps P. , Oury J-F. , Gillard P. , Sentilhes L. Lansac J., *Pratique de l'accouchement*, 5th ed., Elsevier Masson, Ed.
- [47] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. (2005) CNGOF. [Online]. http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM
- [48] HAS. (2013, July) Haute Autorité de Santé. [Online]. www.has-sante.fr
- [49] Colson M-H. , "Sexualité féminine et étapes de la parentalité," *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, vol. 42, no. 10, pp. 715-719, 2014.
- [50] INSEE. (2010) Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. [Online]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281068>
- [51] INSEE. (2014, Janvier) Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. [Online]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285635#titre-bloc-15>
- [52] Crane J-M. , Daley M. , Bennett K-A. , Hutchens D. , Bartellas E., "Sexuality and sexual activity in pregnancy," *BJOG*, vol. 107, p. 964, Août 2000.
- [53] Foucault C. , Paris, Mémoire Sage-Femme 2011.
- [54] Doumbia Y. , Djanhan L-E. , Ménin M-M. , Kouaho J-C. , Djanhan Y. , Kouakou K-P., "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*, vol. 40, pp. 36-41, 2011.
- [55] INSERM. (2011, Mai) Enquête Nationale Périnatale. [Online]. <http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2015/01/Rapport-Naisances-ENP2010.pdf>
- [56] Réseau Méditerranée - Réseau de Périnatalité PACA-Corse-Monaco. (2014) Rapport données PMSI - CHU de Nice. [Online]. http://www.reseauperinatmed.fr/download/diffusion_mail_-_mai_2016/Rapport-CHU-Nice-.pdf
- [57] Boulvain M. , Guittier M-J. , Carquillat P., "Comment le mode d'accouchement influence les facteurs qui contribuent au vécu de l'accouchement ?," *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 65, p. 85, Février 2017.
- [58] Harlow B-L. , Chekos A-K. , Repke J-T. , Signorello L-B., "Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women," *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 184, pp. 880-890, Avril 2011.
- [59] Brown S-I. , Mc Donald E-A., "Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth," *BJOG*, vol. 120, pp. 823-830, Février 2013.

- [60] Asieh Y. , Arefeh S. , Azita K. , Saeed H-T. Fatemeh D., "The Effect of Mode of Delivery on Postpartum Sexual Functioning in Primiparous Women," *Oman Medical Journal*, vol. 29, pp. 276-279, 2015.
- [61] Pendry E. , Peacock J. , et al. Barrett G., "Women's sexuality after childbirth : A Pilot Study," *Archives of Sexual Behavior*, vol. 28, no. 2, pp. 179-191, 1999.
- [62] Taneepanichskul S. , Woranitat W., "Sexual fonction during the postpartum period.," *J Med Assoc Thai*, vol. 90, pp. 1744-1748, Septembre 2007.
- [63] Thakar R. , and al. Andrews V., "Evaluation of post-partum perineal pain and dyspareunia: a prospective study," *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, vol. 137, pp. 152-156, Avril 2008.
- [64] Duckett L. , Frantzich CR. Avery M-D., "The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women.," *J Midwifery Womens Health*, vol. 45, pp. 227-237, 2000.
- [65] Foxcroft L., Hopman WM., Patel R. Rowland M., "Breastfeeding and sexuality immediately post partum. ," *Canadian family physician*, vol. 51, pp. 1366-1367, 2005.
- [66] Kane Low L. , Van Anders M. Hipp L., "Exploring Women's Postpartum sexuality : Social, Psychological, Relational, and Birth-Related Contextual Factors," *J Sex Med*, vol. 9, pp. 2330-2341, 2012.
- [67] Meston C-M. , Seal B-N. , Pujols Y., "The Association Between Sexual Satisfaction and Body Image in Women," *International Society for Sexual Medecine*, vol. 7, pp. 905-916, 2010.
- [68] Robin C., "Etude exploratoire sur les liens entre le sentiment de bonheur et la satisfaction sexuelle," Université catholique de Louvain-La-Neuve, Thèse 2009.
- [69] Bouyalski F., "Sexualité féminine et nouvelles perspectives en sexologie : le cas de l'orgasme et de l'estime de soi corporelle," Université Catholique de Louvain-La-Neuve, Thèse 2015.
- [70] CASSF - CNOSF, Référentiel métier et compétences des sages-femmes, Janvier 2010.
- [71] HAS, "Recommandations pour la pratique clinique. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)," *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* , vol. 34, pp. 540-560, 2006.
- [72] HAS, "Recommandations pour la pratique clinique. Sortie précoce après accouchement : conditions pour proposer un retour précoce à domicile," *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, vol. 33, pp. 170-184, 2005.
- [73] HAS. (2005, Novembre) Haute Autorité de Santé. [Online]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
- [74] Groman E. , "Comment parler de la sexualité après l'accouchement," *Vocation Sage-Femme*, pp. 30-34, 2016.
- [75] Benoist P. , "Vous avez-dit sexocoporel?," *Sexualités humaines*, vol. 11, pp. 50-51, 2011.
- [76] Ministère des affaires sociales et de la santé. (2017) Stratégie nationale de santé sexuelle - Agenda 2017-2030. [Online]. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

ANNEXES

<u>Annexe I</u> : Tableau sur la reprise des rapports sexuels en post-partum.....	VI
<u>Annexe II</u> : Formulaire de consentement éclairé	VII
<u>Annexe III</u> : Tableau de recueil de données.....	IX
<u>Annexe IV</u> : Fiche récapitulative destinée aux patientes	X
<u>Annexe V</u> : Questionnaire.....	XI
<u>Annexe VI</u> : 12 Propositions du Livre blanc du Conseil National de l'Ordre des sages-femmes	XX

Annexe I : Tableau sur la reprise des rapports sexuels en post-partum

Reprise des rapports sexuels	N=75	%
≤ 6 semaines post-partum	50	66,67
> 6 semaines post-partum	59	78,67

Annexe II : Formulaire de consentement éclairé

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

(D'après Fernandez & Catteeuw, 2001)

*Je, soussigné déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulée : « **Sexualité féminine après la naissance d'un premier enfant** ».*

*Sous la direction du : **Dr Pascal BENOIST***

*Investigateur principal : **Camille TOESCA (étudiante sage-femme)***

*Promoteur : **Ecole de Sage femme de Nice***

Buts de l'étude :

- Impact de la naissance du premier enfant sur la satisfaction sexuelle des femmes*
- Définir les facteurs influençant la reprise des rapports sexuels après l'accouchement*
- Permettre aux femmes de s'exprimer sur leur sexualité et sur leur ressenti concernant les informations délivrées dans le domaine de la sexualité pendant et après la grossesse.*
- Définir des pistes d'améliorations concernant le partage d'informations autour de la sexualité pour les sages-femmes*

Engagement du participant : *Lors d'une première rencontre en maternité nous vous présenterons l'étude, recueillerons plusieurs données (adresse email, téléphone, date d'accouchement), ces données étant strictement confidentielles et détruites dès la fin de l'étude.*

Par la suite, vous serez recontactée 2 mois après votre accouchement via votre adresse e-mail.

Un questionnaire en ligne comportant une cinquantaine de questions vous sera remis.

Les réponses de chacune des participantes sont primordiales à la réalisation de cette étude.

En dehors de cette étude, le déroulement de la prise en charge de la participante ne différera pas d'une prise en charge classique.

Engagement de l'investigateur principal : *en tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Il s'engage également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette étude.*

Liberté du participant : *le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.*

Information du participant : *le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.*

Confidentialité des informations : *toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de*

Annexe III : Tableau de recueil de données.

Numéro patiente Etiquette Patiente (Nom Prénom DDN)	Date d'accouchement	Terme d'accouchement	Adresse e-mail principale	Adresse e-mail secondaire	Téléphone	Grossesse Mode d'accouchement

Annexe IV : Fiche récapitulative destinée aux patientes.

RECAPITULATIF

Etude « Sexualité Féminine après la naissance d'un premier enfant »

- **Date approximative à laquelle vous serez recontactée :**

...../...../.....

Le mail qui vous sera envoyé vous renverra vers un lien contenant le questionnaire en ligne.

- **Si vous avez des questions, suggestions ou si vous ne souhaitez plus participer à l'étude vous pouvez me contacter à l'adresse e-mail suivante :**

ctoescamemoire@gmail.com

**Vous remerciant d'avance de votre participation à l'étude,
Mlle Camille TOESCA**

Annexe V : Questionnaire.

CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE

Votre date de naissance *

Mois, jour, année 

Quelle profession exercez-vous? *

1. Agriculteurs, exploitants
2. Artisans, commerçants, et chefs d'entreprise
3. Cadres et professions intellectuelles supérieures
4. Professions intermédiaires
5. Employée
6. Etudiante
7. Sans

Etes-vous : *

- En concubinage
- Pacsée
- Mariée

Avant votre grossesse, quelle était votre évaluation de votre satisfaction sexuelle ? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfaisante Très satisfaisante

SEXUALITE ET GROSSESSE

Que diriez-vous de votre estime de vous-même pendant votre grossesse? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Très mauvaise Très bonne

Avez-vous continué à avoir des rapports au cours de la grossesse? *

- Oui
- Non

* **Si réponse oui** : présence de rapports sexuels passez à la question suivante

** **Si réponse non** : passez directement à la question « En cas de diminution, d'arrêt, d'augmentation de la fréquence des rapports, pensez vous en même temps que la cause ? »

De manière générale, comment était votre sexualité au sein de votre couple pendant votre grossesse ? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfaisante Très satisfaisante

La fréquence de vos rapports a-t-elle été : *

Ligne 1. Premier trimestre	Colonnes 1 à 3. Identique à avant la grossesse
Ligne 2. Deuxième trimestre	Colonnes 1 à 3. Augmenté
Ligne 3. Troisième trimestre	Colonnes 1 à 3. Diminué

Votre désir sexuel était-il : *

Ligne 1. Premier trimestre	Colonnes 1 à 3. Identique à avant la grossesse
Ligne 2. Deuxième trimestre	Colonnes 1 à 3. Augmenté
Ligne 3. Troisième trimestre	Colonnes 1 à 3. Diminué

En cas de diminution, d'arrêt, ou d'augmentation de la fréquence de vos rapports pensez-vous en connaître LA principale cause? *

Ligne 1. Premier Trimestre	Colonnes 1 à 6. Maux de la grossesse
Ligne 2. Deuxième Trimestre	Colonnes 1 à 6. Crainte du rapport sexuel
Ligne 3. Troisième trimestre	Colonnes 1 à 6. Difficultés avec votre conjoint
	Colonnes 1 à 6. Baisse du désir
	Colonnes 1 à 6. Hausse du désir
	Colonnes 1 à 6. Ne sait pas

ACCOUCHEMENT

Quelle est la date de naissance de votre enfant ? *

Mois, jour, année 

Vous avez accouché par : *

- Voie basse spontanée
- Voie basse instrumentale avec ventouse
- Voie basse instrumentale avec spatules ou forceps
- Césarienne programmée
- Césarienne en urgence

* En cas d'accouchement par voie basse passez à question suivante

** En cas d'accouchement par césarienne passez à la question : « Souvenir de l'accouchement par césarienne »

Vous avez accouchée par voie basse

Description (facultative)

...

Quel souvenir gardez-vous de votre accouchement ? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Très mauvais

Très bon

Vous avez accouché par voie basse avez-vous eu : *

- Périnée intact (aucun point)
- Déchirure
- Épisiotomie

*** En cas de déchirure ou d'épisiotomie :**

Vous avez eu une déchirure ou une épisiotomie

Description (facultative)

...

Vous avez eu une déchirure ou une épisiotomie, quel a été votre vécu ? *

- Anodin
- Supportable
- Gênant
- Douloureux
- Autre...

**** Accouchement par césarienne**

Vous avez accouchée par césarienne

Description (facultative)

...

Quel souvenir gardez-vous de votre accouchement ? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Très mauvais

Très bon

POST-PARTUM

Quel a été le mode d'allaitement pour votre enfant ? *

- Allaitement maternel
- Allaitement artificiel (biberon)
- Allaitement mixte

A la sortie de la maternité, aviez-vous une contraception ? *

- Oui
- Non

***Si présence d'un mode de contraception**

**** Si absence d'un mode de contraception passez directement à la question suivante**

Quel était votre mode de contraception ? *

- Préservatif
- Pillule
- Implant
- Autre...

Votre enfant dort-il dans votre chambre ? *

- Oui
- Non

...

Vous sentez-vous à l'aise avec votre corps depuis votre accouchement ? *

- Oui
- Non
- Autre...

Que diriez-vous de votre estime de vous-même ? *

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Très mauvaise Très bonne

Depuis votre accouchement, avez-vous repris les rapports sexuels ? *

- Oui
- Non

***Si réponse oui : reprise des rapports sexuels**

**** Si réponse non : pas de reprise des rapports sexuels, passez directement à la question « Vous n'avez pas repris les rapports, pensez vous en connaître la cause ? »**

Combien de temps après votre accouchement avez-vous repris les rapports sexuels (*) ? *

(* y compris préliminaires)

Réponse courte

⋮

Lequel de vous deux a demandé en premier la reprise des rapports ? *

- Votre conjoint
- Vous
- Les deux

Aviez-vous une appréhension à reprendre une vie sexuelle ? *

- Oui
- Non

***Si présence d'une appréhension à reprendre une vie sexuelle répondre à la question ci dessous, si absence d'appréhension passez à la question d'après.**

Si oui, quelle était cette appréhension ? *

- Mauvaise image de votre corps
- Crainte de la douleur
- Crainte à cause de votre périnée
- La présence de votre enfant
- Moins de désir amoureux
- Moins de désir sexuel
- Autre...

En comparaison à avant la grossesse, comment qualifieriez vous votre vie sexuelle aujourd'hui ? *

- Plus épanouie
- Moins épanouie
- Identique

⋮

La fréquence de vos rapports sexuels a t'elle été modifiée depuis l'arrivée de votre enfant ? *

- Rapports sexuels plus fréquent
- Rapports sexuels moins fréquent
- Pas de modifications

Au bout de combien de temps avez-vous retrouvé une certaine " harmonie " *
(épanouissement, durée, fréquence) dans votre vie sexuelle au sein de votre couple ?

Réponse courte

**** Si absence de reprise des rapports sexuels**

Vous n'avez pas repris les rapports sexuels, pensez-vous en connaître la ou les cause(s) ? *

- Pas de désir
- Peur d'avoir mal
- Autre...

La reprise ou non des rapports sexuels a t'elle eu une influence sur votre vie de couple *

- Oui, une influence négative
- Pas d'influence
- Oui, une influence positive

INFORMATIONS PENDANT LA GROSSESSE

Informations pendant la grossesse

Cette partie concerne les informations que vous avez reçues au cours de votre grossesse

...

Avez-vous échangé sur votre sexualité avec un professionnel de santé pendant la grossesse ? *

- Oui
- Non

*** Si réponse oui : échange sur la sexualité pendant la grossesse avec un professionnel de santé passez à la question suivante.**

**** Si réponse non : passez directement à la question : « Avez-vous tout de même eu des informations pendant la grossesse ? »**

Vous avez échangé avec un/des professionnel(s) de santé, lequel ou lesquels ? *

- Sage-femme
- Gynécologue - obstétricien
- Sexologue
- Médecin traitant
- Autre...

A quel moment ces informations vous ont t'elles été données ?

- | | |
|--|--------------------------------|
| Ligne 1. Consultation pré-natale | Colonne 1. Premier trimestre |
| Ligne 2. Entretien pré-natal précoce | Colonne 2. Deuxième trimestre |
| Ligne 3. Cours de préparation à la naissance | Colonne 3. Troisième trimestre |

Avez-vous reçu ces informations : *

- Seule
- En couple
- Les deux

...

Qu'auriez-vous préféré? *

- Recevoir des informations toute seule
- Recevoir des informations en présence de votre conjoint
- Recevoir des informations seule et en présence de votre conjoint
- Ne sais pas

Pensez-vous que ces informations ont eu un impact positif sur votre sexualité *
au sein de votre couple pendant la grossesse ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

**** Si réponse non : absence d'échange avec un professionnel de santé**

Avez vous tout de même eu des informations sur la sexualité pendant la
grossesse ? *

- Oui
- Non

Si réponse oui

Par quel(s) moyen(s) avez-vous pu avoir des informations sur la sexualité
pendant la grossesse ? *

- Internet
- Livres
- Amie
- Famille
- Autre...

Auriez-vous aimé en recevoir de la part d'un professionnel de santé ? *

- Oui
- Non
- Ne sais pas

...

Pensez-vous que cela aurait pu vous aider et aider votre couple dans votre
sexualité pendant la grossesse ? *

- Oui
- Non
- Ne sais pas

INFORMATIONS APRES L'ACCOUCHEMENT

Avez-vous échangé sur votre sexualité avec un professionnel de santé après votre accouchement ? *

- Oui
 Non

*** Si réponse oui : échange sur la sexualité pendant la grossesse avec un professionnel de santé passez à la question suivante.**

**** Si réponse non : passez directement à la question : « Avez-vous tout de même eu des informations après l'accouchement ? »**

Vous avez échangé avec un/des professionnel(s) de santé, lequel ou lesquels ? *

- Sage-femme
 Gynécologue-obstétricien
 Sexologue
 Médecin traitant
 Autre...

A quel moment ces informations vous ont-elles été données ? *

- En maternité
 Sage-femme libérale
 PMI
 Consultation post-natale

Avez-vous reçu ces informations : *

- Seule
 Avec votre conjoint
 Les deux

Qu'auriez-vous préféré? *

- Recevoir des informations toute seule
 Recevoir des informations avec votre conjoint
 Recevoir des informations seule et avec votre conjoint
 Ne sais pas

Pensez-vous que ces informations ont eu un impact positif sur votre sexualité au sein de votre couple après votre accouchement ? *

- Oui
 Non
 Ne sais pas

****Si réponse non : absence d'informations avec un professionnel de santé**

Avez vous tout de même eu des informations sur la sexualité après l'accouchement ? *

- Oui
- Non

Par quel(s) moyen(s) avez -vous reçu ces informations ? *

- Internet
- Livres
- Ami
- Famille
- Autre...

Auriez-vous aimé en recevoir de la part d'un professionnel de santé ? *

- Oui
- Non

⋮

Pensez-vous que cela aurait pu vous aider et aider votre couple dans votre sexualité après l'accouchement ? *

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Annexe VI : 12 Propositions du Livre blanc du Conseil National de l'Ordre des sages-femmes



Annexe : Les 12 propositions du Livre blanc du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes

12 propositions pour la santé des femmes

- **Proposition n° 1** : Mettre en œuvre les premiers Etats généraux de la santé génésique des femmes
- **Proposition n° 2** : Faire de la sage-femme l'acteur médical de premier recours auprès des femmes en bonne santé
- **Proposition n° 3** : Instaurer une consultation dédiée à la santé sexuelle et à la prévention des addictions chez les adolescentes
- **Proposition n° 4** : Faciliter la participation des sages-femmes dans les lycées et collèges à l'éducation à la vie affective et sexuelle
- **Proposition n° 5** : Généraliser l'ouverture des maisons de naissance
- **Proposition n° 6** : Faciliter l'ouverture et l'accès des plateaux techniques pour toutes les femmes
- **Proposition n° 7** : e-santé : pour la création d'un DMP des nouveau-nés par les sages-femmes
- **Proposition n° 8** : Garantir l'accès au PRADO pour toutes les femmes ayant accouché
- **Proposition n° 9** : Soutenir l'émergence de la recherche en maïeutique
- **Proposition n° 10** : Promouvoir l'exercice libéral au sein de la formation initiale des sages-femmes
- **Proposition n° 11** : Renforcer la représentation des sages-femmes au sein des instances de gouvernance
- **Proposition n° 12** : Mettre en place un Observatoire européen de la profession de sage-femme (EUROMIP)

Contact Presse

Jean-Marc Delahaye – Tél. : 01 45 51 82 50
Email : jeanmarcdelahaye@ordre-sages-femmes.fr

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE NICE

Titre : Sexualité féminine après la naissance d'un premier enfant. *Etude descriptive auprès de 75 primipares : quels impacts de la naissance sur la sexualité féminine ?*

Mots-clés : Sexualité ; Primipare ; Post-partum ; Satisfaction ; Informations

Résumé

Objectifs : Connaître l'impact de la naissance du premier enfant sur la satisfaction sexuelle.

Méthode : Étude prospective, descriptive, multicentrique au sein de la maternité de l'Archet II et de la maternité d'Antibes. Le questionnaire a été envoyé deux mois après l'accouchement.

Résultats : Parmi les 75 patientes interrogées, 59 avaient repris les rapports sexuels dans les 8 semaines suivant l'accouchement. La satisfaction sexuelle, évaluée à l'aide d'une échelle graduée allant de 0 à 10, semble être fortement diminuée en période post-natale. Nos résultats tendent à démontrer que le mode d'accouchement et l'état périnéal n'influencent pas la satisfaction sexuelle en post-partum. L'allaitement maternel quant à lui semble allonger le délai avant la reprise des rapports. Enfin, les facteurs psychosociaux (harmonie au sein du couple, relation à son propre corps, mode de couchage de l'enfant) pourraient être à l'origine de difficultés sexuelles.

Cette étude a également permis de montrer que les femmes cherchent à s'informer sur la sexualité pendant la grossesse et le post-partum par divers moyens (internet, entourage, livres). L'information à la sexualité s'impose comme une nécessité, puisque seulement 13 femmes pendant la grossesse et 30 dans le post-partum avaient échangé sur ce thème avec un professionnel de santé.

Conclusion : La sexualité est un véritable enjeu en matière d'information. La prendre en considération par des moyens concrets pendant la grossesse et le post-partum, outre un apport pédagogique, permettrait de réduire les risques de survenue de troubles sexuels et le cas échéant leurs meilleures prises en charges.

Title : Female sexuality after the first childbirth. *Descriptive study conducted on 75 uniparous : what are the effects of giving birth on female sexuality?*

Keywords : Sexuality, Uniparous, Postpartum, Pleasure, Information.

Abstract

Aims : Understand the impact of the first childbirth on sexual pleasure.

Methods : Prospective, descriptive and multicentre study at l'Archet II and Antibes clinics. The questionnaire has been sent two months after childbirth.

Results : 59 women out of 75 had sex within 8 weeks after childbirth.

Sexual pleasure (evaluated on a scale of 0 to 10) seems highly diminished post childbirth.

Results show that the childbirth's method or the perineum condition doesn't affect post-partum sexual pleasure when breastfeeding seems to delay getting back to sex.

Finally, other psychologig or social factors such as couple harmony, body self-esteem or child sleeping area set up might be relevant to sex problem.

This study shows as well that during pregnancy and post childbirth those women are looking for information about sex through several channels such as the internet, books or relatives. Information about sex is a crucial topic as it appears that only 13 women during pregnancy and 30 after childbirth talked to medical staff about it.

Conclusion : Information on sexuality is a real challenge. Improving information about sex during and post pregnancy would help prevent or reduce the risks linked to sexual disorder or at least would facilitate a better treatment.